

# Observance thérapeutique à long terme contre le VIH pour les populations clés :

**Considérations du programme**  
Juillet 2020



**Citation suggérée :** Levitt D, Lillie T. Long-Term HIV Treatment Adherence for Key Populations: Program Considerations. FHI 360; Durham (NC): 2020.

## **REMERCIEMENTS**

Ce guide a été rédigé par Daniel Levitt et son élaboration a été initiée et supervisée par Tiffany Lillie. La direction technique est également venue de Meg DiCarlo, Robyn Dayton, Ben Eveslage, Moses Bateganya et Chris Akolo. Il a été édité par Suzanne Fischer et conçu par Design Lab 360.

Ce travail a été rendu possible grâce au généreux soutien du peuple américain à travers l'Agence des États-Unis pour le développement international (USAID) et le Plan d'urgence du président américain pour la lutte contre le sida (PEPFAR). Le contenu relève de la responsabilité du projet EpiC et ne reflète pas nécessairement les vues de l'USAID, du PEPFAR ou du gouvernement des États-Unis. EpiC est un accord de coopération mondial (7200AA19CA00002) dirigé par FHI 360 avec les partenaires principaux Right to Care, Palladium International, Population Services International (PSI) et Gobe Group.

# Sommaire

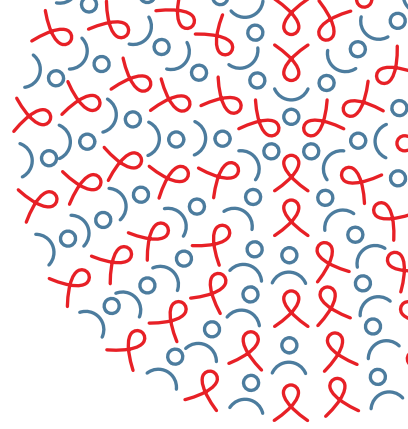
Sigles.....	i
Introduction.....	1
Contexte .....	1
Vision pour la maîtrise de l'épidémie.....	2
But .....	2
Public.....	2
Éléments constitutifs .....	3
Prestation de services diversifiés .....	3
Mise à l'échelle du ténofovir, de la lamivudine et du dolutegravir.....	7
Mise en place rapide d'une thérapie antirétrovirale.....	7
Dispense de plusieurs mois (MMD).....	10
La distribution décentralisée dans le secteur privé.....	11
Augmentation de la charge virale .....	11
Éléments au niveau du réseau et du site .....	13
Compétences du personnel.....	13
Espace physique et flux de clients .....	14
Gestion des cas.....	14
Gestion virtuelle (en ligne) des cas .....	15
Modèles thérapeutiques et d'appui à l'observance différenciés - qui, quoi, quand et où .....	16
Groupes de soutien et d'adhésion à la communauté gérés par les clients .....	16
Modèles d'établissement et des modèles hors établissement .....	17
Groupe géré par des professionnels de la santé.....	18
Prévenir et gérer les perdus de vue .....	18
Appui à la navigation et au traitement par les pairs.....	22
Déterminer les services de gestion de cas de navigation par les pairs en fonction des besoins.....	26
Diversification des messages au moyen du profilage des cas .....	28
Mise à l'échelle de la messagerie indétectable = Intransmissible (I=I).....	28
Outils .....	30
Procédures opérationnelles standard.....	30
Connaissances en matière de traitement, planification de l'observance et résolution des problèmes .....	31
Évaluation des risques pour la non-observance au traitement (LTFU) .....	32

Boîte à outils pour le suivi de la charge virale .....	33
Application de réservation en ligne avec fonctions de gestionnaire de cas .....	33
Références .....	34
Orientations et outils.....	38
Annexes.....	42
A. Exemple de procédures opérationnelles standard sur le lien et la rétention (Côte d'Ivoire).....	43
B. Outil de counseling sur l'observance et de rétention .....	60
C. Registre des obstacles à l'adhésion et des interventions .....	61
D. Exemples d'interventions en cascade pour prévenir et traiter le manque de suivi .....	68
E. Les conditions requises pour le site appuyé par le Plan d'urgence du Président américain en matière de lutte contre le sida (PEPFAR) pour les services centrés sur le client.....	71
F. Le suivi du PEPFAR et le repérage des procédures opérationnelles standard pour le lien et la rétention .....	74

## Sigles

<b>ART</b>	La thérapie antirétrovirale
<b>CASG</b>	Groupe pour l'adhésion et le soutien de la communauté
<b>CBO</b>	Organisation communautaire
<b>CHAMP</b>	Programme Continuum de prévention, de soins et de traitement du VIH/SIDA pour les populations les plus exposées
<b>CHW</b>	Agent de santé communautaire
<b>COP</b>	Plan opérationnel national
<b>CSO</b>	Agent de soins et de soutien
<b>DSD</b>	Prestation de services diversifiés
<b>DTG</b>	Dolutegravir
<b>EID</b>	Le diagnostic précoce des nourrissons
<b>EFV</b>	Efavirenz
<b>EPiC</b>	Projet "Atteindre les objectifs et maintenir la maîtrise des épidémies"
<b>FDC</b>	Combinaison de doses fixes
<b>ICAP</b>	Centre international de l'université de Columbia pour les programmes de soins et de traitement du SIDA
<b>KP</b>	Population clé
<b>KPIF</b>	Fonds d'investissement pour la population clé
<b>KPLHIV</b>	Membre de la population clé vivant avec le VIH
<b>LTFU</b>	Perdus de vue pour le suivi
<b>M&amp;E</b>	Suivi et évaluation
<b>MMD</b>	Dispense de plusieurs mois
<b>MSM</b>	Les hommes qui entretiennent des relations sexuelles avec leurs pairs
<b>NGO</b>	Organisation non gouvernementale
<b>ORA</b>	Application de réservation en ligne
<b>PEPFAR</b>	Le plan d'urgence du président américain pour la lutte contre le sida
<b>PLHIV</b>	Les personnes vivant avec le VIH
<b>PrEP</b>	La prophylaxie pré-exposition
<b>PWID</b>	Les personnes qui consomment des drogues injectables
<b>S&amp;D</b>	La stigmatisation et la discrimination
<b>SDART</b>	Thérapie antirétrovirale appliquée le même jour
<b>SOP</b>	Procédure opérationnelle standard
<b>SW</b>	Professionnel de sexe
<b>TB</b>	Tuberculose
<b>TLD</b>	Ténofovir, lamivudine et dolutegravir
<b>U=U</b>	Indétectable = non transmissible
<b>USAID</b>	Agence des États-Unis pour le développement international
<b>VL</b>	Charge virale
<b>VLM</b>	Suivi de la charge virale
<b>WHO</b>	Organisation mondiale de la santé





# INTRODUCTION

## Contexte

À l'échelle mondiale, le traitement antirétroviral fonctionne. L'expansion rapide des ARV a changé la nature de l'épidémie, qui est passée d'une maladie mortelle à une maladie chronique qui dure toute la vie mais qui peut être gérée [1]. Pour la première fois, près des deux tiers des personnes vivant avec le VIH (PVVIH) suivent un traitement antirétroviral, et leur nombre ne cesse de croître [2]. L'épidémie se transforme également : en 2018, plus de la moitié des nouvelles infections par le VIH concernaient des populations clés (les professionnels du sexe, les consommateurs de drogues injectables, les hommes homosexuels et autres hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes, les transsexuels et les prisonniers) et leurs partenaires. Bien que les populations clés ne représentent qu'une faible proportion de la population générale, ils sont beaucoup plus exposés au risque d'infection par le VIH. Les données disponibles indiquent que le risque de contracter le VIH chez les hommes homosexuels et les autres hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes était 22 fois plus élevé en 2018 que chez tous les hommes adultes. De même, le risque de contracter le VIH pour les personnes qui consomment des drogues injectables était 22 fois plus élevé que pour les personnes qui ne s'injectent pas de drogues, 21 fois plus élevé pour les professionnels du sexe que pour les autres adultes âgés de 15 à 49 ans, et 12 fois plus élevé pour les personnes transgenres que pour les autres adultes âgés de 15 à 49 ans [3].

Le rapport de l'ONUSIDA, [\*FastTrack: Ending the AIDS Epidemic by 2030 \(La voie la plus rapide: Mettre fin à l'épidémie de sida d'ici 2030\)\*](#), définit des objectifs ambitieux pour mettre fin à l'épidémie de sida d'ici 2030 [4]. L'approche comprend un programme visant à accélérer la prestation de services de prévention et de traitement du VIH à fort impact et à utiliser l'innovation pour accroître l'accès aux services, répondre aux besoins et se concentrer sur les lieux et les populations où le fardeau du VIH est le plus lourd. L'approche accélérée permet d'atteindre les objectifs mondiaux 95-95-95 : d'ici 2030, 95 % des personnes vivant avec le VIH connaissent leur statut sérologique, 95 % des personnes qui connaissent leur statut reçoivent un traitement et 95 % des personnes sous traitement anti-VIH ont une charge virale réduite. Cependant, des données limitées sur la population montrent que la couverture des tests et des traitements parmi les populations clés reste disproportionnellement faible, aucun groupe de personnes clés n'étant en passe d'atteindre les objectifs 90-90-90 d'ici 2020 [5].

La stigmatisation, la discrimination et la criminalisation ont entraîné une peur accrue parmi les membres de la population clé, empêchant nombre d'entre eux de se rendre dans les services de santé. Ceux qui s'y rendent peuvent hésiter à révéler leurs antécédents sexuels par crainte d'être rejetés, ridiculisés ou de subir d'autres

réactions négatives de la part des prestataires [6-8]. De plus, la violence contre les membres de la population clé est fréquente et souvent grave. Les expériences de violence augmentent non seulement leur risque de contracter le VIH, mais elles affectent également leur désir et leur capacité à faire un test de dépistage du VIH et à suivre un traitement [9-10].

Le succès à long terme du traitement chez les populations clés et les autres personnes vivant avec le VIH dépend de l'observance du traitement tout au long de la vie et d'une élimination virale durable [11]. Bien que des niveaux élevés d'observance aient été signalés dans certains pays à revenu faible ou moyen, ces résultats contrastent avec d'autres études qui font état d'une augmentation des échecs thérapeutiques, d'une faible rétention et de taux de mortalité élevés [12-15]. Il ne sera pas possible de lutter durablement contre les épidémies si les patients, qu'ils soient nouveaux ou de longue date, ne continuent pas à se faire traiter.

## Vision pour la maîtrise de l'épidémie

L'objectif du traitement pour atteindre les objectifs mondiaux 95-95-95 d'ici 2030 est une suppression virale durable qui réduit la morbidité et la mortalité et prévient la transmission du VIH. Pour atteindre cet objectif, il est essentiel de fournir des services diversifiés et centrés sur le client, dans lesquels le système de santé et les organisations communautaires facilitent un traitement antirétroviral continu, tout au long de la vie, d'une manière qui réponde aux circonstances changeantes des membres de la population clé.

## But

Bien que le Plan d'urgence du président américain pour la lutte contre le sida (PEPFAR), l'Organisation mondiale de la santé (OMS), l'ONUSIDA, la Société internationale de lutte contre le sida et d'autres parties prenantes aient défini un certain nombre de stratégies visant à renforcer la rétention des traitements antirétroviraux (TARV), il subsiste une lacune dans les orientations spécifiques à la programmation des populations clés. Ce guide fournit un aperçu des politiques et des pratiques au niveau des structures, des réseaux et des sites qui, combinées, peuvent optimiser le contrôle de l'épidémie pour les populations clés. Il comprend des recommandations sur la fourniture de services dans toute la cascade de traitement qui peuvent accélérer les liens avec le traitement, améliorer la prestation de services diversifiés, axés sur les pairs et la communauté, en partenariat avec les établissements, et améliorer la supervision, le suivi et le réengagement des personnes perdues de vue pour parvenir à la suppression virale. Le guide comprend également un certain nombre de liens vers des documents d'orientation, des outils et des exemples pour soutenir la conception, l'adaptation, la mise en œuvre et le suivi des programmes.

## Public

Ce guide de mise en œuvre s'adresse principalement aux gestionnaires et aux responsables de la mise en œuvre des programmes de lutte contre le VIH, tant au niveau des établissements que des communautés. Ce guide peut également être utile aux membres des groupes de travail techniques, aux comités nationaux de directives sur le VIH et aux autres parties prenantes contribuant à l'élaboration de stratégies d'adhésion à long terme pour parvenir à la suppression virale.



## Éléments constitutifs

Les membres des populations clés et les autres PVVIH sont confrontés à divers obstacles à l'observance du traitement, tant au niveau des établissements qu'au niveau de la communauté, notamment la distance des services, l'encombrement des sites du secteur public, les longs délais d'attente et les frais d'utilisation formels ou informels. Les obstacles individuels et sociaux comprennent la peur de la divulgation, la stigmatisation et la discrimination liées au VIH et aux populations clés, la violence passée et actuelle, y compris la violence sexuelle, la dépression et l'anxiété, et le manque de soutien social. Des comportements spécifiques, tels que la consommation de drogues, et des caractéristiques, telles que le jeune âge, la mobilité élevée, le fait d'être sans abri et l'incarcération, sont également corrélés avec des difficultés d'observance. Chez les jeunes, l'exposition à la violence à la maison, à l'école et dans les cliniques est un risque majeur et cumulatif de non-observance du traitement antirétroviral par les adolescents [16].

Une observance réussie à long terme exige une réponse multiforme aux obstacles au niveau individuel, soutenue par un environnement favorable. Il a été démontré qu'un certain nombre de politiques et de pratiques nationales permettent de supprimer les obstacles à l'initiation, à l'observance et à la rétention du traitement, et d'accélérer la réalisation des objectifs en cascade en aval pour les populations clés. Les programmeurs doivent commencer par examiner les politiques, stratégies et directives nationales afin de déterminer dans quelle mesure elles sont conformes ou différentes des recommandations actuelles pour soutenir les objectifs en matière de l'observance à long terme (par exemple, [\*Directives consolidées de l'OMS sur la prévention, le diagnostic, le traitement et les soins du VIH pour les populations clés et les orientations du PEPFAR pour le plan opérationnel national 2020\*](#) [17-18]).

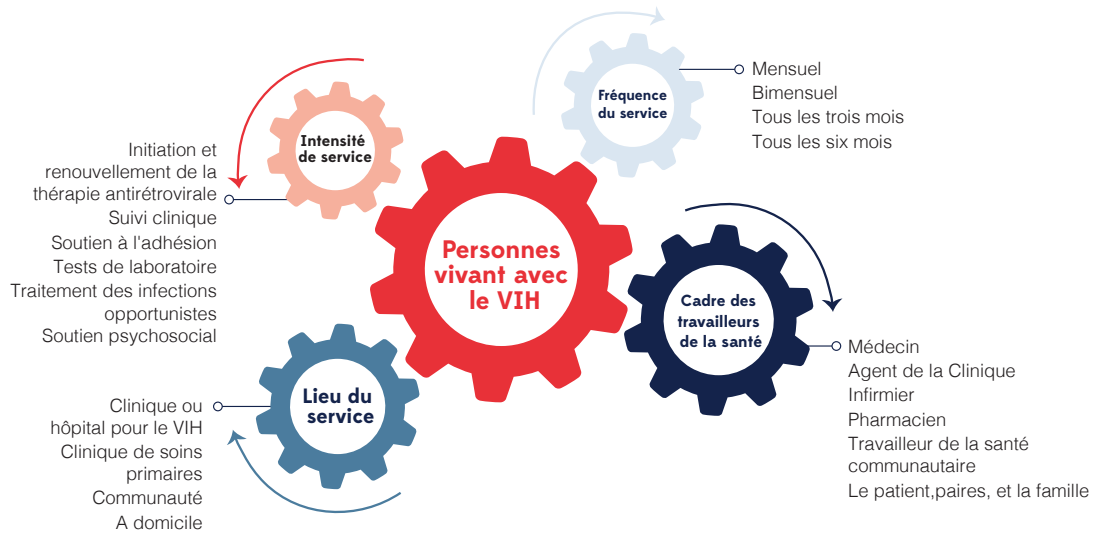
Les sections suivantes décrivent des stratégies qui s'attaquent aux obstacles structurels à l'observance à long terme. Ces stratégies comprennent la prestation de services diversifiées, l'extension du ténofovir, lamivudine et dolutegravir, le lancement rapide et le jour même des traitements antirétroviraux, la distribution décentralisée dans le secteur privé et l'extension de la charge virale.

### Prestation de services diversifiés

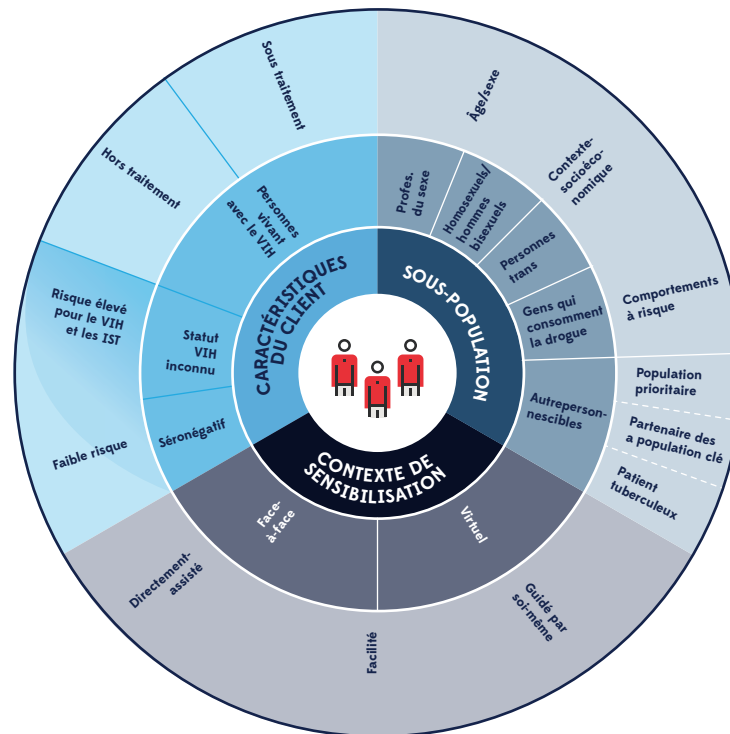
La prestation de services diversifiés (DSD) est une approche centrée sur le client qui simplifie et adapte les services de lutte contre le VIH dans toute la cascade pour refléter les besoins et les préférences des populations clés (et des autres PVVIH), tout en réduisant les charges inutiles pour le système de santé. En adaptant, construisant et harmonisant les modèles de prestation de services diversifiés entre les secteurs public et privé, les pays peuvent étendre l'accès au traitement antirétroviral aux milieux communautaires, intégrer des modèles de communauté à établissement, accélérer les liens avec le traitement et améliorer l'observance et la suppression virale pour les populations clés. Il est important que les membres de ces dernières puissent accéder à des services pertinents et essentiels à leurs besoins, quand ils en ont besoin. Les modèles de prestation de services diversifiés peuvent être intégrés aux interventions dans les établissements, les communautés et les unités mobiles en fonction des préférences des populations clés.

Les interventions nationales en matière de prestation de services diversifiés bénéficieront de politiques habilitantes qui soutiennent la décentralisation des services. Il peut s'agir de l'initiation et de la dispensation des TARV au niveau communautaire (c'est-à-dire dans les organisations communautaires ou les pharmacies du secteur privé) et de modèles décentralisés pour accroître l'accès aux diagnostics de la maladie (c'est-à-dire la charge virale au point de service ou le transport des échantillons de sang). La figure 1, tirée des Directives consolidées de l'OMS sur *l'utilisation des médicaments antirétroviraux pour le traitement et la prévention de l'infection par le VIH* (2016), met en évidence bon nombre des éléments qui entrent en ligne de compte dans la différenciation du soutien au TARV [20].

**FIGURE 1.** Éléments clés des approches différenciées de la prise en charge du VIH



**FIGURE 2.** Modèle de Prestation de services diversifiés (DSD) de LINKAGES



Un certain nombre d'autres outils peuvent être utilisés pour élaborer des politiques et des modèles de prestation de services diversifiées pour les populations clés et les populations prioritaires afin de les adapter au contexte de chaque pays. [Les directives consolidées de l'OMS sur la prévention, le diagnostic, le traitement et les soins du VIH pour les populations clés](#) contiennent des conseils sur les types de modèles de prestation de services à développer [17]. La figure 2, le modèle de prestation de services diversifiées de LINKAGES, guide les programmes pour qu'ils prennent en compte trois éléments lorsqu'ils déterminent à qui des TARV diversifiés seront fournis : les caractéristiques des clients, les sous-populations et le contexte de sensibilisation. Chaque élément comporte des considérations supplémentaires qui peuvent être incorporées dans le modèle.

Le document de la Société internationale de lutte contre le sida intitulé ["Prestation de services diversifiés : Cadre décisionnel pour la thérapie antirétrovirale différenciée pour les populations clés"](#) (Differentiated Service Delivery : a Decision Framework for Differentiated Antiretroviral Therapy for Key Populations) propose une approche progressive de la planification de la fourniture de services de TARV pour les populations clés et de l'adaptation/construction de modèles de prestation de TARV diversifiées [21]. Grâce à des considérations basées sur les trois éléments clés de la figure 2, les pays peuvent adapter ou développer de nouveaux modèles de prestation de services diversifiés en utilisant quatre éléments de base : **Quand** les soins sont-ils dispensés (heure et fréquence des visites) ? **Où** les soins sont-ils dispensés (lieu) ? **Qui** dispense les soins (prestataire de services/pairs) ? Quels sont les soins dispensés (un ensemble de services) ?

Les éléments de base des consultations cliniques, des renouvellements de TARV et du soutien psychosocial peuvent être différents pour chaque individu, et certains services peuvent être plus facilement décentralisés que d'autres. Par exemple, alors qu'un client peut être cliniquement stable et avoir besoin d'une consultation clinique tous les six à douze mois tout en recevant des renouvellements de traitement tous les six mois, il peut être confronté à l'isolement et au rejet social et bénéficier d'un soutien psychosocial plus fréquent. Ce type de soutien peut être fourni par le biais de groupes ou de réseaux de pairs (y compris des plateformes virtuelles) de membres de population clé vivant avec le VIH (KPLHIV), de counseling individuel sur l'observance avec des travailleurs de la santé ou des pairs navigateurs (voir ci-dessous), et/ou de visites à domicile. Les programmes communautaires peuvent travailler conjointement avec les équipes de santé de district et les clients pour déterminer les éléments de base "où", "qui", "quand" et "quoi" qui répondent aux besoins de la population clé et de la communauté.

Vous trouverez ci-dessous un exemple des éléments constitutifs d'une prestation diversifiée de traitement antirétroviral pour les femmes transgéniques cliniquement stables, dans le cadre d'un programme de soins et de traitement à base communautaire, dirigé par la population clé et soutenu par PEPFAR/USAID et le programme LINKAGES en Thaïlande. D'autres exemples de ce type sont fournis dans le [Cadre décisionnel](#) [21].

## FOURNITURE DES TARV PAR LE BIAIS DE SERVICES DE SANTÉ DIRIGÉS PAR LA POPULATION CLÉ POUR LES FEMMES TRANSGENRES, THAÏLANDE [21]

En Thaïlande, les modèles de prestation de services de santé ont été conçus pour améliorer l'utilisation des services de lutte contre le VIH chez les femmes transsexuelles et les hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes, et pour remédier aux faibles taux de liens avec les soins et aux taux élevés de perdus de vue. Les clients pouvaient bénéficier d'un maintien du TARV par le biais de services de santé communautaires dirigés par la population clé s'ils étaient cliniquement stables. Trois modèles de prestation différenciée de TARV ont été développés en collaboration avec des organisations communautaires. Dans le cadre du "modèle d'organisation communautaire à guichet unique", les médecins se rendent dans ces organisations dirigées par la population clé pour soutenir l'initiation au TARV. Une fois que le patient est cliniquement stable, les agents de santé communautaires de la population clé aident les clients à maintenir leur traitement. Dans le cadre du "modèle de l'hôpital pour les organisations communautaires", le personnel des organisations communautaires accompagne les clients vers les hôpitaux du réseau provincial de TARV pour l'initiation ; une fois qu'ils sont cliniquement stables, les clients sont dirigés vers les agents de santé communautaire de la population clé dans les organisations communautaires pour le maintien du TARV. Dans le modèle "combiné hôpital/organisations communautaires", l'initiation et le maintien du traitement peuvent avoir lieu dans un hôpital, ainsi que dans une organisation communautaire, en fonction des préférences du client. Ces modèles sont des exemples de modèles individuels de prestation de TARV hors établissement.

	RENOUVELLEMENT DES ARV	CONSULTATIONS CLINIQUES	SOUTIEN PSYCHOLOGIQUE
QUAND	Tous les mois ou tous les trois mois. Pendant les heures normales de travail pour les visites dirigées par un médecin, ainsi que le soir et/ou le week-end pour les populations clés - visites dirigées par un agent de santé communautaire	Tous les trois mois Pendant les heures normales de travail pour les visites dirigées par un médecin, ainsi que le soir et/ou le week-end pour les populations clés - visites dirigées par un agent de santé communautaire	Tous les trois mois, ou au besoin Pendant les heures normales de travail, heures de visites guidées par le médecin, ainsi que le soir, et / ou le week-end pour les visites dirigées PC-ASC
OÙ	Alternativement l'hôpital et les organisations communautaires, ou toutes les visites à l'organisation communautaire, en fonction de la préférence du client.	Alternativement l'hôpital et les organisations communautaires, ou toutes les visites à l'organisation communautaire, en fonction de la préférence du client.	Alternativement l'hôpital et les organisations communautaires, ou toutes les visites à l'organisation communautaire, en fonction de la préférence du client.
QUI	Alternativement médecins et PC-ASC	Alternativement médecins et PC-ASC	Agents de soins et de soutien (OSC)
QUOI	Médecins : rescripts ART, consultation clinique PC-ASC : recharges ART, bilan de santé complet, contrôle d'observance et counseling, et référence vers un médecin au besoin	Médecins : rescripts ART, consultation clinique PC-ASC : recharges ART, bilan de santé complet, contrôle d'observance et counseling, et référence vers un médecin au besoin	OSC : soutien psychosocial, counseling pour rapports sexuels protégés et référence pour du counseling si nécessaire

L'administration différenciée du TARV pour les populations clés ne doit pas être limitée aux clients qui sont cliniquement stables. La prestation de services diversifiés peut être un moyen d'améliorer l'accès aux services VIH pour les membres des populations clés qui rencontrent des difficultés d'observance et de proposer des choix de modèles de prestation de services basés sur les besoins cliniques et les préférences individuelles.

Une approche différenciée de la prestation de services devrait être appliquée dans tout le continuum de soins - y compris des approches différenciées pour la prévention (par exemple, la prestation de la prophylaxie pré-exposition [PrEP]), le dépistage, la liaison et la rétention.

### Mise à l'échelle du ténofovir, de la lamivudine et du dolutegravir

L'OMS recommande aux pays de faire passer tous les patients éligibles à des régimes de TARV qui contiennent du dolutegravir (DTG) au lieu de l'éfavirenz (EFV). Les schémas thérapeutiques à base de DTG sont associés à une diminution des effets secondaires, des interactions médicamenteuses et des abandons, à une suppression rapide de la charge virale et à une barrière génétique élevée contre la résistance. La suppression rapide de la charge virale est particulièrement importante pour les populations clés, qui peuvent avoir plusieurs partenaires. Il est essentiel de disposer d'une barrière élevée contre la résistance étant donné les taux d'observance plus faibles parmi les populations clés. L'efficacité et la tolérance supérieures, combinées à la disponibilité d'un comprimé de combinaison à dose fixe (FDC) , font du ténofovir, lamivudine et dolutegravir (TLD) un régime de première ligne optimal [22]. Le comprimé FDC peut contribuer à améliorer l'observance en réduisant le nombre de pilules qu'une personne doit prendre chaque jour. La combinaison TLD est également recommandée comme traitement de deuxième ligne pour les patients qui ne suivent pas un traitement contenant de l'EFV ou de la névirapine, ou pour ceux qui ne suivent pas un traitement de première ligne ne contenant pas de DTG.

Comme le TLD est mieux toléré et a moins d'effets secondaires, l'observance à son traitement et sa rétention devraient être plus élevées, surtout si les patients sont correctement éduqués et préparés. LINKAGES a produit un bref document d'orientation intitulé « [La transition vers le Tenofovir, Lamivudine, et Dolutegravir \(TLD\): Informations générales pour les clients, les cliniciens, les conseillers et les autres prestataires de services \(Tenofovir, Lamivudine, And Dolutegravir \(TLD\) Transition: General Information for Clients, Clinicians, Counselors, and other Service Providers\)](#), qui fournit une vue d'ensemble pour orienter les programmes vers la transition vers le TLD, ainsi que des considérations spéciales pour la transition [23]. Des recommandations sur l'utilisation du TLD sont disponibles au niveau de l'[OMS](#) et dans les [orientations du Plan opérationnel national du PEPFAR 2020](#) [18,24].

La planification du lancement du TLD comprend plusieurs décisions au niveau national, en tenant compte des risques et des avantages cliniques, ainsi que des questions programmatiques pratiques. Nombre de ces décisions sont spécifiques à chaque pays et peuvent changer au fil du temps, à mesure que de nouvelles données apparaissent. Les gouvernements élaborent généralement une politique nationale pour la transition du TLD tout en actualisant les directives de traitement du VIH. Pour obtenir des conseils afin d'éclairer certaines des décisions pratiques que les pays devraient envisager lors du lancement du TLD, consultez les Considérations d'OPTIMIZE pour l'introduction du TLD dans les programmes nationaux : « [Orientations du PEPFAR sur l'élaboration de recommandations cliniques et programmatiques](#) » (PEPFAR Guidance on Developing Clinical and Programmatic Recommendations) [22].

### Mise en place rapide d'une thérapie antirétrovirale

En 2017, l'OMS a produit des recommandations sur la thérapie antirétrovirale rapide et le jour même, basées sur les résultats de plusieurs essais contrôlés randomisés et d'études observationnelles indiquant que ces pratiques peuvent améliorer les résultats pour les patients [25]. L'OMS recommande que les programmes offrent une initiation rapide du TARV (dans les sept jours suivant le diagnostic), y compris une initiation le jour même (SDART), à toutes les PVVIH après confirmation du diagnostic du VIH et évaluation clinique, et que les personnes atteintes d'une maladie avancée du VIH soient prioritaires pour l'évaluation et l'initiation. Les membres de la population clé qui se présentent pour la première fois, ou ceux qui retournent aux soins après avoir été perdus de vue, devraient subir une évaluation pour traiter les infections opportunistes, telles que la

tuberculose (TB) ou la méningite cryptococcique, avant que le TARV ne soit initié ou relancé. Bien que le test des CD4 ne soit pas obligatoire pour déterminer l'éligibilité au TARV, une numération de base des cellules CD4 peut être utilisée pour déterminer si le patient est atteint d'une maladie VIH avancée. Conformément aux recommandations de l'OMS, tous les programmes soutenus par le PEPFAR sont tenus d'offrir un traitement le jour même à tous les patients séropositifs nouvellement diagnostiqués qui n'ont aucune contre-indication à un traitement rapide ou initié le jour même, quel que soit le lieu du diagnostic [26].

Les données des pays qui mettent en œuvre une initiation rapide au TARV ont révélé une augmentation rapide de la prise du TARV et une diminution des personnes perdues de vue. Les programmes peuvent prévenir les pertes en employant une approche de gestion des cas, en transférant les services des médecins vers d'autres travailleurs de la santé et en décentralisant les centres de traitement spécialisés dans le VIH vers les soins primaires ou les cliniques communautaires pour soutenir l'initiation au TARV et le maintien des populations clés. Les approches qui sont centrées et organisées autour des besoins, des préférences et des attentes des populations clés en matière de santé, et qui respectent la dignité et le respect de l'individu, seront plus susceptibles de retenir leurs clients [18]. Les programmes doivent engager et soutenir les membres des populations clés et leurs familles pour qu'ils jouent un rôle actif dans leurs propres soins grâce à une prise de décision éclairée. Pour les programmes qui soutiennent les liens avec le traitement via l'orientation, il est essentiel de confirmer que les clients commencent le TARV et de fournir un traitement continu et un soutien à l'observance, si nécessaire.

Les partenaires et les établissements communautaires peuvent travailler en tandem pour développer des modèles solides permettant de réduire le délai entre le diagnostic et le début du traitement. Les principales composantes des bonnes pratiques recommandées par l'OMS pour 2016 en matière de liens qui favorisent la rétention, avec des apports supplémentaires, sont les suivantes [20] :

- Services intégrés, où le dépistage et le traitement du VIH sont regroupés avec d'autres services tels que le dépistage et le traitement des infections sexuellement transmissibles et de la tuberculose sur un même site
- Intensification du counseling et de l'éducation après le dépistage
- Évaluation et atténuation des obstacles réels et perçus à la prise en charge du VIH
- Options de soutien au traitement, y compris la navigation par les pairs avec une escorte personnelle pour l'enregistrement des soins du VIH et le soutien par la suppression du virus.



## TÉMOIGNAGES DE SUCCÈS DU TRAITEMENT PRIS LE JOUR MÊME

Le programme FIKIA de Tanzanie utilise une approche basée sur "la prestation des services diversifiés" (DSD) qui comprend un programme de démarrage de deux semaines de thérapie antirétrovirale au moment du diagnostic. Le programme a doublé l'initiation au traitement parmi les membres des PC qui ont été testés positifs au VIH, passant de ~40 % à ~80 %, en utilisant un modèle de diagnostic du VIH et d'initiation au TARV le jour même dans les milieux communautaires, dont le personnel est composé de prestataires du ministère de la santé.

Dans le modèle de services de santé thaïlandais dirigé par les PC, les clients ont exprimé une grande acceptation de l'initiation le jour même (~90 %), et 77 % d'entre eux ont pu commencer. De plus, 94 % ont été supprimés au bout d'un an, et ceux qui avaient commencé un traitement le jour même avaient 2,2 fois plus de chances d'être supprimés que ceux du modèle de soins standard.

Source : Les orientations du Plan opérationnel national de PEPFAR 2020 [18]

D'autres personnes, telles que les travailleurs sociaux et les amis/familles, peuvent également apporter un soutien à l'adhésion au traitement des PVVIH.

- Aide au transport, par exemple sous forme de bons de transport
- Suivi par téléphone/message, rappels et recherche de contacts si le traitement n'a pas été entamé
- Gestion des dossiers brefs (<90 jours) par les pairs, en liaison avec la gestion des dossiers
- Conseils personnalisés et continus, soutien psychosocial et liens avec le soutien des pairs
- Counseling en matière d'information et d'incitation sur les avantages de la déclaration, du dépistage des partenaires et des enfants biologiques, et de l'initiation et de l'adhésion au TARV
- Fourniture décentralisée des TARV et distribution communautaire des TARV
- Suivi et évaluation systématique des résultats de l'inscription aux soins et de l'initiation au TARV, y compris le suivi de la première prise de médicaments

Les programmes devraient prévoir du counseling et de l'éducation avant le dépistage afin que les clients entendent des messages positifs sur le dépistage du VIH, notamment sur les avantages de connaître son statut sérologique et d'entreprendre un traitement précoce, ainsi que des messages "indéfectable = non transmissible" (I=I). De plus amples informations sont fournies dans la sous-section sur I=I ci-dessous. La [plate-forme de solutions PEPFAR](#) fournit également des exemples communautaires supplémentaires pour améliorer les liens [27].

Des conseils techniques sur l'initiation le jour même du traitement antirétroviral, y compris des recommandations sur le moment de l'initiation du traitement en présence de tuberculose et de cryptococcie, sont disponibles dans les [Directives de l'OMS pour la gestion des maladies avancées du VIH et l'initiation rapide du traitement antirétroviral](#) [25]. Pour une liste complète des tests diagnostiques recommandés et souhaitables pour les personnes qui commencent un TARV, se référer aux [Directives consolidées de l'OMS sur l'utilisation des médicaments antirétroviraux pour le traitement et la prévention de l'infection par le VIH](#) [20].



## INNOVATIONS DANS LA MISE EN RELATION DES CLIENTS AVEC LE TARV

Les programmes peuvent faire preuve de créativité dans l'élaboration d'approches visant à accroître la rapidité et l'efficacité de la liaison. Le programme CHAMP (Continuum de prévention, de soins et de traitement du VIH/SIDA pour les populations les plus à risque) au Cameroun offre aux clients diverses possibilités de commencer un traitement lorsqu'ils sont diagnostiqués séropositifs. Un grand nombre de clients du programme, parmi lesquels des professionnelles du sexe et des hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes, sont testés le soir et le week-end, lorsque de nombreux établissements sont fermés. Pour améliorer les liens avec le traitement, CHAMP associe des équipes de sensibilisation à des pairs navigateurs afin que les personnes nouvellement diagnostiquées sur le terrain puissent être immédiatement mises en relation avec un navigateur, qui les guidera vers les services de TARV pendant les heures de service des établissements. Le programme associe également des équipes de sensibilisation à des cliniciens pendant les tests mobiles ou offre aux personnes nouvellement diagnostiquées la possibilité de parler à un clinicien au téléphone pendant les heures de soirée et de week-end, afin d'établir une relation immédiate avec un prestataire. Les pairs navigateurs du programme ont développé des relations étroites avec les infirmières des établissements publics, qui sont de garde pour ouvrir leurs établissements le soir afin d'initier les clients au traitement s'ils sont testés positifs lors des tests communautaires. Ces efforts ont aidé le programme à maintenir des taux de liaison avec le TARV à 95% ou plus, tant pour les professionnelles du sexe que pour les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes.

## Dispense de plusieurs mois (MMD)

Le modèle MMD (Dispense de plusieurs mois) est un modèle de prestation de services diversifiés en établissement et dans la communauté dans lequel les personnes qui sont stables sous TARV reçoivent trois mois de médicaments ou plus à chaque visite, ce qui permet d'espacer leurs rendez-vous à des intervalles moins fréquents. Selon les directives du Plan opérationnel national 2020, tous ceux qui sont cliniquement stables doivent recevoir six mois de ce modèle. Dans de nombreux pays, le modèle MMD est associé à l'espacement des rendez-vous et à des approches accélérées (c'est-à-dire le contournement des visites cliniques pour aller chercher les médicaments directement à la pharmacie) afin de réduire au minimum le temps que les clients doivent passer dans les établissements de santé. Des recherches ont démontré que ce modèle permettait de réaliser des économies pour le système de santé et d'améliorer la rétention des soins [28]. La fourniture de ce service aux populations clés est essentielle en raison des difficultés accrues qu'elles peuvent rencontrer pour accéder aux services

Dans ses directives consolidées sur *l'utilisation des médicaments antirétroviraux pour le traitement et la prévention de l'infection par le VIH*, l'OMS recommande des visites cliniques moins fréquentes (trois à six mois) pour les personnes stables sous TARV, et une prise de médicaments moins fréquente (trois à six mois). Les orientations actuelles du PEPFAR indiquent qu'environ 80 % des PVVIH sous traitement seront éligibles pour le modèle MMD de six mois [20]. Les lignes directrices de l'OMS recommandent que les personnes éligibles se voient proposer le modèle MMD de six mois avec la possibilité de renouvellement accéléré, et que dans tous les cas, les clients reçoivent un TARV pendant plusieurs mois à la fois (au moins trois mois de médicaments) [29]. Pour les clients de la population clé cliniquement stables, les établissements ou les sites communautaires doivent avoir la capacité de dispenser un TARV pendant six mois à la fois. Les orientations du Plan opérationnel national 2020 recommandent également que les clients qui entrent dans le DSD sans une charge virale supprimée documentée soient prioritaires pour le test de la charge virale, l'évaluation de l'observance/counseling et la répétition du test de la charge virale. Les pairs navigateurs peuvent jouer un rôle essentiel dans le contrôle et le soutien de l'observance [20].

L'éligibilité à la prestation de services diversifiés (MMD) dans les directives du PEPFAR n'est plus liée à un critère de suppression de la charge virale, étant donné la faible couverture des tests de la charge virale dans de nombreux pays. Cependant, de nombreuses directives nationales exigent que les PVVIH qui reçoivent le modèle MMD soient définies



### ABORDER LA MOBILITÉ DES PC

Avec le soutien du Fonds d'Investissement pour les Populations clés (KPIF) du gouvernement américain, le projet de collaboration transfrontalière du Centre de recherche sur la santé sexuelle et le VIH SIDA au Zimbabwe (CeSHHAR) examine les moyens de fournir une aide au développement des compétences aux professionnelles du sexe qui voyagent entre le Botswana, le Mozambique, la Zambie et le Zimbabwe. Le programme mettra en place un système d'orientation régional pour assurer la continuité des soins et formera les prestataires à la préparation des voyages dans le cadre des consultations de routine. Les prestataires partenaires régionaux offriront aux clients des "paquets de voyage sûrs" contenant une réserve tampon du TARV (ou PrEP) et une lettre de transfert. Le programme développe également un système de suivi pour évaluer et améliorer l'efficacité de l'orientation, de la liaison, de l'observance et des résultats du traitement.



comme “stables”, et l’un des critères pour une désignation “stable” est un résultat de suppression de la charge virale. Les programmes nationaux devront examiner les directives, les taux de couverture de la CHARGE VIRALE et d’autres facteurs pour décider si les politiques et programmes nationaux doivent être révisés.

La planification et la mise en œuvre de la MMD pour les populations clés exigent une coordination étroite entre les organisations communautaires des populations clés, les pairs navigateurs (dont il est question plus loin) et le personnel clinique et de la chaîne d’approvisionnement. Les programmes doivent planifier la logistique avec soin en fonction du nombre de clients de la population clé attendus sur la MMD. Il convient de noter que la mobilité n’est pas un critère pour limiter l’accès à la MMD et peut même constituer une raison valable d’éligibilité. Les personnes de la population clé qui sont des travailleurs migrants ou susceptibles de voyager bénéficieront de la MMD au même titre que les PVVIH qui ne sont pas membres d’un groupe de la population clé. Un système de suivi et d’évaluation (M&E) devra être développé, et les systèmes de surveillance des pharmacies devront être adaptés, pour suivre les clients de la population clé MMD et superviser la gestion des stocks. L’équipe « Chaîne d’approvisionnement pour la santé » de l’USAID a créé un calculateur de planification du TARV et un outil d’orientation pour aider les pays à planifier la mise en œuvre des organisations communautaires des populations clés. L’outil et les orientations peuvent être consultés sur le site [Differentiatedcare.org](http://Differentiatedcare.org) [30]. Les programmes peuvent également accéder à la prestation de services diversifiés de l’IAS: *Cadre décisionnel pour la thérapie antirétrovirale diversifiée pour des conseils supplémentaires spécifiques à la planification de la MMD pour les populations clés* (A Decision Framework for Differentiated Antiretroviral Therapy for Key Populations) [21].

### La distribution décentralisée dans le secteur privé

La distribution décentralisée des TARV par le secteur privé (par exemple, par le biais de pharmacies communautaires ou de modèles automatisés utilisant des distributeurs) peut élargir l’accès des populations clés en augmentant le nombre et la commodité des points de distribution. Parmi les avantages potentiels, citons la sensibilisation du domicile ou du lieu de travail des personnes, des heures d’ouverture plus pratiques et la réduction des files d’attente dans les établissements. Des points d’accès alternatifs intégrés à des médicaments non-VIH peuvent également réduire la stigmatisation et les préoccupations relatives à la confidentialité. Les clients qui ne sont pas éligibles pour le modèle MMD (par exemple, les personnes instables) peuvent bénéficier d’un accès plus facile tout en continuant à obtenir des soins cliniques dans un établissement de santé. En outre, les clients qui ne veulent ou ne peuvent pas stocker une réserve de six mois de TARV à domicile, ou ceux qui déménagent fréquemment (par exemple, les professionnelles du sexe et les hommes ayant des relations sexuelles avec d’autres hommes), auraient des options plus pratiques pour prendre leurs médicaments à la fréquence et au volume qui leur conviennent.

### Augmentation de la charge virale

Étant donné les risques importants de transmission du VIH parmi les membres des populations clés dont la charge virale n’est pas supprimée, les efforts politiques et programmatiques devraient être axés sur la mise en place de services adaptés aux besoins spécifiques des populations clés, qui partagent généralement des déterminants structurels du risque, notamment la marginalisation, le risque accru de violence et la mobilité. Les politiques nationales qui favorisent des services culturellement et cliniquement compétents favoriseront l’amélioration de la couverture des traitements et l’observance soutenue nécessaire au contrôle des épidémies [31]. L’identification des patients stables des populations clés qui peuvent être orientés vers une supervision et un suivi clinique moins intensifs peut également réduire les coûts pour les clients et l’encombrement des établissements. Lorsque les clients ont une CV supprimée, les cliniciens disposent d’une mesure objective de l’observance qui peut favoriser des consultations cliniques moins fréquentes (par exemple, une fois tous les six à douze mois) [32].

Les pays devraient viser à étendre le suivi de routine de la charge virale (VLM) à une couverture nationale de 100 % des populations clés afin de garantir une détection précoce des échecs virologiques. Lors de la planification de l'extension, les programmes devraient élaborer une évaluation complète des systèmes existants et des plans détaillés pour chaque étape du "continuum de la charge virale" afin de minimiser les "fuites" et de garantir un délai d'exécution adéquat des résultats. Si la mise en œuvre nationale n'est pas possible, les pays peuvent mettre en œuvre une approche progressive, dans le cadre de laquelle des tests de CHARGE VIRALE limités ou ciblés sont effectués dans les régions/établissements où la prévalence du VIH et le nombre de patients sont les plus élevés, à mesure que la structure et les systèmes de suivi de routine sont élaborés et appliqués [33].

Au minimum, les pays devraient plaider pour l'alignement des directives nationales sur la CV avec les directives de l'OMS, et répondre aux besoins spécifiques de la population clé. Cela pourrait impliquer de travailler avec un groupe de travail technique dans le pays pour planifier, examiner et faire des recommandations au ministère de la Santé pour la mise en œuvre du suivi de la CHARGE VIRALE, et pour développer des modèles opérationnels et des procédures opérationnelles standard (SOP) pour les tests de CHARGE VIRALE aux populations clés. Le cas échéant, les programmes peuvent préconiser et soutenir l'utilisation d'un système d'information sur la gestion des laboratoires hébergé par le ministère de la Santé pour accéder aux résultats des tests de CHARGE VIRALE des laboratoires et structures concernés afin de faciliter l'échange d'informations.

Pour protéger les droits des participants qui se livrent à des activités qui peuvent être illégales et pour lesquels l'utilisation de noms ou d'identifiants nationaux peut accroître les risques, les programmes de la population clé peuvent intégrer des identifiants uniques, tels que des pseudonymes ou des numéros d'identification. Les identifiants uniques peuvent être générés par le client et le prestataire sur la base d'un ensemble de questions auxquelles seul le client peut répondre. Cela peut également être important pour les populations transgenres, pour lesquelles le sexe et le nom légal sur les identifications officielles peuvent ne pas correspondre au sexe ou au nom utilisé des clients. Par ailleurs, les identifiants biométriques offrent une solution technologique qui peut être sécurisée et cryptée.

Les modèles décentralisés qui offrent le suivi de la charge virale en même temps que le dépistage du VIH, la fourniture et la gestion du TARV, le dépistage et le traitement des IST et le traitement de la tuberculose dans un lieu exempt de stigmatisation peuvent avoir de meilleurs résultats en matière de services VIH pour les populations clés [26]. Les organisations communautaires des populations clés peuvent jouer un rôle essentiel, notamment en diffusant des informations sur le dépistage systématique de la charge virale et les messages de type indétectable = non transmissible (I=I) (création de la demande), en expliquant la signification des résultats, en employant des pairs navigateurs qui encouragent le dépistage de la charge virale et s'assurent que les personnes vivant avec le VIH/sida obtiennent leurs résultats, et en assurant la gestion clinique des clients dont la charge virale n'est pas supprimée. Les clubs d'adhérence et les services mobiles et des Organisations communautaires de lutte contre le VIH peuvent servir de lieux d'accueil pour la CV ; ils ont le potentiel de fournir des diagnostics de CV aux points de soins dès qu'ils sont disponibles ou d'envoyer des gouttes de sang séché (DBS) aux laboratoires de référence.

Les organisations communautaires peuvent également soutenir la saisie de données, le développement de systèmes de suivi et d'évaluation et la gestion des données. Les programmes dédiés aux populations clés sont bien placés pour soutenir le suivi et l'assurance qualité de la communauté, ce qui pourrait entraîner une utilisation accrue des résultats de la CV dans la prise en charge des patients. Par exemple, les personnes qui consomment de la drogue ou de l'alcool ont souvent une observance sous-optimale et, par conséquent, un taux d'échec plus élevé du traitement. Il est donc nécessaire de surveiller plus fréquemment la CV afin d'identifier rapidement les échecs de traitement et de prévenir le développement et la transmission de souches résistantes [31].

Les données de la CHARGE VIRALE peuvent jouer un rôle essentiel dans la défense des droits de l'homme. Par exemple, le fardeau que représente une CHARGE VIRALE non supprimée pour une population par rapport à une CHARGE VIRALE accessible à cette même population peut être utilisé pour démontrer le besoin de services, soutenir l'allocation équitable des ressources et évaluer les progrès vers la réalisation du droit à la santé pour les populations clés. La comparaison de la suppression virale entre les populations clés et la population en général dans différents pays peut aider à identifier les inégalités et les domaines de programmation prioritaires [31].

La formation au traitement, y compris la formation des prestataires et du personnel de sensibilisation, est un élément important pour rendre le suivi de la charge virale efficace. LINKAGES a élaboré un dossier technique intitulé [“Atteindre le troisième 95 : suppression de la charge virale chez les personnes vivant avec le VIH dans les populations clés”](#) qui décrit les considérations relatives à l'amélioration de l'accès et de l'utilisation des tests de dépistage de la charge virale, ainsi qu'à l'utilisation des résultats de la charge virale, dans le cadre des programmes VIH axés sur les populations clés [32]. Le groupe de la communauté de pratique du PEPFAR sur la CV/le diagnostic précoce du nourrisson (EID) a élaboré un [manuel de référence sur la CV/le EID](#) qui propose des outils innovants, des meilleures pratiques et des solutions pour relever les défis de la CV qui sont communs à tous les programmes et qui peuvent être utilisés pour accélérer l'extension de la CV [33]. En outre, le Centre international pour les programmes de soins et de traitement du SIDA (ICAP) de l'Université de Columbia a développé un certain nombre d'outils de formation et de mise en œuvre pour soutenir le suivi de la charge virale. Ils peuvent être trouvés ici : [Outils de suivi de la CHARGE VIRALE d'ICAP](#) (ICAP CHARGE VIRALE Monitoring Tools) [34].

## Éléments au niveau du réseau et du site

Les sites de service au sein d'un réseau peuvent comprendre des établissements publics ou gérés par des organisations communautaires, des centres d'accueil et des prestataires privés. Dans cette section, nous abordons les compétences des soins cliniques et du soutien apportés aux populations clés, la gestion des cas, les attributs de l'espace physique et le flux des clients au sein du réseau de services qui, collectivement, ont un impact sur la rétention à long terme.

Il est important de promouvoir les relations et la coordination entre les activités des établissements et de la communauté pour répondre aux besoins des clients. Il existe un certain nombre de mesures que les programmes peuvent prendre au niveau du réseau et des sites pour accroître l'accès et l'utilisation des services d'adhésion et de maintien, et pour utiliser efficacement les données afin de déterminer les causes profondes des clients perdus de vue pour le suivi. Les ajustements au niveau du réseau et du site doivent être basés sur les besoins des clients. La confiance et la confidentialité sont essentielles pour encourager les personnes à visiter et à revenir dans un établissement.

## Compétences du personnel

La stigmatisation et la discrimination (S&D) dans le domaine des soins de santé et les systèmes de santé qui ne répondent pas aux besoins des populations clés constituent des obstacles importants à l'adoption et au maintien des services. Les programmes doivent revoir leur contenu ou plan de formation sur la réduction de la stigmatisation et la discrimination, s'assurer qu'ils sont à jour, évaluer qui doit être formé, et développer et mettre en œuvre des plans pour combler les lacunes. Étant donné que les sites du secteur public connaissent souvent un changement de personnel, les plans devraient inclure des formations de recyclage, des procédures de fonctionnement standard spécifiques aux populations clés et des aides à l'emploi. La formation des professionnels de la santé devrait également inclure des compétences cliniques pour les populations clés, en fonction de chaque groupe de population et de leurs besoins et facteurs de risque associés.

Il est également important de suivre et de contrôler les expériences des populations clés avec les prestataires à différents niveaux, notamment en évaluant l'amabilité et les compétences des sites de traitement, en faisant appel aux orientations des personnes et des organisations de la part des populations clés tout au long du processus. Les organisations communautaires gérées par les populations clés peuvent jouer un rôle clé en facilitant la formation des professionnels de la santé à la sensibilisation aux populations clés et en créant des espaces sûrs dans les établissements de santé. LINKAGES a créé un guide appelé [Health4All](#) pour accroître l'empathie, les connaissances cliniques et les compétences interpersonnelles des professionnels de la santé afin d'améliorer les services adaptés aux populations clés [35]. Les programmes peuvent également intégrer le feedback de la part des clients et des organisations des populations clés par le biais d'enquêtes, la [carte de pointage communautaire \(Community Score Card\)](#) ou d'autres approches d'amélioration de la qualité afin d'accroître l'accessibilité de leurs services et d'optimiser le confort des clients [36].

## Espace physique et flux de clients

Étant donné la multitude de façons dont les membres des populations clés vivent la stigmatisation et la discrimination (S&D), et la façon dont ces expériences peuvent affecter l'adhésion et la rétention, il est important de construire des espaces accueillants et inclusifs. Il faut notamment s'assurer que les sites sont accessibles et ouverts pendant les jours et les heures qui conviennent aux populations clés (par exemple, le soir et le week-end) ; que le personnel administratif et les agents de sécurité ont été formés pour ne pas faire de discrimination à l'encontre des populations clés ; qu'il y a des sièges adéquats et confortables et des espaces privés pour le counseling ; que l'espace est bien éclairé ; qu'il y a des informations/matériels appropriés aux populations clés ; que les temps d'attente sont inférieurs à une heure et qu'il y a des interventions spécifiques pour réduire les temps d'attente ; et que la confidentialité et la sécurité des clients sont strictement maintenues (entre autres). En outre, les droits et les politiques de lutte contre la stigmatisation et la discrimination doivent être affichés visiblement sur les murs, abordés dans les formations et appliqués. Les organisations communautaires et les établissements peuvent travailler ensemble pour trouver des moyens d'étendre les services en dehors du VIH qui peuvent attirer les clients issus des populations clés, comme le dépistage des maladies non transmissibles, les activités pour les enfants (par exemple, des professionnelles du sexe) et les événements sociaux. La carte de pointage, mentionnée ci-dessus, peut également être utilisée pour évaluer les perceptions des clients et des prestataires de services concernant les espaces hors établissement et le flux de clients, et pour faire des recommandations d'amélioration.

## Gestion des cas

Les clients peuvent être confrontés à plusieurs difficultés pour suivre un traitement qui nécessitent l'intervention de plus d'un prestataire. Il peut s'agir d'obstacles à l'accès aux services, d'effets secondaires des médicaments, de problèmes de santé mentale et d'autres problèmes psychosociaux (par exemple, dépression, consommation de substances psychoactives et difficultés socio-économiques, ou expériences passées ou actuelles de violence). Certains clients peuvent être confrontés à la stigmatisation liée aux populations clés sur un site de service de référence. Le modèle de gestion de cas peut aider à prévenir et à résoudre ces problèmes en coordonnant les services par l'intermédiaire d'une équipe de prestataires ayant des compétences différentes pour fournir des soins adaptés aux besoins de chaque personne.

Les équipes de gestion de cas sont souvent composées de conseillers en matière de VIH et de personnel de programme, notamment des pairs navigateurs, des travailleurs sociaux, du personnel clinique, des spécialistes en S&E. Les systèmes communautaires de gestion des cas (y compris le conseil psychosocial) peuvent aider à surmonter les obstacles structurels et sociaux à la notification des partenaires et à l'établissement de liens opportuns avec le traitement, et aider les clients nouvellement diagnostiqués ou réengagés dans le traitement antirétroviral à établir et à maintenir une observance au traitement à long terme. Lorsque les organisations

communautaires et les établissements travaillent ensemble dans le cadre d'une approche de gestion des cas, des réunions régulières (par exemple, hebdomadaires ou mensuelles) peuvent servir de forums pour discuter de cas individuels et élaborer des solutions pour garantir des résultats optimaux pour chaque client.

L'approche de la gestion des cas peut être divisée en deux phases : intensive et de maintenance. La gestion intensive des cas implique un soutien et des conseils fréquents et personnalisés aux clients, depuis le moment où ils entrent dans le système de soins jusqu'à ce qu'ils atteignent la suppression virale. Au cours des 30 premiers jours suivant le début du traitement, et à d'autres moments en fonction des besoins, les membres de l'équipe de gestion des cas travaillent ensemble pour aider à prévenir ou à traiter les rendez-vous manqués en communiquant régulièrement avec les clients par téléphone ou par messagerie, et en communiquant avec le personnel de santé (par exemple, en notant si les médicaments ont été retirés ou si des tests de CHARGE VIRALE ont été effectués). Ces tâches peuvent être accomplies par des pairs navigateurs (voir ci-dessous) ou par d'autres membres de l'équipe non professionnels [18]. La gestion de cas peut également aider les clients à accéder à des services plus globaux, tels que la prévention et la gestion des événements indésirables (y compris la violence), ce qui peut en fin de compte affecter l'adhésion au traitement.

La **phase de maintenance** commence dès que le client atteint la suppression virale. Les visites de contrôle pendant la phase de maintenance peuvent être moins fréquentes et dépendantes des événements (par exemple, pour rappeler les rendez-vous à venir). Comprendre que les vulnérabilités et les circonstances des clients peuvent changer, en particulier parmi les populations clés, les équipes de gestion des cas doivent fournir un soutien intensif aux clients qui ont des difficultés qui entravent l'adhésion (par exemple, les expériences de violence, la consommation de substances, le sans-abrisme), et à ceux qui ne sont plus pris en charge. **REMARQUE** : les clients issus des populations clés peuvent passer d'une appellation intensive à une appellation de maintien en fonction de l'évolution de leur profil. Voir ci-dessous pour plus d'informations sur la façon dont les programmes peuvent adapter le soutien.

## Gestion virtuelle (en ligne) des cas

Les programmes peuvent tirer parti de l'accès croissant des populations clés aux plateformes mobiles et en ligne en fournissant des services de gestion de cas virtuels. Cette approche peut contribuer à réduire les coûts de transport et le temps nécessaire tant pour les clients que pour les prestataires et le personnel de soutien. En outre, certains clients peuvent préférer effectuer le counseling et l'orientation de manière anonyme, ou rechercher et prendre des rendez-vous dans leur établissement préféré grâce à l'application de réservation en ligne (ORA).

Des preuves provenant de plusieurs milieux ont révélé que les gestionnaires de cas virtuels peuvent être efficaces pour aider les membres des populations clés récemment diagnostiqués à entreprendre un traitement antirétroviral sans un nombre important de perdus de vue. En Inde, une campagne en ligne contre le VIH appelée [Yes4Me](#) (développée par le projet LINKAGES), qui a été lancée en mai 2018, propose une évaluation des risques en ligne et l'orientation vers des tests via un réseau de laboratoires privés. Une équipe de gestionnaires de cas virtuels assure le suivi de chaque client par téléphone ou par application de messagerie (par exemple, WhatsApp). Le programme a permis d'établir un lien à 100 % avec le TARV pour les clients dont le test s'est révélé positif au cours des 18 premiers mois de mise en œuvre. Un programme similaire au Mali, géré par FHI360, a obtenu un rendement de 17% parmi les clients issus des populations clés grâce à la portée et au recrutement en ligne. Au Kenya, les travailleurs de sensibilisation en ligne d'une organisation communautaire dirigée par des hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, appelée HOYMAS, fournissent des services de sensibilisation en ligne et relient les clients aux services par l'intermédiaire de [Step1.co.ke](#) (une plateforme de réservation). Depuis le lancement de [Step1.co.ke](#) en mars 2019, le programme a atteint un taux de mise en relation de 93 % pour les personnes diagnostiquées positives (en mars 2020).

Bien que de nombreux services de gestion de cas puissent être fournis virtuellement, y compris la navigation et le counseling en matière de traitement, la coordination avec des services d'orientation facilement accessibles et adaptés aux populations clés est essentielle. Le personnel en ligne aura besoin d'une formation appropriée sur la manière de fournir des services virtuels, y compris les compétences de communication interpersonnelle, la messagerie appropriée, l'orientation et le suivi, et l'adhésion à des procédures opérationnelles standard adaptées localement. Pour plus d'informations sur la manière de préparer et de mettre en œuvre une approche en ligne adaptée pour compléter la fourniture de services complets en matière de VIH, reportez-vous à l'ORA décrite dans la section outils ci-dessous, ou suivez ce lien: <https://fhi360.org/goingonline>.

## Modèles thérapeutiques diversifiés et d'appui à l'observance - qui, quoi, quand et où

Depuis l'évaluation initiale des facteurs potentiels et des obstacles à l'adhésion, jusqu'à la suppression virale soutenue, les clients issus des populations clés devraient se voir proposer des options de traitement et de soutien à l'adhésion diversifiées et adaptées à leurs besoins. Les clients peuvent avoir besoin d'un accès plus pratique aux médicaments, ou d'un soutien par les pairs pour faire face à la stigmatisation et à la discrimination qu'ils ressentent ou qu'ils subissent. Les populations clés peuvent être confrontées à des facteurs structurels et individuels supplémentaires qui nécessitent une gestion de cas plus intensive. Il s'agit notamment de la mobilité (travail sexuel saisonnier ou travail migrant), de la violence (par exemple, partenaire sexuel, violence subie sur un lieu de travail sexuel, sexualité/sortie de genre, divulgation à un partenaire), et de facteurs politiques tels que la répression des comportements liés aux populations clés. Les programmes devront disposer d'un moyen d'évaluer l'évolution des facteurs de risque et de vulnérabilité des clients par le biais de sessions régulières de navigation par les pairs ou de gestion des cas, et des procédures opérationnelles standard devront être mises en place pour répondre à ces besoins.

Il existe un certain nombre d'interventions que les partenaires de la communauté et des établissements peuvent fournir pour aider les PVVIH à suivre le traitement et à rester dans le continuum des services. Il s'agit notamment de mesures visant à garantir des liens rapides/immédiats avec le TARV au niveau de la communauté/du centre (voir ci-dessus) ; de modèles gérés par des groupes en dehors du centre pour étendre l'accès et le confort, la prévention et la prise en charge des personnes perdues de vue, de l'intégration d'un cadre professionnel de pairs navigateurs au sein de l'équipe de gestion des cas, de la fourniture de counseling et d'autres services diversifiés en fonction du groupe d'âge, du sexe, du type/sous-groupe des populations clés et des besoins cliniques au niveau du site, du développement et de la mise à l'échelle de messages indétectable = non transmissible(I=I) adaptés localement, ainsi que de la création d'une demande et de liens avec les diagnostics et les résultats de la charge virale.

## Groupes de soutien et d'adhésion à la communauté gérés par les clients

Les groupes de pairs des populations clés peuvent jouer un rôle actif en encourageant l'adhésion au traitement. Dans le modèle géré par les clients, un membre d'un groupe de clients du TARV qui se rend dans un établissement pour une visite clinique ou diagnostique prend les médicaments et les distribue ensuite au reste du groupe. Les groupes se réunissent généralement dans un lieu qui convient à tous les membres, et le rôle de distribution leur est dévolu à tour de rôle [37]. Les groupes de soutien peuvent également contribuer à montrer aux membres qu'ils ne sont pas seuls et que d'autres sont confrontés à des défis similaires. Les clients gèrent eux-mêmes les groupes, ce qui favorise l'autonomie et l'indépendance. Bien que les groupes d'adhésion et de soutien communautaires (CASG) gérés par les clients ne fournissent pas de services

complets, ils sont peu coûteux à établir et à mettre en œuvre et peuvent efficacement compléter une approche de gestion de cas. La formation et le soutien des chefs de groupe peuvent être assurés, selon les besoins, par un membre de l'équipe de gestion des cas (tel qu'un pair navigateur ou un gestionnaire de cas) ou par une organisation communautaire. Pour plus d'informations et un exemple d'outil pour la création de CASG, visitez [la plate-forme de solutions de PEPFAR \(PEPFAR Solutions Platform\)](#) [37].

### Modèles d'établissement et des modèles hors établissement

Dans le modèle de "Prestation de services diversifiées au sein de l'établissement, les renouvellements des TARV sont séparés des visites cliniques. Lorsque les clients viennent dans l'établissement pour un renouvellement, ils ne voient pas le personnel clinique ou ne reçoivent pas de soutien à l'adhésion ; ils se rendent plutôt directement à la pharmacie ou au dispensaire pour le renouvellement de leurs médicaments. Cette approche accélérée est relativement facile à mettre en œuvre et à étendre et peut réduire les coûts et l'encombrement des établissements. Toutefois, elle nécessite une formation initiale et une coordination entre les prestataires et les pharmaciens. Bien que ce modèle offre des options plus pratiques pour les clients, il exige néanmoins que ces derniers se réservent du temps pour se rendre dans un établissement (avec les coûts financiers associés pour le transport et le temps de travail perdu). Ce facteur, ainsi que le potentiel de Stigmatisation et Discrimination dans l'établissement, peuvent encore créer des obstacles à l'adhésion, malgré la commodité de l'approche accélérée.

Dans le **modèle "Prestation de services diversifiées" hors établissement**, les renouvellements des TARV et, dans certains cas, les consultations cliniques sont donnés aux clients en dehors des établissements de santé. Certains pays ont développé des extensions d'établissements dans la communauté, qui fonctionnent souvent dans de petits espaces en milieu résidentiel ou commercial et servent de points de contrôle clinique pour les effets indésirables, de dispensaires et, dans certains cas, de centre de dépistage. Les centres d'accueil des Organisations communautaires des populations clés peuvent servir à cette fin, en assurant l'initiation du traitement et la dispense de plusieurs mois (MMD). Dans le cadre du modèle communautaire, le personnel clinique peut initier les clients au traitement antirétroviral pendant les services mobiles ou de sensibilisation. Des pairs navigateurs peuvent fournir un soutien à l'adhésion à la communauté et servir de distributeurs de TARV. Ce modèle réduit la charge des établissements et des prestataires du secteur public et peut rapprocher les services près des clients dans la communauté. Toutefois, il nécessite une coordination permanente entre la communauté et les partenaires du secteur public. Le modèle peut être mieux adapté aux clients cliniquement stables (c'est-à-dire qui ne présentent pas de maladie avancée) Les personnes souffrant de problèmes de santé supplémentaires sont susceptibles de bénéficier de visites cliniques régulières dans un établissement de santé où elles peuvent obtenir les soins dont elles ont besoin. Des exemples de la manière dont les organisations communautaires ont mis en œuvre des modèles hors établissement figurent dans le



## GROUPES D'ADHÉSION ET DE SOUTIEN COMMUNAUTAIRES (CASGS) EN ACTION

Une analyse rétrospective de 5 729 adultes qui ont rejoint les CASG entre février 2008 et décembre 2012 au Mozambique lors d'un projet pilote de CASG par Médecins Sans Frontières a révélé des taux de rétention sous le TARV de 98% à 12 mois, 96% à 24 mois, 93% à 36 mois, et 92% à 48 mois (Decroo, 2014). Ce taux est nettement supérieur au taux de rétention national, qui était d'environ 70 % à 12 mois en 2012 (dans les sites dotés de systèmes de suivi électronique des patients) [29].

document intitulé “[Soins diversifiés pour la thérapie antirétrovirale pour les populations clés: Exemples de cas du projet LINKAGES](#)” (Differentiated Care for Antiretroviral Therapy for Key Populations: Case Examples from the LINKAGES project) [38].

### Groupe géré par des professionnels de la santé

Certains clients ont besoin d'un suivi plus intensif et d'un soutien à l'adhésion spécifique à la population. Dans le modèle géré par un professionnel de la santé, les clients reçoivent leur renouvellement du TARV dans un groupe géré par un membre du personnel de santé. Les groupes se réunissent généralement dans un établissement de soins de santé et le soutien à l'observance est assuré par un conseiller ou un membre du personnel de santé formé à cet effet. Ces groupes peuvent être segmentés en fonction du temps écoulé depuis le début du traitement, par exemple, et peuvent être appropriés pour les personnes qui viennent de suivre un traitement. De même, les

personnes dont la maladie est avancée et qui ont besoin d'un suivi clinique plus fréquent peuvent bénéficier de ce service. Les cliniques de traitement de la virémie pour les personnes qui ne parviennent pas à obtenir une suppression virologique peuvent être un type de groupe géré par les professionnels de la santé. Organisée au moins un jour par mois dans un établissement existant, la clinique de virémie utilise un modèle d'équipe multidisciplinaire et se concentre sur une meilleure gestion des cas et une approche centrée sur le client. Le modèle identifie les obstacles à l'observance du traitement propres à chaque client et adapte les interventions aux besoins individuels. Les clients sont habilités à prendre des décisions conjointes avec leurs prestataires pour améliorer l'observance thérapeutique. Entre les visites en clinique, les pairs navigateurs peuvent assurer de multiples fonctions de soutien, comme la gestion des cas, les visites à domicile pour améliorer le soutien, l'identification d'autres facteurs qui pourraient contribuer à la non-observance thérapeutique et la gestion des rendez-vous manqués. Les groupes gérés par des professionnels de la santé sont relativement faciles à mettre en place dans les sites existants sans nécessiter de ressources supplémentaires ; ils nécessitent toutefois une orientation et un engagement du personnel. Ils bénéficieront également de l'adhésion de la communauté des populations clés dès le début et devraient être adaptés au contexte local, avec des efforts coordonnés pour suivre les résultats sur tous les sites. La [plate-forme de solutions du PEPFAR](#) fournit de plus amples informations [39].



### INNOVATION EN MATIÈRE DE LA “PRESTATION DES SERVICES DIVERSIFIÉS (DSD)”:

Les trois modèles (CASG, en établissement et hors établissement) peuvent inclure des services de stockage de médicaments pour les clients qui ne veulent pas transporter ou stocker de grandes quantités de médicaments à leur domicile.

### Prévenir et gérer les perdus de vue

Les 30 premiers jours de l'initiation au TARV sont critiques. De plus en plus d'évidences suggèrent que les personnes qui manquent leurs rendez-vous à un stade précoce sont plus susceptibles d'avoir des comportements de santé qui entraînent une augmentation de la mortalité. Par conséquent, l'identification des personnes qui risquent de manquer leurs rendez-vous et être déclarés perdus de vue (c'est-à-dire avant même que le rendez-vous ne soit manqué) et la fourniture de services adaptés à leurs besoins sont essentielles pour lutter contre l'épidémie. Les programmes peuvent optimiser les liens avec les clients et leur fidélisation en évaluant les facteurs de risque individuels liés à la non-observance des rendez-vous, en élaborant des plans personnalisés pour surmonter les obstacles potentiels et en fournissant une orientation et un soutien actifs



par le biais d'un système de navigation par les pairs ou d'une gestion de cas et de rappels de rendez-vous pour s'assurer que les clients commencent et poursuivent leur traitement. Certains outils pratiques de prévention de la non-observance sont présentés ci-dessous.

Les efforts visant à prévenir les rendez-vous manqués et la non-observance doivent s'accompagner d'approches systématiques pour identifier et localiser les PVVIH qui ne parviennent pas à établir un lien avec les soins et à initier un traitement antirétroviral, ou qui ne parviennent pas à être maintenues dans les soins/sous traitement. Les programmes doivent intégrer des systèmes de suivi et d'analyse qualitatifs et quantitatifs pour les aider à déterminer les raisons pour lesquelles les clients ont manqué des rendez-vous et/ou sont en situation de non-observance, en utilisant une approche d'apprentissage automatique et/ou de profilage de cas. Les résultats peuvent ensuite être utilisés pour développer des stratégies appropriées afin de prévenir la non-observance et de renvoyer les individus en traitement. Les pairs navigateurs (dont il est question en détail ci-dessous) peuvent jouer un rôle essentiel dans la recherche de personnes en situation de non-observance, car ils sont susceptibles de comprendre les besoins, les comportements et la mobilité des membres des populations clés. Le PEPFAR a inclus un [outil de suivi des clients perdus de vue \(Loss-to-Follow-Up Tool\)](#) dans sa plate-forme de solutions qui décrit les procédures de suivi et de localisation des membres des populations clés qui n'ont pas réussi à se relier au traitement, de ceux qui ont manqué des rendez-vous, ou de ceux qui sont en situation de non-observance [40].



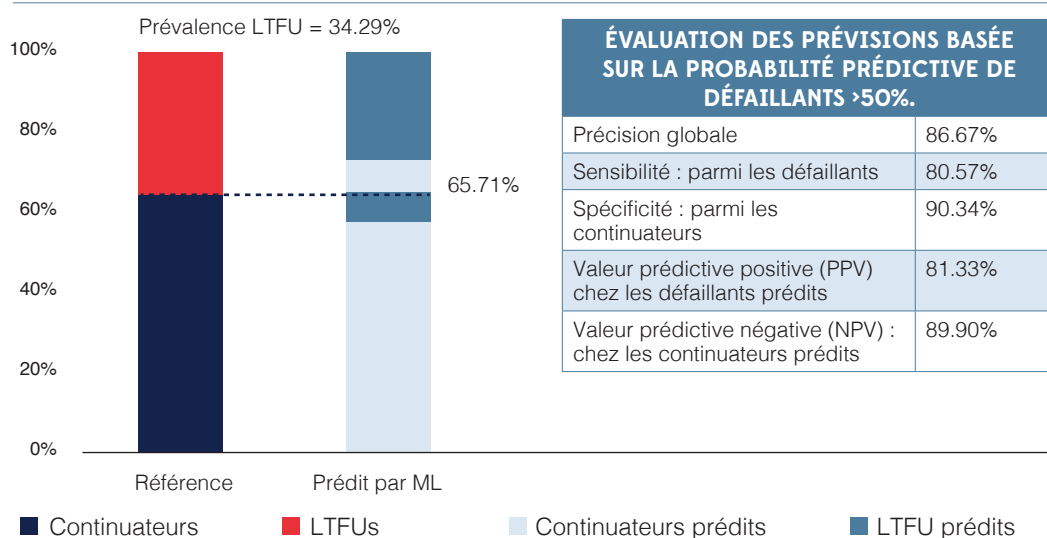
## OUTILS PRATIQUES POUR SOUTENIR L'OBSERVANCE

**L'outil de counseling sur l'observance et la rétention**, développé par EpiC avec le soutien du PEPFAR et de l'USAID, est une aide à l'emploi que les conseillers, les navigateurs et les prestataires peuvent utiliser pour les guider dans la fourniture de conseils sur l'observance aux clients nouvellement diagnostiqués, aux clients qui éprouvent des difficultés à rester fidèles et aux clients pour lesquels le traitement échoue. L'outil encourage les nouveaux clients à identifier les obstacles potentiels à l'observance auxquels ils peuvent être confrontés et à élaborer un plan et un plan de soutien pour y faire face si/quand ils se présentent. Vous trouverez de plus amples informations sur cet outil et sur le **journal des obstacles à l'observance** et des interventions qui l'accompagnent dans la section Outils ci-dessous.

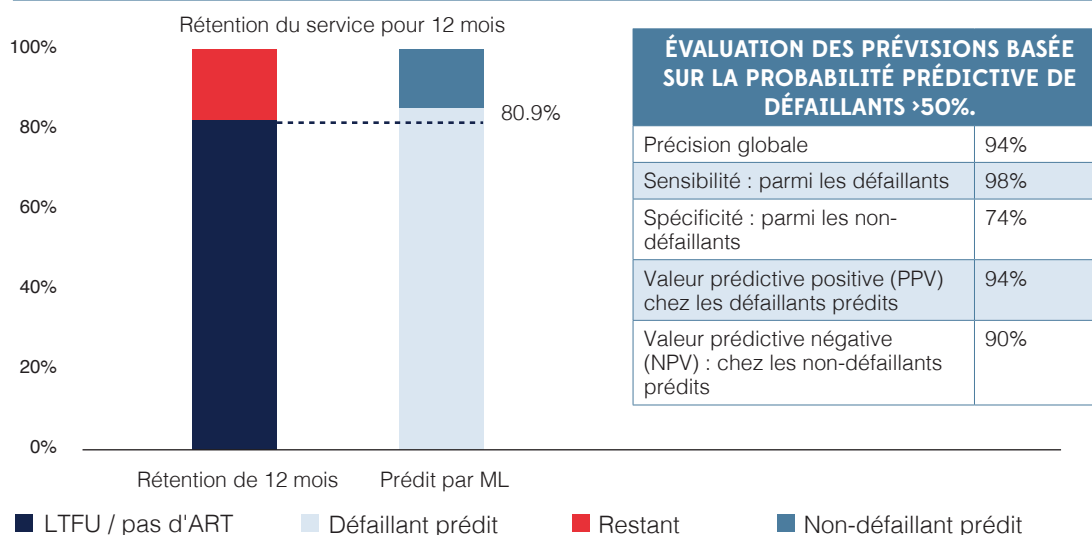
## APPRENTISSAGE AUTOMATIQUE POUR PRÉVOIR ET PRÉVENIR LA PERTE DE SUIVI

Des modèles d'apprentissage automatique ont été utilisés dans des pays comme le Nigeria et la Thaïlande pour tester s'il est possible de prédire la probabilité qu'un individu soit défaillant lors de l'inscription au traitement. Dans ces divers contextes, les modèles d'apprentissage automatique ont atteint une forte validité prédictive (>80 %), indiquant la possibilité de renforcer les services au moment de l'inscription pour les personnes ayant une forte probabilité de ne pas adhérer au traitement. Le modèle d'apprentissage automatique a donné de bons résultats même lorsque les données sur les clients étaient lacunaires.

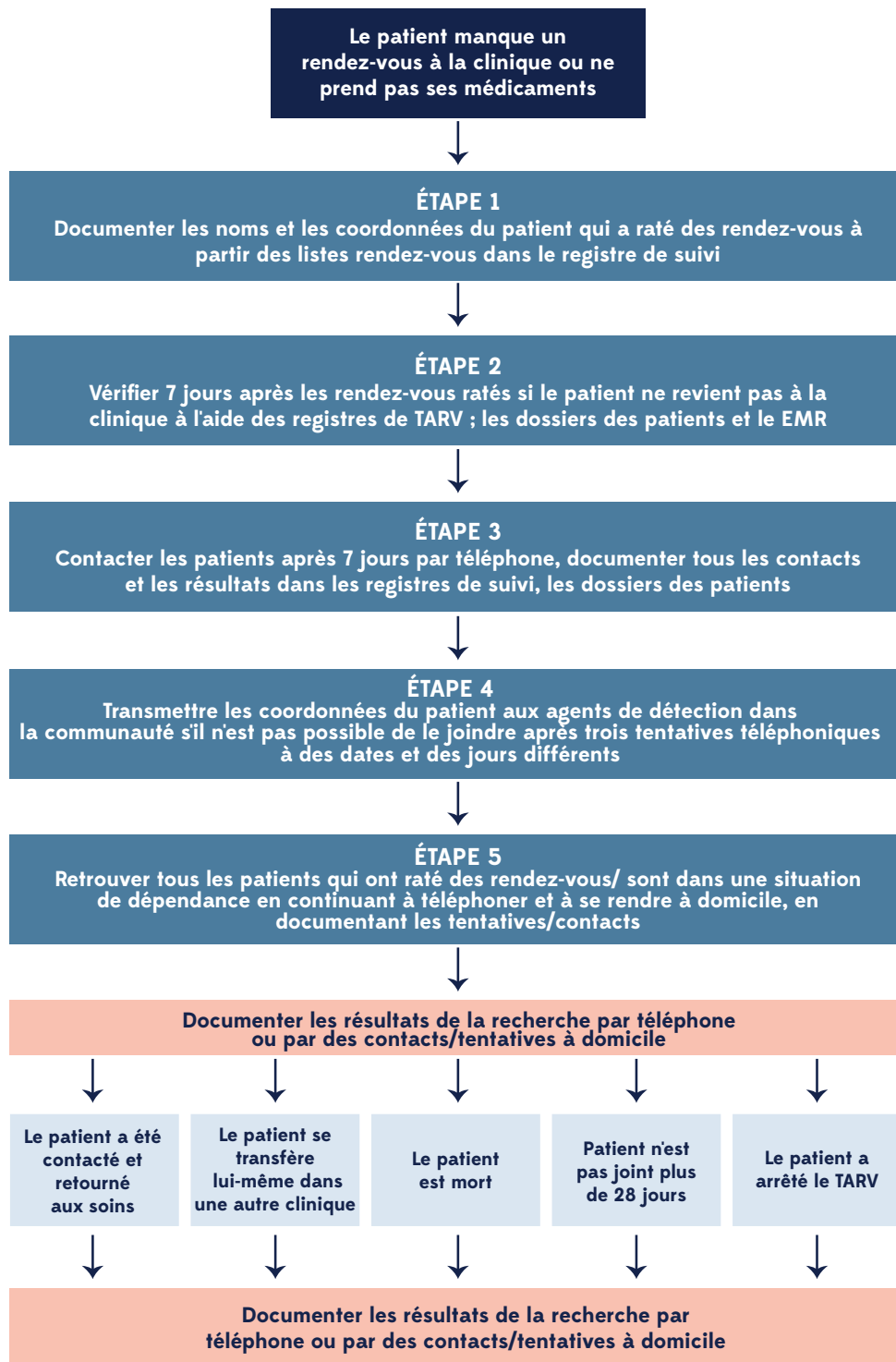
### Identifier les patients qui n'ont pas été suivis dans les 12 mois



### Identifier les défaillants qui ont été perdus pour suivi/interrompu le TARV dans les 12 premiers mois



**FIGURE 3.** Exemple d'algorithme pour le suivi des patients sous TARV qui ont manqué des rendez-vous



Source : PEPFAR COP20 Guidance

Des approches efficaces de suivi et de localisation des PVVIH qui n'ont pas commencé ou repris leur traitement, ou qui sont perdues de vue, peuvent éclairer des interventions ciblées pour aider à les faire reprendre leur traitement, à documenter leur traitement dans un autre cadre, ou à documenter leur décès ou leur non-observance. Le suivi et la localisation sont un travail d'équipe, qui nécessite une étroite collaboration entre les conseillers en matière de dépistage du VIH, les cliniciens, les gestionnaires de cas, les pairs navigateurs, le personnel de saisie des données et le personnel de suivi et d'évaluation. Les sites de TARV et les pairs navigateurs doivent identifier tous les clients qui n'ont pas commencé le TARV le jour même de leur diagnostic, qui ont manqué des rendez-vous ou qui ont été perdus de vue en utilisant les registres de tests, les registres de rendez-vous, les listes de rendez-vous manqués, les journaux de suivi et/ou les rapports de non-observance des systèmes de dossiers médicaux électroniques (EMRs), le cas échéant. Une équipe comprenant des partenaires communautaires (par exemple, des conseillers non spécialisés et des pairs navigateurs) peut être plus efficace pour effectuer les appels téléphoniques et/ou les visites nécessaires aux points d'accès ou aux sites préférés des clients, qui sont souvent nécessaires pour suivre les clients et les réengager. Les organisations communautaires peuvent également animer des groupes de soutien gérés par des champions du TARV, qui peuvent répondre aux questions et aider ceux qui ont arrêté le traitement à surmonter leur ambivalence quant à la reprise du traitement. Les programmes peuvent avoir besoin d'ajouter du personnel, des incitations, des indemnités de transport et/ou de communication pour soutenir les efforts de contact et de ré-initiation. La figure 3 est un exemple d'algorithme de suivi et de repérage des patients sous TARV qui manquent un rendez-vous. Vous trouverez ce modèle, ainsi qu'un exemple d'outil et d'orientation de la non-observance, sur la [plateforme de solutions de PEPFAR \(PEPFAR Solutions Platform\)](#) [40].

Tous les centres de traitement antirétroviral devraient inclure un registre de suivi ou un registre des rendez-vous manqués. Ces registres devraient contenir les informations nécessaires pour suivre les clients, les méthodes et le moment des tentatives de contact, ainsi que les résultats de chaque tentative. Il a été démontré que l'enregistrement de deux méthodes de contact améliore le suivi des patients et devrait être demandé à tous les patients lors de l'enregistrement. Les numéros de téléphone peuvent être vérifiés à l'avance en les appelant ou en leur envoyant des SMS lorsque le client se trouve à la clinique, et les coordonnées doivent être mises à jour ou vérifiées à chaque visite. La structure du journal de suivi doit permettre une tabulation facile des résultats afin de faciliter le suivi et le rapport, la gestion des partenaires, le suivi du programme et, plus particulièrement, le rapport sur l'indicateur TX\_ML du PEPFAR (le nombre de patients sous TARV sans contact clinique depuis leur dernier contact prévu). Pour plus d'informations sur la mise en place d'un journal de suivi et sur les informations à collecter, voir le [Guide de suivi, d'évaluation et de rapport \(MER\) du PEPFAR](#) [41].

## Appui à la navigation et au traitement par les pairs

Le personnel des établissements du secteur public dispose souvent de peu de temps et de ressources pour fournir un soutien complet aux clients issus des populations clés. La navigation par les pairs permet de combler le fossé entre les membres des populations clés qui vivent avec le VIH et les systèmes de santé de leurs communautés qui fournissent des services de soins et de traitement. Bien que les approches varient, les pairs navigateurs sont souvent des modèles séropositifs, adeptes des médicaments et issus des communautés des populations clés. En raison de leur lien personnel avec les personnes avec lesquelles ils travaillent, les navigateurs sont les mieux équipés pour comprendre les besoins des pairs des populations clés et peuvent transmettre de manière adéquate la manière d'accéder et d'utiliser les services de prévention, de soins et de traitement pour les personnes vivant avec le VIH, leurs partenaires, leurs proches et leurs enfants.

Les programmes qui intègrent la navigation par les pairs peuvent fournir plus efficacement des services diversifiés pour aider les clients à surmonter les obstacles structurels et sociaux à la notification du partenaire, à réduire le temps de liaison au TARV et à améliorer la rétention. Les publications du projet LINKAGES soutenu par l'USAID et le PEPFAR, ["Guide de mise en œuvre de la navigation par les pairs pour les populations clés et](#)

*Navigation par les pairs pour les populations clés Guide du facilitateur" (Peer Navigation for Key Populations Implementation Guide et Peer Navigation for Key Populations Facilitator's Guide)*, fournissent des informations détaillées sur la manière de recruter, de former et de soutenir les pairs navigateurs pour engager et retenir les personnes vivant avec le VIH dans le système de santé [42-43]. Les pairs navigateurs peuvent être recrutés parmi un groupe de travailleurs de sensibilisation et doivent recevoir une formation supplémentaire sur des sujets tels que les soins et le traitement du VIH, les soins de santé locaux, les systèmes sociaux et juridiques, le counseling incitatif, la prévention et le traitement de la violence. Ils doivent également avoir une connaissance des services disponibles dans les établissements et les communautés. Idéalement, les navigateurs sont des PVVIH qui ont une connaissance intime du réseau de services grâce à leur expérience personnelle. Dans la mesure du possible, les clients devraient avoir le choix entre un navigateur issu de leur communauté des populations clés ou une personne qui ne l'est pas (c'est-à-dire lorsque les réseaux sociaux sont compacts et que les préoccupations en matière de confidentialité peuvent constituer des obstacles à l'utilisation des services).

Les tâches des pairs navigateurs peuvent comprendre l'établissement de liens actifs avec le traitement, le suivi rapide des clients nouvellement diagnostiqués dans les établissements, l'orientation vers des services cliniques, psychosociaux et autres services de soins et de soutien, la prise de rendez-vous et l'accompagnement des clients aux rendez-vous (y compris l'aide au transport), l'aide à l'observance et les rappels de rendez-vous de routine, l'aide aux clients pour les tests de charge virale, le suivi des rendez-vous manqués et le suivi des personnes en situation de stress post-traumatique. Les navigateurs traitent généralement un nombre de 20 à 40 personnes vivant avec le VIH, en fonction d'une combinaison de facteurs (par exemple, le stade de l'épidémie, la qualité des services de santé et la complexité du cas). Des intervenants bien formés peuvent également fournir un soutien psychosocial de base et aider à traiter les facteurs personnels, tels que la violence et la consommation de substances, qui peuvent entraver le comportement de recherche de soins. Ensemble, ces éléments aident les membres des populations clés à mettre en place rapidement un TARV, à améliorer la connaissance du traitement et à obtenir la charge virale indétectable grâce à l'adhésion au traitement. Le tableau 1 résume les tâches des navigateurs dans la cascade des services VIH, y compris le MER du PEPFAR et les indicateurs personnalisés que les navigateurs pourraient soutenir.

**TABLEAU 1.** Principales fonctions des pairs navigateurs dans la cascade des services VIH, y compris le MER du PEPFAR et les indicateurs personnalisés

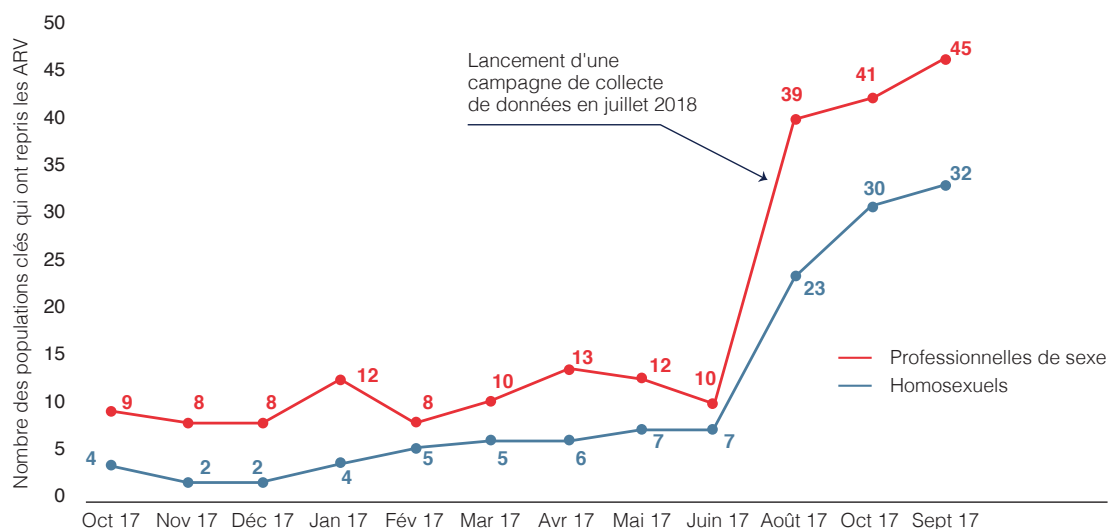
	LIEN ENTRE PVVIH ET LE TARV (THÉRAPIE ANTIRÉTROVIRALE APPLIQUÉE LE MÊME JOUR: SDART)	SOUTENIR LA RÉTENTION			SOUTENIR LA SUPPRESSION DE LA CHARGE VIRALE
		AMÉLIORER L'OBSERVANCE	AMÉLIORER LA FRÉQUENTATION DES RENDEZ-VOUS	LOCALISER LES CLIENTS PERDUS DE VUE POUR LE SUIVI (LTFU)	
<b>RESPONSABILITÉS DU NAVIGATEUR</b>	Accompagner les PVVIH au traitement après un diagnostic positif	<ul style="list-style-type: none"> <li>Faire du counseling sur l'observance du traitement</li> <li>Orienter les PVVIH présentant des effets secondaires vers un prestataire de soins</li> <li>Générer une demande de "Prestation de plusieurs mois (MMD) et de ténofovir, lamivudine et dolutegravir(TLD)</li> <li>Servir de modèle en matière de l'observance thérapeutique.</li> <li>Faciliter le soutien du groupe</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Rappeler les rendez-vous</li> <li>Faciliter la communication avec les prestataires de services clinique</li> <li>Aider les PVVIH à interpréter les résultats de laboratoire</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Communiquer régulièrement avec les prestataires sur les rendez-vous manqués et rechercher les clients non-adhérents</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Générer une demande de tests de charge virale</li> <li>Soutenir la participation aux diagnostics réguliers de la charge virale</li> <li>Communiquer avec les prestataires pour s'assurer que les résultats sont communiqués</li> <li>Aider les clients à interpréter les résultats de la charge virale</li> </ul>
<b>LES INDICATEURS DE MER DU PEPFAR</b>	TX_NOUVEAU	TLD_MMD	TX_ML	TX_ML TX_NET_NOUVEAU	TX_PVLS
<b>INDICATEURS-PERSONNALISÉS</b>	TX_LIEN_NOUVEAU	COMM_SUPP_RET	COMM_SUPP_RET	TX_LINK_RETURN	VL_ELIGIBLE

Les programmes qui ne mettent pas encore en œuvre la navigation par les pairs, ou qui cherchent à étendre l'intervention, pourraient commencer par formaliser le rôle que les pairs jouent dans la réalisation des objectifs 95-95-95 en collaboration avec leurs partenaires gouvernementaux. Parmi les exemples de formalisation du rôle de pair navigateur, on peut citer la reconnaissance des pairs navigateurs comme cadre reconnu du personnel de santé, l'intégration de la PN dans les programmes et directives nationales, l'intégration des pairs navigateurs dans les équipes de gestion des cas des établissements et le soutien de PN aux modèles de distribution communautaire des TARV. Des exemples de deux programmes soutenus par le PEPFAR qui ont mis en œuvre avec succès l'ensemble des services de liaison recommandés sont présentés sur la plateforme de solutions du PEPFAR. [L'Évaluation de la prévention combinée de Bukoba \(Bukoba Combination Prevention Evaluation\)](#) a montré une nette amélioration des taux de liaison avec le lancement d'un programme en Tanzanie, dans lequel les pairs ont mis les clients en relation avec les services et ont assuré la gestion des cas, et un ensemble de services similaires a permis d'atteindre des taux de début de traitement supérieurs à 96 % dans [eSwatini](#) [44-45].

### RÉSULTATS RAPIDES - LE RÔLE DE LA NAVIGATION PAR LES PAIRS DANS LA REPRISE DU TRAITEMENT EN HAÏTI

Au cours du dernier trimestre de l'année fiscale 2018 du PEPFAR, les partenaires de LINKAGES ont utilisé les fonds disponibles pour améliorer les liens et l'initiation au traitement. Les partenaires ont analysé les données des exercices précédents pour déterminer qui, parmi les personnes nouvellement diagnostiquées, observait un traitement (quel que soit le site), puis ont mis en œuvre diverses stratégies pour réintégrer ceux qui restaient encore perdus de vue pour le suivi (LTFU). **Haïti** a considérablement augmenté le nombre d'individus reprenant les soins (de 35 professionnelles du sexe et 20 homosexuels au T3, à 124 professionnelles du sexe et 85 homosexuels au T4). Trois stratégies ont permis d'atteindre cet objectif : (1) la mise en place d'incitations basées sur la performance pour les pairs navigateurs par patient suivi et ceux qui ont réinitialisé le TARV ; (2) le renforcement de l'utilisation d'un outil de liaison et de rétention des patients dans tous les sites qui ont aidé les équipes de gestion des cas à effectuer et à suivre les appels téléphoniques et les visites à domicile ; et (3) la mise en place de frais de transport pour les personnes pour lesquelles le transport était la principale cause de non-retour aux soins.

#### Reprise du traitement du programme LINKAGES - Haïti (octobre 2017 - septembre 2018)



Source: LINKAGES Haïti

## Déterminer les services de gestion de cas de navigation par les pairs en fonction des besoins

Certains pays ont eu des difficultés à adopter ou à mettre en œuvre les politiques de tester et traiter recommandées par l'OMS. En outre, des facteurs individuels, notamment cliniques et psychosociaux, peuvent influencer sur le moment de l'initiation du traitement chez les populations clés. Les besoins des clients de ces dernières peuvent également changer au fil du temps, en fonction des nouveaux problèmes qui peuvent affecter leur capacité à commencer et/ou à poursuivre le traitement.

### Clients récemment diagnostiqués qui n'ont pas encore commencé un TARV

Les membres des populations clés qui ne sont pas encore sous traitement antirétroviral peuvent être confrontés à plusieurs difficultés qui doivent être résolues pour s'assurer qu'ils commencent et continuent effectivement à suivre un traitement. En raison de l'augmentation de la stigmatisation et de la discrimination auxquelles sont confrontés les membres des populations clés et de leur situation individuelle, ils peuvent être exposés à un risque accru de violence, de déni, de mobilité ou de sans-abrisme. Certains membres des populations clés ne gagnent pas de revenus ou ont du mal à prendre des rendez-vous. Ils peuvent avoir besoin de rencontrer un membre de l'équipe de gestion des cas plus souvent, et/ou avoir besoin d'être référés plusieurs fois, d'être accompagnés à des rendez-vous ou de se présenter plus souvent.

### Les clients sous TARV

Les membres des populations clés qui suivent un traitement antirétroviral peuvent également avoir des besoins différents en fonction de leur situation. L'OMS a développé un système de classification des personnes sous traitement qui détermine si leur traitement est stable ou instable.

L'OMS définit les personnes nouvellement diagnostiquées sous TARV comme étant stables si elles présentent TOUTES les caractéristiques suivantes [28] :

- Sous TARV depuis au moins un an
- Pas de maladie ou de grossesse en cours
- Bonne compréhension de l'observance à vie et preuve du succès du traitement (deux mesures consécutives de la charge virale inférieures à 1 000 copies/mL ; ou, en l'absence du suivi de la charge virale(VLM), augmentation du nombre de CD4 ou du nombre de CD4 au-dessus de 200 cellules/mm<sup>3</sup> et autres mesures objectives de l'observance)

Les clients à long terme sont considérés comme stables si leur charge virale la plus récente est supprimée.

L'OMS définit les personnes qui commencent un TARV comme étant instables si elles présentent les caractéristiques suivantes [28] :



## STADE CLINIQUE DU VIH SELON L'OMS ET DÉFINITION DES CAS

La stadification clinique et la définition de cas du VIH pour les milieux à ressources limitées ont été élaborées par l'OMS en 1990 et révisées en 2007. Elle est basée sur les résultats cliniques qui guident le diagnostic, l'évaluation et la gestion du VIH, et elle ne nécessite pas de numération des cellules CD4 ou de charge virale. Les stades cliniques sont classés de 1 à 4, allant de l'infection primaire par le VIH au sida avancé. Ces stades sont définis par des conditions ou des symptômes cliniques spécifiques. Pour une liste complète des conditions et symptômes des stades 3 et 4, se référer à l'annexe 10 des [Directives consolidées de l'OMS de 2016 sur l'utilisation des médicaments antirétroviraux pour le traitement et la prévention de l'infection par le VIH\(Consolidated Guidelines on the Use of Antiretroviral Drugs for Treating and Preventing HIV Infection\)](#) [46].



- Compte des CD4 < 200 cellules CD4/mm3 OU QUI définit les stades 3 et 4 de la maladie
- OU des comorbidités qui nécessitent des soins cliniques plus nombreux ou plus fréquents

L'accent étant mis de plus en plus sur les initiatives de retour aux soins, (dans le cadre desquelles les membres des équipes de gestion de cas contactent les clients qui sont soit en situation de non-observance soit désignés comme éligibles pour un traitement) les programmes peuvent avoir un mélange de clients nouvellement diagnostiqués (par exemple, au cours du dernier mois) et de clients déjà établis dans le réseau de services (par exemple, séropositivité connue depuis au moins un mois). Parmi ces personnes, certaines ne suivront pas de traitement pour diverses raisons, et d'autres auront commencé un traitement. Les tableaux 2, 3 et 4 donnent des indications sur la fréquence et les types d'aide dont pourraient avoir besoin les nouveaux bénéficiaires et les bénéficiaires existants. Les programmes doivent se référer aux lignes directrices nationales pour adapter ces approches recommandées au contexte local. Ce document contient également des informations supplémentaires sur les services diversifiés, tirées du [\*Cadre décisionnel pour la fourniture d'une thérapie antirétrovirale diversifiée aux populations clés\*](#) (*Decision Framework for Differentiated Antiretroviral Therapy Delivery for Key Populations*) [21].

**TABLEAU 2.** Soins diversifiés pour les personnes diagnostiquées séropositives mais qui n'observent pas encore de traitement antirétroviral

<b>TOUS LES CLIENTS QUI NE SONT PAS ENCORE SOUS TARV</b>	Effectuer un suivi aussi souvent que nécessaire pour s'assurer que les besoins fondamentaux sont satisfaits et que le client n'est pas perdu de vue (par exemple, tous les jours ou tous les quelques jours si nécessaire en personne, par téléphone ou par messagerie).
	Veiller à ce que le client soit effectivement orienté vers les services pertinents (par exemple, prévention de la violence et intervention, consommation de substances psychoactives, assurance/protection sociale et soutien/counseling psychosocial).
	Appeler le client un jour avant un rendez-vous (accompagnez-le si nécessaire) ; appelez dans les 24 heures suivant un rendez-vous manqué pour le reprogrammer/lui apporter un soutien.

**TABLEAU 3.** Soins diversifiés pour les clients nouvellement diagnostiqués sous TARV

<b>NOUVEAUX CAS DIAGNOSTIQUÉS</b>	Les 30 premiers jours : aide à l'évaluation initiale, au diagnostic initial et à la planification de l'observance, y compris l'évaluation des violences actuelles ou potentielles ; réunions de suivi si nécessaire ou à la demande du client ; enregistrement à 30 jours ; orientation vers les services compétents (avec suivi pour évaluer l'efficacité/la valeur de l'orientation).
	2 à 3 : suivi par téléphone, par message ou en personne au moins un mois (jusqu'à une fois par semaine pour les clients qui ont besoin d'un contact plus régulier). Les clients présentant des effets secondaires doivent être adressés à un clinicien.
	Après le troisième mois : suivi par téléphone, par message ou en personne tous les trois mois (ou tous les mois pour les clients qui ont besoin d'une aide plus intensive).
	Appeler le client au moins un jour avant chaque date de rendez-vous ; appelez dans les 24 heures suivant un rendez-vous manqué.
	Suivi des diagnostics de la charge virale/CD4. <b>Objectif : mesures virales indétectables deux fois de suite.</b>

**TABLEAU 4.** Soins diversifiés pour les clients habituels sous TARV

	<b>STABLE</b>	<b>INSTABLE</b>
<b>CLIENTS HABITUELS</b>	Tous les six mois : Suivi par téléphone, par message ou en personne.	1 à 2 mois (ou 3 si nécessaire) : Suivi par téléphone, par message ou en personne une à deux semaines plus tard.
	Appeler le client la veille de chaque rendez-vous.	Après le deuxième ou troisième mois : suivi par téléphone ou en personne une fois tous les deux ou trois mois jusqu'à ce que le client fasse l'objet de deux mesures consécutives indétectables de la charge virale.
	Suivi des diagnostics de la charge virale/CD4.	Orienter les clients présentant des effets secondaires vers un prestataire clinique ; réévaluer l'état de santé peu après l'orientation.

### Diversification des messages au moyen du profilage des cas

Tout comme les clients peuvent avoir besoin de services personnalisés en fonction de leurs besoins, les programmes peuvent optimiser l'initiation, l'observance et la rétention du traitement en élaborant et en fournissant des messages diversifiés en fonction des profils de leurs clients. Les messages peuvent être diversifiés en fonction de plusieurs catégories, notamment le groupe des populations clés, l'âge, le sexe et d'autres caractéristiques. Par exemple, un jeune homme qui a des relations sexuelles avec des hommes, qui vient de commencer un traitement et qui veut maintenir une vie sexuelle active, mérite des messages différents de ceux d'un homme plus âgé qui a des relations sexuelles avec des hommes, qui est marié et qui a des enfants. Une jeune professionnelle du sexe qui souhaite avoir des enfants bénéficiera de messages sur la santé sexuelle et reproductive, la planification familiale et les moyens de garantir que son enfant naîtra sans VIH. Les personnes qui consomment des drogues injectables (PWID) devront comprendre comment sa consommation de drogue peut affecter son traitement et apprécieront peut-être des conseils sur la manière de s'assurer qu'elles peuvent rester fidèles à leur traitement lorsqu'elles consomment de la drogue. Les femmes transgenres bénéficieront des messages sur les interactions médicamenteuses possibles avec l'hormonothérapie.

Les messages seront également différents en fonction du statut de chaque personne (par exemple, nouveau client ne suivant pas de traitement, nouveau client sous traitement, établi et stable, établi et instable), comme décrit dans la section précédente. Les conseillers, les navigateurs et les prestataires peuvent utiliser l'outil de counseling sur l'adhésion et la rétention, en annexe, pour les guider dans la fourniture de messages appropriés pour soutenir la planification de l'observance pour les clients nouvellement diagnostiqués, et la résolution des problèmes pour les clients qui éprouvent des difficultés à rester adhérents et les clients pour lesquels le traitement échoue. De plus amples informations sur cet outil et sur le journal des obstacles à l'adhésion et des interventions qui l'accompagnent sont fournies dans la section Outils ci-dessous.

### Mise à l'échelle de la messagerie indétectable = Intransmissible (I=I)

Un nombre impressionnant de preuves cliniques a établi qu'une personne vivant avec le VIH sous traitement et ayant une charge virale indétectable ne peut pas transmettre

le VIH à un partenaire sexuel. La campagne mondiale Indetectable = Non transmissible (U=U) a été lancée après que quatre grandes études menées de 2007 à 2016 auprès de milliers de couples sérodiscordants aient abouti à l'absence de transmission sexuelle du VIH par un partenaire dont la charge virale est supprimée. Deux de ces études ont porté sur des cohortes des homosexuels sérodiscordants. La messagerie U=U a le potentiel pour :

- Réduire la honte et la peur de la transmission sexuelle et ouvrir la possibilité de concevoir des enfants sans autre moyen d'insémination
- Réduire la stigmatisation liée au VIH aux niveaux communautaire, clinique et personnel (y compris l'auto-stigmatisation)
- Augmenter la demande de dépistage du VIH et de TARV
- Encourager les PVVIH à commencer le traitement tôt, à rester fidèles et à obtenir les résultats de leur charge virale
- Lancer un argument relatif à la santé publique solide en faveur de l'accès universel aux diagnostics, aux traitements et aux soins pour sauver des vies et rapprocher les pays de la fin de l'épidémie



LINKAGES a produit un "[U=U : Indéfectable = Non transmissible](#)" pour aider à orienter les programmeurs sur la façon dont U=U peut être intégré dans la programmation pour les populations clés [47]. Les programmes devraient former les membres de l'équipe d'urgence - y compris les travailleurs de sensibilisation, les pairs navigateurs, les conseillers et les cliniciens - à la connaissance du traitement, y compris le message U=U et la signification de la charge virale indéfectable. Les campagnes nationales qui intègrent des messages communs et une image de marque peuvent également soutenir les efforts de la communauté et des établissements. Certains programmes ont créé de courtes vidéos téléchargées sur YouTube qui peuvent être partagées via les médias sociaux ou visionnées sur des tablettes dans les établissements cliniques. Des exemples de ces vidéos sont disponibles sur le [site web de POZ](#) [48]. Le programme LINKAGES au Cambodge a récemment mis au point des [vidéos promotionnelles U=U](#) à faible coût pour la Journée mondiale du SIDA, en travaillant avec des modèles de PVVIH adhérant aux médicaments [49]. Des vidéos similaires peuvent être développées localement avec un coût abordable. Les programmes peuvent également utiliser une approche de recherche de ressources pour encourager les membres de la communauté à réaliser et à publier leurs propres vidéos dans le cadre d'un concours. La campagne d'accès à la prévention a développé un site web [user-friendly](#) qui offre une mine d'informations, de ressources, d'outils et de nouvelles sur les messages et les programmes U=U qui peuvent être utilisés pour élaborer des campagnes, du matériel promotionnel et des messages [50].

### Création d'une demande et de liens avec les tests de charge virale

Les pairs navigateurs ou autres travailleurs communautaires non professionnels peuvent jouer un rôle clé dans la création d'une demande de diagnostics de la charge virale. Associés à des messages, des supports d'information, d'éducation et de communication adaptés au contexte local et, le cas échéant, au soutien des efforts de campagne nationaux, les partenaires communautaires peuvent faire en sorte que les clients reçoivent le message U=U, comprennent la signification d'une CHARGE VIRALE supprimée et indéfectable, et sachent où, comment et à quelle fréquence obtenir leurs résultats. Avec le consentement des clients, ils peuvent leur rappeler les prochains rendez-vous sur la charge virale, les accompagner au test et les contacter pour leur communiquer leurs résultats.

Les Organisations communautaires des PC peuvent également servir de centres communautaires pour obtenir des échantillons de sang, les transporter vers les laboratoires centraux et s'assurer que les résultats sont fournis aux clients. Pour épargner de l'argent et gagner du temps en même temps, les partenaires communautaires peuvent fournir des résultats par téléphone ou via des applications de messagerie. Les programmes peuvent également étendre l'accès à la charge virale en incluant des tests de charge virale au point de service dans des sites communautaires ou du secteur public dans des endroits stratégiques. Il est important de s'assurer que des mesures de contrôle de la qualité sont en place et / ou qu'un technicien de laboratoire formé fait partie du personnel. Bien que les gouttes de sang séché ne nécessitent pas de réfrigération, les échantillons peuvent encore se dégrader s'ils ne sont pas séchés et stockés correctement. En outre, il est important d'avoir un accord clair et des procédures en place entre les sites de ces organisations et les laboratoires de référence afin que les échantillons soient transportés, traités et les résultats disponibles en temps opportun. Pour les programmes qui utilisent des applications téléphoniques ou de messagerie pour informer leurs clients de leurs résultats, il est important de garantir la confidentialité. Les clients devraient avoir des options quant à la manière dont ils aimeraient que les informations soient envoyées, et des précautions doivent être prises pour s'assurer que le statut sérologique des clients ou d'autres informations personnelles ne soient pas révélés.

## Outils

Les concepteurs de programmes et les exécutants peuvent utiliser un certain nombre d'outils pour développer des services diversifiés appropriés pour les KP et pour soutenir la planification, le counseling et la résolution de problèmes d'adhésion. En plus de ceux décrits ci-dessous, une liste d'outils, de liens et de références aux annexes de la présente directive peut être trouvée à la fin de la présente section.

## Procédures opérationnelles standard

L'élaboration et l'adaptation de la procédure opérationnelle standard pour les services d'adhésion et de rétention sont essentielles pour s'assurer que tous les membres de l'équipe de gestion des cas et les organismes/sites de services partenaires comprennent leurs rôles, leurs responsabilités et leurs contributions à chaque étape. Un ensemble de procédures opérationnelles standard pour l'adhésion et la rétention pourrait inclure les composants suivants :

- Recrutement
  - » Critères pour les postes pertinents de l'équipe de gestion des cas
  - » Les descriptions de poste (c'est-à-dire les pairs navigateurs, les conseillers)
- Composition des équipes de sensibilisation/test
- Étapes pour la sensibilisation/le test / la sélection
- Liens vers le traitement
  - » Délais et attentes concernant les liens immédiats / du même jour / rapides
  - » Emplacements des sites, points de contact, jours/heures d'ouverture
  - » Transport
  - » Mesures de sauvegarde dans les cas où il est impossible d'établir un lien immédiat
  - » Suivi des clients non encore engagés dans une thérapie antirétrovirale

- Planification et counseling en matière d'adhésion
  - » Admission
  - » Soutien à la planification de l'adhésion pour surmonter les obstacles et les difficultés dans les 30 premiers jours suivant le début du traitement antirétroviral
  - » Détection de la violence et orientation vers des services spécialisés
  - » Détection des besoins spécifiques et orientation vers les services appropriés
  - » Résolution de problèmes et soutien à l'adhésion renforcée
- Gestion et suivi des cas
  - » Soins et soutien diversifiés (MMD, CASG, etc. (cfr la liste des abréviations))
  - » Planification et rappel des rendez-vous
  - » Répondre à la violence
  - » Répondre aux urgences cliniques
  - » Services d'orientation (juridique, santé sexuelle et reproductive, planification familiale, psychosocial, etc.)
  - » Soins cliniques et diagnostics
  - » Dépister et faire le suivi de la charge virale
- Suivi et contrôle des clients
- Saisie, analyse et communication des données
- Assurance et amélioration de la qualité
- Confidentialité, sûreté et sécurité
- Formation continue et mentorat

La liste ci-dessus n'est pas exhaustive et peut également inclure des éléments supplémentaires en fonction du contexte local du pays.

Un exemple de procédure opératoire standard sur la liaison et la rétention de la Côte d'Ivoire figure en annexe. Il est intitulé "Linkage to, Initiation of, and Retention on Antiretroviral Therapy for People Living with HIV" (Mise en place, initiation et maintien de la thérapie antirétrovirale pour les personnes vivant avec le VIH). Il comprend des détails sur les procédures et les rôles de chaque intervenant dans l'équipe de gestion des cas. Il comprend également les schémas d'un protocole de liaison au traitement et d'un protocole de l'observance de la thérapie antirétrovirale.

## Connaissances en matière de traitement, planification de l'observance et résolution des problèmes

L'[International Treatment Preparedness Coalition \(Coalition internationale pour la préparation au traitement\)](#) a développé un certain nombre d'outils pour soutenir l'éducation au traitement et la promotion du traitement, en mettant l'accent sur les communautés des populations clés [51]. L'[Advocacy for Community Treatment \(ACT\) Toolkit \(La boîte à outils pour la Promotion du traitement communautaire \(ACT\)\)](#) peut être utilisée pour soutenir et former les activistes communautaires à plaider efficacement et avec passion pour l'accès au traitement des personnes vivant avec le VIH, y compris celles des populations clés [52]. L'[Activist Toolkit for Routine Viral Load Testing \(La boîte à outils des activistes pour le dépistage systématique de la charge virale\)](#) peut être utilisée pour permettre et mobiliser les PVVIH et les activistes afin qu'ils utilisent la science et les évidences pour plaider auprès des décideurs et des prestataires de services en faveur de l'accès et de la

disponibilité d'un dépistage systématique de la charge virale abordable pour les PVVIH [52]. Leur site web comprend également des articles, des références et des outils supplémentaires sur la création d'une demande communautaire pour les tests de charge virale, le modèle d'observatoire de traitement communautaire, la prestation de services diversifiés et la Prophylaxie pré-exposition, entre autres [53].

L'outil de counseling sur l'adhésion et la rétention (annexe XX) comprend un tableau-papier avec des messages guidés pour aider les PVVIH à planifier et à atteindre leurs objectifs d'adhésion au traitement. Il peut être utilisé lors de la première ou de la deuxième séance de counseling pour présenter le traitement à un client et élaborer des plans d'observance, ou lors de séances ultérieures lorsque des difficultés surgissent qui affectent la suppression virale (c'est-à-dire un counseling d'observance renforcée). Utilisé conjointement avec le Registre des obstacles à l'observance et des interventions, il peut aider les conseillers à déterminer si un client risque de manquer des rendez-vous ou de ne pas suivre le traitement, à identifier les interventions de soutien et à suivre les progrès. L'outil peut être utilisé avec les personnes qui:

- n'ont pas encore commencé le TARV
- ont récemment commencé le TARV
- sont des clients réguliers sous TARV confrontés à des difficultés d'adhésion
- ont repris les soins après avoir interrompu le traitement
- sont des clients réguliers sous TARV qui connaissent un échec de traitement (charge virale non supprimée)

L'outil est présenté sous forme de tableaux afin que les utilisateurs puissent naviguer vers les sections appropriées en fonction des besoins de leurs clients. La première section de l'outil présente les messages courants sur les traitements antirétroviraux et les avantages d'une charge virale indétectable. La deuxième section traite des obstacles courants à l'observance du traitement. Les conseillers peuvent aborder les obstacles spécifiques soulevés par leurs clients et élaborer ensemble des plans et des plans de secours. La dernière section se concentre sur le suivi du counseling en matière d'observance et sur les circonstances particulières (conseils pour la prise des médicaments, la reprise des soins et la gestion d'une charge virale non supprimée).

### Évaluation des risques pour la non-observance au traitement (LTFU)

Le registre des obstacles à l'adhésion et des interventions (annexe XX) est un outil sur papier qui aide les prestataires/conseillers à déterminer si un client est susceptible d'avoir besoin d'un soutien supplémentaire pour éviter de manquer des rendez-vous et de se retrouver en situation de non-observance. Lorsqu'il est utilisé conjointement avec l'outil de counseling et de rétention, ou indépendamment, il peut servir de registre des obstacles discutés et des plans élaborés par le client pour y remédier. Il guide également les prestataires/conseillers dans l'examen des facteurs de risque potentiels que le client n'a peut-être pas soulevés mais qui peuvent poser des problèmes en matière d'adhésion. Il propose des interventions que le prestataire/conseiller peut proposer pour aider à renforcer les plans du client, comme des rappels de rendez-vous, des contrôles de routine, l'orientation vers des services appropriés ou la MMD (par exemple, dans le cas où le client prévoit de voyager loin de chez lui). Le registre est destiné à être conservé dans le dossier du client et idéalement coordonné avec le registre de suivi des clients standardisé utilisé sur le site des organisations communautaires.

## Boîte à outils pour le suivi de la charge virale

Le programme ICAP de l'Université de Columbia et les Centres américains de contrôle et de prévention des maladies (CDC) ont développé un [ensemble d'outils](#) pour soutenir le conseil clinique sur la CHARGE VIRALE et l'utilisation des résultats du test CHARGE VIRALE pour améliorer la prise en charge des patients [534]. Le kit d'outils contient:

- Un programme de formation d'une journée et demie sur le counseling en matière de suivi de la charge virale et de renforcement en matière d'adhésion
- Un ensemble de tableaux de contrôle de la charge virale et de l'adhésion renforcée
- Outils et aides à l'emploi pour les travailleurs de la santé

Le programme de formation est destiné à renforcer la capacité des professionnels de la santé à effectuer le suivi de la charge virale et à améliorer le conseil en matière d'observance. Il contient huit modules et peut être suivi sur une journée et demie. Les tableaux-papier sont destinés à aider les professionnels de la santé à fournir des informations sur le suivi de la charge virale aux patients et à expliquer la signification des résultats de la charge virale. En outre, ils guident la fourniture de conseils en matière d'observance aux patients dont la charge virale est élevée. Ils ont été conçus pour toute une série de professionnels de la santé (par exemple, les conseillers en matière d'observance, médecins, infirmières, pharmaciens, agents de santé communautaire) qui travaillent avec des patients vivant avec le VIH et leurs familles dans des environnements où des tests de charge virale sont effectués.

## Application de réservation en ligne avec fonctions de gestionnaire de cas

L'ORA, développé en 2017 par le projet LINKAGES en Thaïlande, est maintenant utilisé dans plus de 10 pays et comprend des outils pour soutenir la rétention aux thérapies antirétrovirales. La dernière version de l'ORA permet un suivi complet en cascade pour tous les bénéficiaires du programme (clients réguliers et ceux contactés en ligne), y compris les recommandations, les rapports des cliniques sur 10 indicateurs clés de MER du PEPFAR, et le suivi et les rapports des travailleurs de sensibilisation et des gestionnaires de cas. ORA comprend des fonctions avancées de gestion de cas pour les programmes afin d'assigner les cas des clients aux travailleurs de sensibilisation et aux gestionnaires de cas pour le suivi de routine des clients pour les thérapies antirétrovirales et la Prophylaxie pré-exposition, ainsi que des rapports sur TX\_NEW, TX\_RTT et TX\_PLVS. Le système peut être utilisé par des gestionnaires de cas virtuels ou des pairs navigateurs pour fournir un soutien aux clients par téléphone ou d'autres plateformes mobiles. Des détails supplémentaires sur l'ORA et sur la manière de planifier un programme complet de sensibilisation au VIH en ligne sont disponibles sur le lien suivant : <https://fhi360.org/goingonline> [54].

## Références

1. UNAIDS (Joint United Nations Programme on HIV/AIDS). How AIDS changed everything-MDG6: 15 years, 15 lessons of hope from the AIDS response. Geneva: UNAIDS; 2015. Available from: [http://www.unaids.org/sites/default/files/media\\_asset/MDG6Report\\_en.pdf](http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/MDG6Report_en.pdf).
2. UNAIDS. Global HIV and AIDS statistics—2019 fact sheet [Internet]. Geneva: UNAIDS; 2019. Available from: <https://www.unaids.org/en/resources/fact-sheet>.
3. UNAIDS. UNAIDS data 2019. Geneva: UNAIDS; 2019. Available from: <http://rstes.unaids.org/publications/global-publications/2019/item/208-unaids-data-2019>.
4. UNAIDS. Fast-track: ending the AIDS epidemic by 2030. Geneva: UNAIDS; 2014.
5. Risher K, Mayer K, Beyrer C. HIV treatment cascade in MSM, people who inject drugs, and sex workers. *Curr Opin HIV AIDS*. 2015;10(6):420–9.
6. Wolf RC, Bingham T, Millett G, Wilcher R, editors. Optimizing the impact of key population programming across the HIV cascade. *J Int AIDS Soc*. 2018;21(S5).
7. Nyblade L, Stangl A, Weiss E, Ashburn K. Combating HIV stigma in health care settings: what works? *J Int AIDS Soc*. 2009;12:15. doi: 10.1186/1758-2652-12-15.
8. Fay H, Baral SD, Trapence G, Motimedi F, Umar E, Lipinge S, et al. Stigma, health care access, and HIV knowledge among men who have sex with men in Malawi, Namibia, and Botswana. *AIDS Behav*. 2011;15:1088–97.
9. Decker MR, Crago A-L, Chu SKH, Sherman S, Seshu MS, Buthelezi K, et al. Human rights violations against sex workers: burden and effect on HIV. *Lancet*. 2015;385(9963):186–99.
10. Dunkle KL, Decker MR. Gender-based violence and HIV: reviewing the evidence for links and causal pathways in the general population and high-risk groups. *Am J Reprod Immunol*. 2013;69(s1):20–6.
11. Adefolalu AO, Nkosi ZZ. The complex nature of adherence in the management of HIV/AIDS as a chronic medical condition. *Diseases*. 2013;1(1):18-35.
12. Ortego C, Huedo-Medina TB, Llorca J, Sevilla L, Santos P, Rodriguez E, et al. Adherence to highly active antiretroviral therapy (HAART): a meta-analysis. *AIDS Behav*. 2011;15(7):1381-96. doi: 10.1007/s10461-011-9942-x.
13. Boender TS, Sigaloff KC, McMahon JH, Kiertiburanakul S, Jordan MR, Barcarolo J, et al. Long-term virological outcomes of first-line antiretroviral therapy for HIV-1 in low- and middle-income countries: a systematic review and meta-analysis. *Clin Infect Dis*. 2015;61(9):1453-61.
14. Fox MP, Rosen S. Patient retention in antiretroviral therapy programs up to three years on treatment in sub-Saharan Africa, 2007–2009: systematic review. *Trop Med Int Heal*. 2010;15 Suppl 1:1-15.
15. Brinkhof MW, Boule A, Weigel R, Messou E, Mathers C, Orrell C, et al. Mortality of HIV-infected patients starting antiretroviral therapy in sub-Saharan Africa: comparison with HIV-unrelated mortality. *PLoS Med*. 2009;6(4):e1000066. doi: 10.1371/journal.pmed.1000066.



16. Cluver L, Meinck, F, Toska E, Orkin M, Hodes R, Sherr L. Multitype violence exposures and adolescent antiretroviral nonadherence in South Africa. *AIDS*. 2018 May 15;32(8):975–83.
17. WHO (World Health Organization). Consolidated guidelines on HIV prevention, diagnosis, treatment and care for key populations: 2016 update. Geneva: WHO; 2016. Available from: <https://www.who.int/hiv/pub/guidelines/keypopulations-2016/en/>.
18. U.S. President's Emergency Plan for AIDS Relief (PEPFAR). PEPFAR country operational plan guidance. Washington: PEPFAR; 2020.
19. Grimsrud A, Bygrave H, Doherty M, Ehrenkranz P, Ellman T, Ferris R, et al. Reimagining HIV service delivery: the role of differentiated care from prevention to suppression. *J Int AIDS Soc*. 2016;19(1):21484.
20. WHO. WHO consolidated guidelines on the use of antiretroviral drugs for treating and preventing HIV infection. Geneva: WHO; 2016.
21. International AIDS Society (IAS). Differentiated service delivery: a decision framework for differentiated antiretroviral therapy for key populations. Amsterdam: IAS; 2018. Available from: <http://www.differentiatedcare.org/Portals/0/adam/Content/2a0WxWUHfUKtul1mKWdmGQ/File/Decision%20Framework%20Key%20Population%20Web3.pdf>.
22. ICAP at Columbia University Mailman School of Public Health. Optimize: considerations for the introduction of TLD in national programs: PEPFAR guidance on developing clinical and programmatic recommendations. New York: ICAP; December 2018. Available from: [https://optimize.icap.columbia.edu/wp-content/uploads/2018/08/Considerations-for-the-Introduction-of-TLD\\_OPTIMIZE.pdf](https://optimize.icap.columbia.edu/wp-content/uploads/2018/08/Considerations-for-the-Introduction-of-TLD_OPTIMIZE.pdf).
23. LINKAGES (Linkages across the Continuum of HIV Services for Key Populations Affected by HIV). Tenofovir, lamivudine, and dolutegravir (TLD) transition. Durham (NC): FHI 360; 2019. Available from: <https://www.fhi360.org/sites/default/files/media/documents/linkages-tld-transition-information.pdf>.
24. WHO. Dolutegravir (DTG) and the fixed dose combination (FDC) of tenofovir/lamivudine/dolutegravir (TLD) (briefing note). Geneva: WHO; 2018. Available from: <https://www.who.int/hiv/topics/treatment/dtg-tld-briefing-web/en/index9.html>.
25. WHO. Guidelines for managing advanced HIV disease and rapid initiation of antiretroviral therapy. Geneva: WHO; 2017. Available from: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/255884/9789241550062-eng.pdf;jsessionid=483483ADB144E41B1F674693B9CD6098?sequence=1>.
26. ICAP. ICAP approach to implementation of routine viral load monitoring. New York: ICAP; 2017. Available from: [https://icap.columbia.edu/wp-content/uploads/ICAP\\_Approach\\_to\\_Viral\\_Load\\_Scale-Up\\_20July17v2.pdf](https://icap.columbia.edu/wp-content/uploads/ICAP_Approach_to_Viral_Load_Scale-Up_20July17v2.pdf).
27. PEPFAR Solutions Platform [Internet]. Solutions: linkage to care. Washington (DC): PEPFAR [cited 2020 Jun 26]. Available from: <https://www.pepfarsolutions.org/solutions/tag/linkage+to+care>.
28. Waldrop G, Doherty M, Vitoria M, Ford N. Stable patients and patients with advanced disease: consensus definitions to support sustained scale up of antiretroviral therapy. *Tropical Med Int Health*. 2016;21(9):1124–1130. doi: 10.1111/tmi.12746.
29. ICAP [Internet]. In Ethiopia, a focus on multi-month ART scripting at scale pays off. 2019 Apr 25 [cited 2020 Jun 15]. New York: ICAP; 2019. Available from: <https://icap.columbia.edu/in-ethiopia-a-focus-on-multi-month-art-scripting-at-scale-pays-off/>.

30. USAID Supply Chain Team. PEPFAR multi-month prescribing and treat all calculator [Internet]. Differentiated Care.org. Amsterdam: IAS; 2020 [cited 2020 Jun 16]. Available from: <http://www.differentiatedcare.org/Resources/Resource-Library/PEPFAR-Multi-Month-Prescribing-and-Treat-All-Calculator>.
31. Schwartz SR, Kavanagh MM, Sugarman J, Solomon SS, Njindam IM, Rebe K, et al. HIV viral load monitoring among key populations in low- and middle-income countries: challenges and opportunities. *J Int AIDS Soc.* 2017;20(S7):e25003. doi: 10.1002/jia2.25003.
32. LINKAGES. Reaching the third 95: viral load suppression among key population individuals living with HIV. Durham (NC): FHI 360; 2019. Available from: <https://www.fhi360.org/sites/default/files/media/documents/linkages-hiv-viral-load-suppression.pdf>.
33. PEPFAR VL/EID ISME Community of Practice. Viral load and early infant diagnosis (VL/EID) implementation subject matter experts (ISMEs) reference manual. Publisher unknown; 2019. Available from: <https://aslm.org/wp-content/uploads/2019/02/VL-EID-ISME-Community-of-Practice-Reference-Manual-COP19-01172019-1.pdf>.
34. ICAP [Internet] and Centers for Disease Control. Viral load toolkit (English). New York: ICAP; 2018. [cited 2020 Jun 16]. Available from: [https://icap.columbia.edu/tools\\_resources/viral-load-toolkit-english/](https://icap.columbia.edu/tools_resources/viral-load-toolkit-english/).
35. LINKAGES. Health4All: training health workers for the provision of quality, stigma-free HIV services for key populations. Durham (NC): FHI 360; 2018. Available from: <https://www.fhi360.org/resource/health4all>.
36. CARE Malawi. The community score card (CSC): a generic guide for implementing CARE's CSC process to improve quality of services. Atlanta (GA) and Lilongwe: Cooperative for Assistance and Relief Everywhere, Inc. (CARE); 2013. Available from: <https://www.care.org/sites/default/files/documents/FP-2013 CARE CommunityScoreCardToolkit.pdf>.
37. PEPFAR Solutions Platform [Internet]. Improving adherence and retention: community adherence and support groups in Mozambique. Washington (DC): PEPFAR; 2018 [cited 2020 Jun 17]. Available from: <https://www.pepfarsolutions.org/solutions/2018/6/18/improving-adherence-retention-community-adherence-and-support-groups-in-mozambique>.
38. LINKAGES. Differentiated care for antiretroviral therapy for key populations: case examples from the LINKAGES project. Durham (NC): FHI 360; 2017. Available from: <https://www.fhi360.org/sites/default/files/media/documents/resource-linkages-differentiated-art-delivery.pdf>.
39. PEPFAR Solutions Platform [Internet]. Viremia clinics in Kenya: enhanced monitoring and management of HIV-positive individuals on antiretroviral treatment with high viral load. Washington (DC): PEPFAR; 2018 [cited 2020 Jun 17]. Available from: <https://www.pepfarsolutions.org/solutions/2018/11/6/enhanced-monitoring-and-management-of-hiv-infected-individuals-on-antiretroviral-treatment-with-high-viral-load-through-establishment-of-viremia-clinics>.
40. PEPFAR Solutions Platform [Internet]. Loss to follow-up tool: tracking and tracing HIV patients. Washington (DC): PEPFAR; 2019 [cited 2020 Jun 17]. Available from: <https://www.pepfarsolutions.org/tools-2/2019/1/4/loss-to-follow-up-tool>.
41. PEPFAR. Monitoring, evaluation, and reporting indicator reference guide: MER 2.0 (version 2.4). Washington (DC): PEPFAR; 2019. Available from: <https://www.state.gov/wp-content/uploads/2019/10/PEPFAR-MER-Indicator-Reference-Guide-Version-2.4-FY20.pdf>.

42. LINKAGES. Peer navigation for key populations: implementation guide. Durham (NC): FHI 360; 2017. Available from: <https://www.fhi360.org/sites/default/files/media/documents/resource-linkages-peer-navigation-implementation.pdf>.
43. LINKAGES. Peer navigation training core modules: facilitator's guide. Durham (NC): FHI 360; no date. Available from: <https://www.fhi360.org/sites/default/files/media/documents/resource-linkages-peer-navigation-facilitators-guide.pdf>.
44. PEPFAR Solutions Platform [Internet]. Bukoba combination prevention evaluation: effective approaches to linking PLHIV to care and treatment services in Tanzania. Washington (DC): PEPFAR; 2018 [cited 2020 Jun 17]. Available from: <https://www.pepfarsolutions.org/men/2018/1/15/bukoba-combination-prevention-evaluation-effective-approaches-to-linking-plhiv-to-care-and-treatment-services-in-tanzania?rq=bukoba>.
45. PEPFAR Solutions Platform [Internet]. CommLink: linking people living with HIV from community-based settings to care and treatment services in Eswatini. Washington (DC): PEPFAR; 2018 [cited 2020 Jun 17]. Available from: <https://www.pepfarsolutions.org/solutions/2017/12/18/commlink-effective-approaches-to-linking-plhiv-to-care-and-treatment-services-from-community-based-settings-2f8yx?rq=eSwatini%20linkage>.
46. WHO. Publications on treatment and care (annexes). Geneva: WHO; 2016. Available from: <https://www.who.int/hiv/pub/arv/annexes-5Sep2016.pdf?ua=1>.
47. LINKAGES. U=U/undetectable=untransmittable: a person living with HIV who has an undetectable viral load does not transmit HIV to their sexual partners. Durham (NC): FHI 360; no date. Available from: <https://www.fhi360.org/sites/default/files/media/documents/linkages-u-equals-u-english.PDF>.
48. Straube T. Share these cool "U=U" graphics and videos. POZ.com [Internet]. 2018 Oct 3. New York: POZ Magazine. Available from: <https://www.poz.com/article/share-uu-message-cool-hiv-graphics-videos>.
49. Kapeakh. no title. Video about undetectable=untransmittable for World AIDS Day. 17 Mar 2020. Available from: <https://youtu.be/Zy6hgbzjc2o>.
50. Prevention Access.org [Internet]. Undetectable=untransmittable. Prevention Access campaign [updated 2020 April; cited 2020 Jun 16]. Available from: <https://www.preventionaccess.org/undetectable>.
51. ITPC (International Treatment Preparedness Coalition) [Internet]. Updated 2020 [cited 2020 Jun 16]. Available from: <http://itpcglobal.org/>.
52. ITPC. ACT toolkit 2.0: advocacy for community treatment; strengthening community responses to HIV treatment and prevention. No location: ITPC; 2016. Available from: <http://itpcglobal.org/wp-content/uploads/2015/02/ACT-Toolkit-2.0.pdf>.
53. ITPC [Internet]. Resources. No date [cited 2020 Jun 17]. Available from: <http://itpcglobal.org/resources/>.
54. LINKAGES. Going online to accelerate the impact of HIV programs. Durham (NC): FHI 360; 2019. Available from: <https://fhi360.org/goingonline>

## Orientations et outils

RÉFÉRENCE/OUTIL	OBJECTIF/CONTENU	PUBLIC
<a href="#"><u>Orientation du plan opérationnel national (COP) 2020 du PEPFAR</u></a>	Le mandat du PEPFAR, les principes, les stratégies et les orientations techniques détaillées concernant la fourniture de l'ensemble des services en cascade et les exigences en matière de suivi et de rapports.	Agences du gouvernement américain et partenaires de mise en œuvre.
<a href="#"><u>Directives consolidées de l'OMS sur l'utilisation des médicaments antirétroviraux pour le traitement et la prévention de l'infection par le VIH, 2016</u></a>	Orientations sur le diagnostic de l'infection par le VIH, l'utilisation des médicaments ARV pour le traitement et la prévention de l'infection par le VIH et la prise en charge des PVVIH, structurées selon le continuum du dépistage, de la prévention, du traitement et des soins du VIH.	Responsables de programmes VIH dans les pays à faible et moyen revenu ; cliniciens ; décideurs politiques dans les agences de développement, les organisations internationales, les ONG, les PVVIH, les communautés et les organisations de la société civile
<a href="#"><u>Directives consolidées de l'OMS sur la prévention, le diagnostic, le traitement et les soins du VIH pour les populations clés</u></a>	Unifie les orientations existantes de l'OMS relatives aux cinq populations clés : Les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, les personnes qui consomment des drogues injectables, les personnes en prison et dans d'autres lieux de détention, les travailleurs sociaux et les transsexuels. Il comprend un certain nombre de nouvelles recommandations et met à jour les orientations et recommandations existantes.	Responsables de programmes VIH dans les pays à faible et moyen revenu ; cliniciens ; décideurs politiques dans les agences de développement, les organisations internationales, les ONG, les PVVIH, les communautés et les organisations de la société civile.
<a href="#"><u>Prestation de services diversifiés pour le VIH : un cadre décisionnel pour la prestation diversifiée de thérapies antirétrovirales aux populations clés</u></a>	Des conseils étape par étape sur la manière de hiérarchiser et de planifier les approches en matière de "Prestation de services diversifiés (DSD)" pour les populations clés, en mettant l'accent sur la fourniture diversifiée de médicaments antirétroviraux.	Responsables de programmes VIH dans les pays à faible et moyen revenu ; cliniciens ; décideurs politiques dans les agences de développement, les organisations internationales, les ONG, les PVVIH, les communautés et les organisations de la société civile.
<a href="#"><u>Transition du ténofovir, de la lamivudine et du dolutegravir (TLD) : Informations générales pour les clients, les cliniciens, les conseillers et autres prestataires de services</u></a>	Aperçu de la justification de la transition des TLD, de l'admissibilité des clients, des conseils sur la manière d'éduquer les gens sur la transition des TLD, et des considérations spéciales pour la transition.	Responsables de programmes VIH dans les pays à faible et moyen revenu ; cliniciens ; décideurs politiques dans les agences de développement, les organisations internationales, les ONG, les PVVIH, les communautés et les organisations de la société civile.

RÉFÉRENCE/OUTIL	OBJECTIF/CONTENU	PUBLIC
<a href="#">Considérations pour l'introduction du TLD dans les programmes nationaux :Orientations du PEPFAR sur l'élaboration de recommandations cliniques et programmatiques</a>	Directives pour soutenir les programmes nationaux visant à élaborer des directives cliniques et des plans de mise en œuvre pour l'introduction du comprimé d'association à dose fixe de ténofovir, lamivudine et dolutegravir (TLD).	Les responsables des programmes VIH, les membres des groupes de travail techniques, les comités nationaux d'orientation sur le VIH et les autres parties prenantes contribuant à l'élaboration d'orientations normatives nationales pour le traitement du VIH et la planification du lancement des ténofovir, lamivudine et dolutegravir (TLD).
<a href="#">Lignes directrices pour la gestion de la maladie avancée du VIH et l'initiation rapide d'une thérapie antirétrovirale</a>	Les lignes directrices fournissent des recommandations décrivant une approche de santé publique pour gérer les personnes présentant une maladie avancée du VIH, et pour fournir des conseils sur le moment de l'initiation de la thérapie antirétrovirale pour toutes les personnes vivant avec le VIH.	Principalement les responsables des programmes nationaux de lutte contre le VIH qui sont chargés d'adapter les nouvelles recommandations au niveau national ; également pertinent pour les cliniciens et les autres parties prenantes, notamment les PVVIH, les organisations de la société civile nationales, les partenaires de mise en œuvre, les ONG et les bailleurs de fonds nationaux et internationaux des programmes de lutte contre le VIH.
<a href="#">Atteindre le troisième 95 : Suppression de la charge virale chez les membres des populations clés vivant avec le VIH</a>	Décrit les principales considérations pour améliorer l'accès et le recours aux tests de charge virale, ainsi que l'utilisation des résultats y relatifs, dans le cadre des programmes VIH axés sur les populations clés.	Responsables de programmes VIH dans les pays à faible et moyen revenu ; cliniciens ; décideurs politiques dans les agences de développement, les organisations internationales, les ONG, les PVVIH, les communautés et les organisations de la société civile.
<a href="#">Manuel de référence sur la charge virale et le diagnostic précoce des nourrissons</a>	Offre des outils innovants, des meilleures pratiques et des solutions pour relever les défis de la charge virale qui sont communs à tous les programmes ; peut être utilisé pour accélérer la mise à l'échelle de la charge virale.	Les bénéficiaires du Fonds mondial et les agences de mise en œuvre/gouvernements.
<a href="#">Outils de contrôle de la charge virale de l'ICAP</a>	Programme de formation conçu pour renforcer la capacité des travailleurs de la santé à effectuer un suivi de la charge virale et à améliorer le counseling en matière d'observance, outils de travail conçus pour aider les travailleurs de la santé à fournir des informations sur le suivi de la charge virale aux patients, à expliquer la signification des résultats de la charge virale et à orienter, la fourniture de counseling en matière d'observance aux patients dont la charge virale est élevée.	Responsables de programmes VIH dans les pays à faible et moyen revenu ; cliniciens ; prestataires ; conseillers ; organisations internationales ; ONG ; organisations de la société civile

RÉFÉRENCE/OUTIL	OBJECTIF/CONTENU	PUBLIC
<a href="#">Outils de repérage et de suivi des personnes perdues de vue dans le cadre du PEPFAR</a>	Décrit les procédures de suivi et de repérage des membres de la population clé qui n'ont pas réussi à établir un lien avec un traitement ou qui ont manqué des rendez-vous / sont perdus de vue (LTFU).	Responsables de programmes VIH dans les pays à faible et moyen revenu ; cliniciens ; prestataires ; conseillers ; organisations internationales ; ONG ; organisations de la société civile
<a href="#">Outils de formation de Health4All</a>	Guide la formation des professionnels de la santé pour accroître l'empathie, les connaissances cliniques et les compétences interpersonnelles afin d'améliorer les services adaptés aux PC.	Responsables de programmes VIH dans les pays à faible et moyen revenu ; cliniciens ; prestataires ; conseillers ; organisations internationales ; ONG ; organisations de la société civile
<a href="#">La carte de pointage communautaire (CSC): Un guide générique pour la mise en œuvre du processus de la CSC de CARE afin d'améliorer la qualité des services</a>	Une boîte à outils participative bidirectionnelle et continue pour l'évaluation, la planification, le suivi et l'évaluation des services.	Responsables de programmes VIH dans les pays à faible et moyen revenu ; cliniciens ; décideurs politiques dans les agences de développement, les organisations internationales, les ONG, les PVVIH, les communautés et les organisations de la société civile.
<a href="#">Soins différenciés pour la thérapie antirétrovirale pour les populations clés : Exemples de cas du projet LINKAGES</a>	Offre des exemples de la façon dont les organisations communautaires ont mis en œuvre des modèles de soins diversifiés hors établissement.	Responsables de programmes VIH dans les pays à faible et moyen revenu, cliniciens, décideurs politiques dans les agences de développement, les organisations internationales, les ONG, les PVVIH, les communautés et les organisations de la société civile
<a href="#">Guide de mise en œuvre de la navigation par les pairs pour les populations clés</a>	Fournit des informations détaillées sur la manière de recruter, de former et de soutenir les pairs navigateurs afin d'engager et de retenir les personnes vivant avec le VIH dans le système de soins de santé.	Responsables de programmes VIH dans les pays à faible et moyen revenu ; cliniciens ; décideurs politiques dans les agences de développement, les organisations internationales, les ONG, les PVVIH, les communautés et les organisations de la société civile.
<b>Procédures opérationnelles standard pour la fourniture de services aux populations clés : Un guide pour les partenaires de mise en œuvre au Malawi</b>	Offre un exemple de sensibilisation, de navigation et de gestion de cas. Il comprend des procédures de fonctionnement standard sur la cartographie, l'utilisation des données pour la prise de décision, la micro planification et le suivi des clients, les rôles et les responsabilités des éducateurs et des navigateurs pour les pairs, le lien et l'orientation, la sensibilisation clinique, la prévention et la réponse à la violence, et d'autres sujets pertinents..	Responsables de programmes VIH dans les pays à faible et moyen revenu, cliniciens, décideurs politiques dans les agences de développement, les organisations internationales, les ONG, les PVVIH, les communautés et les organisations de la société civile

RÉFÉRENCE/OUTIL	OBJECTIF/CONTENU	PUBLIC
<a href="#"><u>Boîte à outils de la promotion du traitement communautaire (ACT) de la Coalition internationale pour la préparation au traitement (ITPC)</u></a>	Peut être utilisé pour soutenir et former les activistes communautaires à défendre efficacement et passionnément l'accès au traitement des personnes vivant avec le VIH, y compris celles des populations clés.	Les activistes communautaires, les organisations de la société civile, les gestionnaires de programmes VIH dans les pays à revenu faible ou intermédiaire, cliniciens, les décideurs des agences de développement, des organisations internationales, des ONG, les personnes vivant avec le VIH
<a href="#"><u>Boîte à outils pour les activistes de l'ITPC pour les tests de routine de la charge virale</u></a>	Peut être utilisé pour permettre et mobiliser les PVVIH et les activistes afin d'utiliser la science et les preuves pour plaider auprès des décideurs et des prestataires de services pour l'accès et la disponibilité de tests de routine de charge virale abordables pour les PVVIH.	Les activistes communautaires, les organisations de la société civile, les gestionnaires de programmes VIH dans les pays à revenu faible ou intermédiaire, cliniciens, les décideurs des agences de développement, des organisations internationales, des ONG, les personnes vivant avec le VIH
Outil de counseling et de rétention de l'adhésion du projet EpiC	Comprend un tableau-papier avec des messages guidés pour aider les PVVIH à planifier et à atteindre leurs objectifs d'adhésion au traitement. Utilisé conjointement avec le registre des obstacles à l'observance et des interventions, il peut aider les conseillers à déterminer si un client risque de manquer ses rendez-vous ou de ne pas suivre son traitement, à identifier les interventions de soutien et à suivre les progrès.	Responsables de programmes VIH dans les pays à faible et moyen revenu ; cliniciens ; prestataires ; conseillers ; organisations internationales ; ONG ; organisations de la société civile
Registre des obstacles et interventions en matière d'adhésion du projet EpiC	Un outil sur papier qui aide les prestataires/conseillers à déterminer si un client est susceptible d'avoir besoin d'un soutien supplémentaire pour éviter les rendez-vous manqués et les personnes perdues de vue. Lorsqu'il est utilisé conjointement avec l'outil de counseling sur l'adhésion et la rétention, ou indépendamment, il peut servir de registre pour les obstacles discutés et pour les plans élaborés par le client afin d'aborder ces obstacles.	Responsables de programmes VIH dans les pays à faible et moyen revenu ; cliniciens ; prestataires ; conseillers ; organisations internationales ; ONG ; organisations de la société civile



# ANNEXES



# **Annexe A**

Exemple de procédures  
opérationnelles standard sur le lien  
et la rétention (Côte d'Ivoire)

## 1. Contexte

*[À mettre à jour en fonction du contexte local du pays]*

## 2. Objectif global

Assurer l'amélioration des performances des équipes de mise en œuvre du projet en liant, en initiant et en retenant les) les membres de populations clés vivant avec le VIH sous la thérapie antirétroviral (TARV), ainsi que pour les aider à atteindre la suppression de la charge virale.

## 3. Objectifs spécifiques

- Assurer un lien opportun avec le traitement pour tous les clients testés positif au VIH
- Assurer l'initiation à TARV dans la semaine suivant le dépistage positif du VIH chez au moins 95 % des clients
- Assurer le maintien du traitement pour tous les clients qui ont commencé TARV
- Assurer la suppression de la charge virale chez au moins 95 % des clients sous TARV six mois après le début de TARV

## 4. Procédures opérationnelles standard

### I. Lien avec la thérapie antirétrovirale (TARV)

#### A. Concepts Clés

##### **Qu'est-ce que le lien avec le traitement ?**

Le processus de liaison entre les clients qui sont testés positifs au VIH et qui sont prêts à commencer TARV à un centre de traitement.

##### **Pourquoi le lien avec le traitement est-il important ?**

En liant tous les clients qui sont testés positifs au traitement, les programmes peuvent assurer plus efficacement des résultats positifs en matière de santé et réduire la transmission du VIH dans la communauté, ce qui mène à la lutte contre les épidémies.

##### **Objectifs pour les pairs navigateurs (PN) et les travailleurs de soutien psychosocial**

- Établir la confiance avec les clients en utilisant des techniques de conseils motivationnels (réflexion, affirmation, questionnement, etc.)
- Aider les clients à développer des objectifs liés au traitement, à exprimer leurs sentiments et à prendre des décisions constructives
- Clarifier les modalités de traitement, les contraintes et les défis pertinents, et trouver des solutions
- Aider les clients à devenir des acteurs autonomes en ce qui concerne leur infection par le VIH

##### **Quand le lien avec le traitement est-il établi ?**

Le lien avec le traitement commence après le post-test et la communication d'un résultat positif du test. Il se termine une fois que le client se présente dans un centre de traitement

### Comment fait-on un lien avec le traitement ?

Selon les procédures opérationnelles standard décrites ci-dessous.

## B. Procédures opérationnelles standard

La procédure de lien avec le traitement comprend les étapes suivantes :

- Conseils posttest
- Conseils d'éducation thérapeutique prétraitement, y compris les avantages de l'initiation précoce du traitement et de la communication sur « indétectable=intransmissible (I=I) »
- Lien avec un centre de traitement (« Poignée de main »)

Si le client souhaite confirmer son premier résultat de test, incluez les étapes suivantes :

- Conseils pré test (au besoin) sur :
  - » I=I et les avantages du traitement et de l'initiation précoce
  - » Identification de deux personnes qui peuvent fournir un soutien au cours d'une période difficile
  - » Messages de conseils adaptés au profil de la PC (sous-groupe, genre, âge, etc.)
  - » Expliquer les options d'index testing et de notification des partenaires (si elles ne sont pas déjà discutées)
- Aider le client à obtenir un test de confirmation
  - » Accompagnement du client à un établissement ou liaison active par l'intermédiaire d'un point focal de cet établissement
- Deuxième série de conseils posttest (souligner les points ci-dessous, le cas échéant) :
  - » I=I et les avantages du traitement et de l'initiation précoce
  - » Identification de deux personnes qui peuvent fournir un soutien au cours d'une période difficile
  - » Messages de conseils adaptés au profil de la PC (sous-groupe, genre, âge, etc.)

### SOP 1 : Conseils post- test (diagnostic positif)

Les objectifs de la séance sont les suivants :

- Evaluer l'état émotionnel du client.
- Evaluer l'impact du diagnostic positif sur la vie personnelle du client, sa vie professionnelle, sa santé mentale et sexuelle, son sommeil, etc.
- Soulever la question du partage de son statut avec ses partenaires et évaluer les avantages et les inconvénients (par exemple, la violence).
- Evaluer si le client est capable de communiquer avec l'équipe soignante.
- Fournir un soutien émotionnel, c'est-à-dire par le biais de témoignages personnels, le cas échéant.
- Indiquer si le client a accepté son statut.
- Vérifier que les deux personnes identifiées lors des conseils préalables au test peuvent être contactées si les pairs éducateurs (PE)/ les pairs navigateurs (PN)/l'établissement ne peuvent pas entrer en contact avec le client. Demander si le client prévoit divulguer son statut à l'une ou l'autre des deux personnes. Demander si le client aimerait obtenir de l'aide pour la divulgation.

- Fournir un soutien pour assurer le lien avec le traitement (lien actif avec l'accompagnement ou lien avec un point focal dans un établissement de traitement).
- Obtenir un consentement éclairé pour les services d'index testing, si désiré.

Au cours de cette séance, le PN ou le travailleur de soutien psychosocial :

- Se présente.
- Rassure le client au sujet de la confidentialité de sa discussion et des services à rendre.
- Explique leur rôle et comment ils peuvent aider.
- Discute avec le client de la façon dont il a connu la nouvelle du résultat positif, ainsi que de son impact.
- Fournit un soutien émotionnel par le témoignage personnel, si nécessaire.
- Note dans le dossier du client si le client a accepté ou non son statut.

**Scénario 1a : Le client a accepté son statut séropositif.**

Le PN ou travailleur de soutien psychosocial :

- Organise un calendrier de suivi pour le client
- Fournit leurs coordonnées d'information, obtient celles du client et d'une personne de soutien social et vérifie ces coordonnées (c.-à-d. appelle le numéro pour vérifier)
- Effectue ou oriente le client pour une séance d'éducation thérapeutique (SOP 2)

**Scénario 1b : Le client n'a pas accepté son statut et souhaite obtenir un test de confirmation.**

Le PN ou travailleur de soutien psychosocial :

- Note la raison du refus dans le dossier du client
- Oriente le client pour un test de confirmation
- Organise un deuxième rendez-vous de conseils posttest avec le client
- Vérifie les coordonnées du client (numéro de téléphone, numéro WhatsApp, profil Facebook) et celle de la personne de soutien social

**Scénario 1c : Le client n'a pas accepté son statut et ne veut pas un test de confirmation.**

Le PN ou travailleur de soutien psychosocial :

- Note la raison du refus dans le dossier du client
- Oriente le client vers un psychologue ou un médecin
- Prend des dispositions pour être en contact hebdomadaire avec le client
- Fournit leurs coordonnées, obtient celles du client et d'une personne de soutien social et vérifie les coordonnées

## SOP 2 : Conseils en éducation thérapeutique avant le traitement

Les objectifs de la séance sont les suivants :

- Communiquer des informations générales sur le VIH, en mettant l'accent sur les soins.
- Discuter des objectifs du TARV, de son fonctionnement et de la relation entre le traitement, le nombre de CD4 et la charge virale.
- Fournir des messages sur I=I et les avantages d'une initiation précoce au traitement (c.-à-d. amélioration des résultats pour la santé, réduction du risque d'infection ultérieure, etc.)
- Discuter du régime de traitement spécifique pour le client et de toutes les questions que le client peut avoir.

Le PN ou travailleur de soutien psychosocial est responsable de :

- Evaluer les connaissances du client en matière du TARV en tant que multi thérapie tout au long de la vie et offrir une formation thérapeutique
- Expliquer les objectifs du TARV et les avantages de l'initiation précoce et de la rétention sur le traitement
- Discuter des obstacles possibles au traitement et au plan de secours à ces obstacles
- Expliquer les effets secondaires des médicaments prescrits ; discuter de la façon dont ils peuvent influencer l'adhésion ; informer le client que certains effets secondaires pourraient être modérés tandis que d'autres pourraient être graves et nécessiter des soins médicaux
- Discuter de la prévention des infections sexuellement transmissibles (IST) et des infections opportunistes
- Discuter d'une alimentation saine
- Documenter dans le dossier du client son accord pour commencer le traitement

### Scénario 2a : le client est prêt à commencer le TARV.

Le PN ou travailleur de soutien psychosocial est responsable de :

- S'entendre sur un calendrier de suivi avec le client
- Présenter les différentes options et aider le client à choisir le centre de TARV le plus approprié
- Demander au client de fournir les coordonnées d'une personne de soutien et réserver du temps pour discuter avec la personne de soutien et le client
- Demander au client de fournir une carte de sa résidence et réserver du temps pour faire une visite à domicile
- Vérifier si le numéro de téléphone, le numéro WhatsApp, le profil Facebook et/ou les coordonnées d'urgence sont toujours valides
- Diriger immédiatement le client vers un clinicien pour l'initiation au TARV (SOP 3) et diriger vers un groupe local de soutien ou un champion de traitement (si désiré)

**Scénario 2b : Le client n'est pas prêt à commencer le TARV, mais accepte un suivi clinique.**

Le PN ou travailleur de soutien psychosocial est responsable de :

- Documenter la raison du refus
- S'entendre sur un calendrier de suivi avec le client
- Vérifier que le numéro de téléphone, le numéro WhatsApp, le profil Facebook et/ou les coordonnées d'urgence sont toujours valides
- Diriger le client vers un clinicien pour un suivi clinique

**Scénario 2c : Le client n'est pas prêt à commencer le TARV et n'accepte pas un suivi clinique**

Le PN ou travailleur de soutien psychosocial est responsable de

- Documenter la raison du refus
- S'entendre sur un calendrier de suivi avec le client
- Vérifier que le numéro de téléphone, le numéro WhatsApp, le profil Facebook et/ou les coordonnées d'urgence sont toujours valides
- Diriger le client vers :
  - » Un psychologue (s'il est disponible) pour l'aider à accepter son diagnostic et à élaborer un plan pour commencer le traitement
  - » Un groupe local de soutien et/ou une offre de le lier à un champion de traitement

**SOP 3 : Référence à un centre de traitement (« Poignée de main »)**

Lorsqu'un client choisit d'être sous traitement dans un établissement autre que celui avec lequel le PN est affilié ou à un autre endroit, le PN/conseiller psychosocial fournit un soutien pour le lien actif avec le lieu (Poignée de main).

Les objectifs de Poignée de main sont les suivants :

- Envoyer le client et/ou l'accompagner au centre de traitement.
- S'assurer que le client est bien reçu dans un établissement qui est favorable à la PC et/ou fournir un soutien pour s'assurer que le client ne fait pas face à la stigmatisation, à la discrimination ou à d'autres obstacles à l'amorce d'un traitement.
- S'assurer que le client commence le TARV efficacement et le plus tôt possible.

Le PN ou travailleur de soutien psychosocial est responsable de :

- Enregistrer la référence et inclure un formulaire de référence dans le dossier du client
- Accompagner le client dans un centre de TARV, si nécessaire, et l'introduire à un point focal (si disponible)
- Confirmer le lien en se documentant sur les informations du client (Identité nationale, code d'identification unique, etc.) et le centre de traitement dans le registre de référence
- Faire des appels de suivi avec le point focal (si possible) et le client pour s'assurer que le client a commencé le TARV efficacement

#### SOP 4 : Parrainage

Dans les situations où la personne qui fournit des services de dépistage du VIH (SDV) ou les conseils d'après le test n'est pas un PN, les clients devraient avoir la possibilité de recevoir le soutien d'un PN ou d'un gestionnaire des cas. Le parrainage consiste à introduire un PN (ou un autre membre de l'équipe de soutien) à un client pour lui fournir un soutien au fur et à mesure qu'il initie et reste sous traitement (aussi longtemps qu'il le souhaite). Les clients peuvent être connectés à un navigateur à tout moment, soit dans un établissement, dans un centre d'accueil (CA), soit dans la communauté (où la confidentialité peut être maintenue, et selon leur préférence).

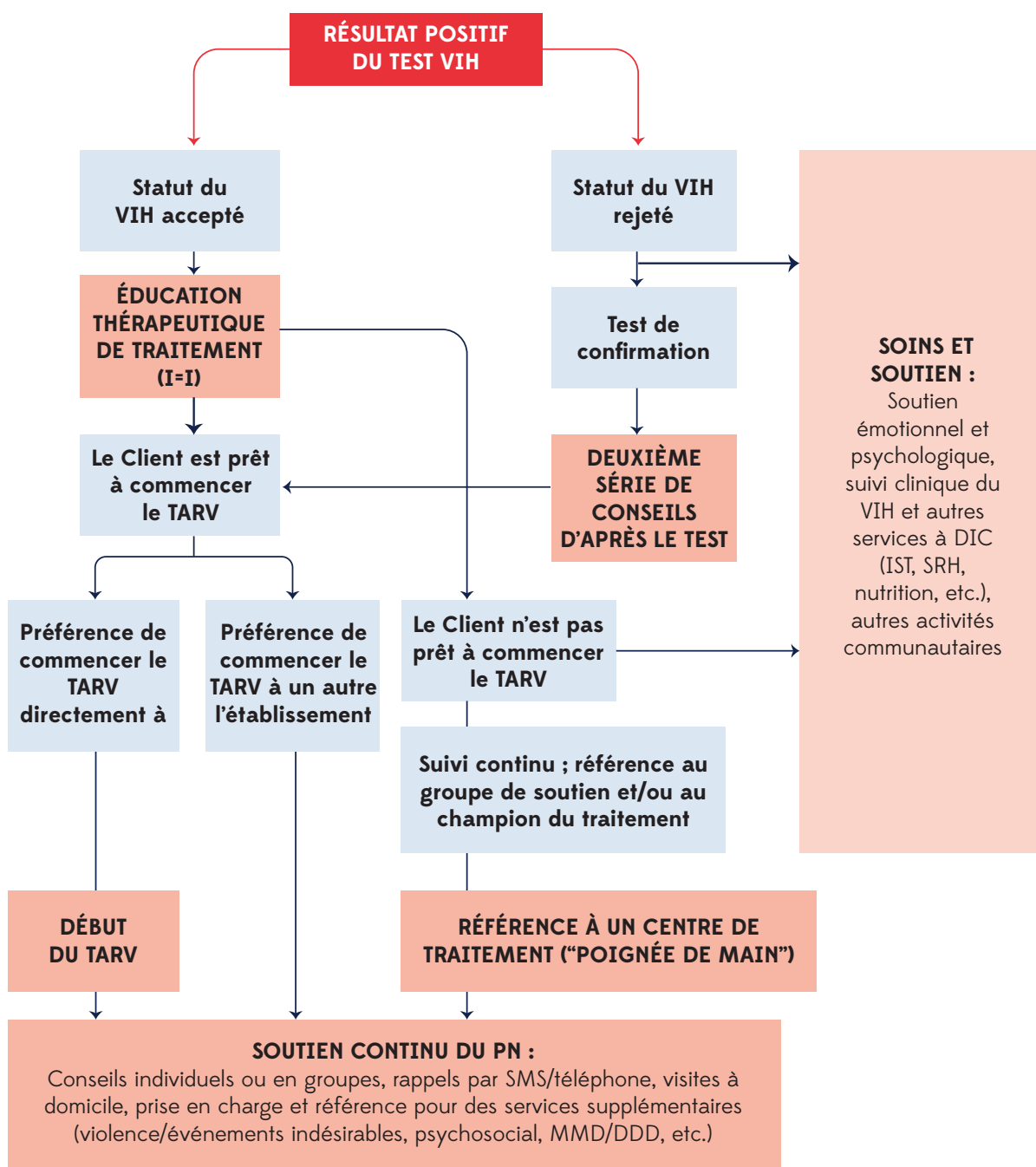
Le conseiller SDV qui fait le parrainage est responsable de :

- Communiquer les avantages d'un soutien confidentiel et adapté à la navigation tout au long du processus de traitement (soutien à la compréhension de leur traitement, diagnostics, calendrier clinique, rappels de rendez-vous, planification d'adhésion et résolution des obstacles, lien et référence à des services supplémentaires, etc.)
- Demander au client s'il veut être parrainé par un PN ou à une autre personne de l'équipe pour l'aider à initier et à rester sous traitement
- Présentation du PN (ou d'un autre membre de l'équipe) au client si c'est souhaité

Dans le contexte de parrainage, le PN est responsable de :

- Se présenter
- Expliquer leur rôle
- Donner des conseils après le test (le cas échéant et/ou choisi par le client)
- Fournir des services de navigation (consulter LINKAGES Peer Navigation for Key Populations Implementation Guide traduit en Français le Guide de mise en œuvre des liens des pairs navigateurs pour les populations clés pour obtenir des conseils complets).

**FIGURE 1.** Liaison avec le Protocole de traitement





## II. Initiation à la thérapie antirétrovirale (TARV)

### A. Concepts clés

#### Qu'est-ce que l'initiation à TARV ?

L'initiation à TARV commence une fois que le client est lié à un établissement de traitement et commence le traitement.

#### Pourquoi initier à TARV ?

L'objectif est de s'assurer qu'au moins 95% des clients testés positif au VIH atteignent et maintiennent une charge virale indétectable.

#### Quand TARV doit-elle être initiée?

La TARV doit être initiée le plus tôt possible sur la base de lignes directrices nationales une fois qu'un client a donné son consentement.

#### Comment se fait l'initiation à TARV ?

[Les processus d'initiation varient selon le pays, le programme et le lieu et doivent être effectués conformément aux lignes directrices nationales.]

### B. Procédures opérationnelles standard

#### Scénario 5a : Le centre d'accueil n'a pas d'expert médical.

L'initiation au traitement se fait entièrement dans un centre de traitement.

#### Scénario 5b : Le centre d'accueil dispose d'un expert médical .

L'expert médical est responsable de :

- Discuter avec le PN ou le travailleur du soutien psychosocial sur la façon de préparer le client pour commencer le TARV
- Fournir une éducation thérapeutique
- Prescrire le TARV
- Donner l'ordonnance antirétrovirale (ARV) au client pour l'initiation

#### SOP 5 : Conseil en éducation thérapeutique à l'initiation au TARV

Les objectifs sont les suivants :

- Vérifier et renforcer les connaissances acquises par le client.
- Elaborer un plan de traitement basé sur la combinaison prescrite et s'assurer que le client a une bonne compréhension de son traitement et du temps qu'il devrait le prendre.
- S'entendre sur un calendrier de suivi avec le client.

#### L'expert médical est responsable de :

- Evaluer l'engagement du client à adhérer au traitement
- Fournir de l'information sur I=I et les avantages du traitement et de l'initiation précoce
- Discuter des questions médicales, psychosociales et autres qui pourraient avoir un impact sur l'adhésion et discuter des solutions, y compris des messages adaptés au profil du PC (sous-groupe, sexe, âge, etc.)

- Déterminer si le client est en mesure de commencer le traitement (c.-à-d. capable de prendre ses médicaments et sans contre-indications)
- Si la décision est en faveur de la prescription, prescrivez une ordonnance
- Expliquer la prescription au client et s'assurer qu'il l'a comprise
- S'entendre sur un calendrier de suivi avec le client
- Remettre la prescription au client pour dispense au centre de traitement
- Faire participer le navigateur au processus ou collaborer avec le client pour informer le navigateur des résultats de la séance et des prochaines étapes

### III. Rétention sur la thérapie antirétrovirale

#### A. Concepts clés

##### Qu'est-ce que la rétention sur TARV ?

La rétention sur TARV est définie comme au moins une visite à la clinique au cours des trois derniers mois pour le réapprovisionnement en ARV, la consultation médicale et/ou les tests de laboratoire (les clients qui sont stables sur TARV depuis au moins un an peuvent se rendre à la clinique une fois tous les six mois et peuvent être contrôlés par téléphone ou par SMS entre les visites). Un client n'est pas considéré comme maintenu sous traitement s'il a été transféré hors du programme, s'il a arrêté le traitement, s'il est décédé ou s'il est perdu pour le suivi. Voir le tableau 1 pour les définitions des termes "rendez-vous maintenu", "rendez-vous en retard", "rendez-vous ratés" et "perte de suivi".

**TABLEAU 1.** Définitions opérationnelles pour les nominations de suivi

TYPE	DÉFINITION
<b>RENDEZ-VOUS MAINTENU</b>	Le client se présente dans les sept jours précédant ou dans les 48 heures suivant un rendez-vous prévu.
<b>RENDEZ-VOUS EN RETARD</b>	Le client se présente plus de 48 heures, mais moins de sept jours après un rendez-vous prévu.
<b>RENDEZ-VOUS RATÉ</b>	Le client se présente avec un retard de sept à 27 jours par rapport à un rendez-vous prévu.
<b>PERTE DE SUIVI (LTFU)</b>	Le client ne s'est pas présenté à l'établissement/CID depuis plus de 28 jours (quatre semaines) et ne peut être localisé ou joignable par téléphone/SMS.

### Pourquoi la rétention sous TARV est-elle importante ?

L'objectif est de s'assurer qu'au moins 95 % des clients sous TARV atteignent et maintiennent une charge virale indétectable. Si les clients ne prennent pas leurs ARV tous les jours, leur charge virale augmentera, ils n'atteindront pas la suppression virale et ils risqueront de tomber malades et de transmettre le VIH à quelqu'un d'autre.

### Quand les clients doivent-ils être soutenus pour rester sous un TARV ?

Il est important de s'assurer que les clients restent adhérents à leurs ARV dès le premier jour où ils commencent un TARV tel que prescrit.

### Comment la rétention sous TARV est-elle atteinte ?

Les clients doivent rester sous TARV toute leur vie. La rétention sous TARV est atteinte en s'assurant que les clients sous TARV peuvent obtenir leurs médicaments en temps voulu, qu'ils effectuent les diagnostics nécessaires pour déterminer si le traitement fonctionne (et/ou s'ils sont capables de rester fidèles), et qu'ils effectuent des visites cliniques de routine basées sur des directives nationales. Les pairs navigateurs / conseillers psychosociaux peuvent aider les clients à définir des objectifs d'adhésion, à identifier les obstacles potentiels à l'adhésion et à élaborer des plans et des plans de secours pour faire face aux difficultés qui pourraient survenir. Les navigateurs aident également les clients à rester dans le réseau de services et à gérer les obstacles, notamment les effets secondaires, la violence/les événements indésirables, les expériences de stigmatisation, les voyages ou déménagements potentiels vers un nouveau milieu. Ils peuvent également aider les clients à se transférer vers un autre réseau/établissement de traitement si le client le souhaite.

Les clients varient en termes de niveau de soutien requis pour rester adhérent. Certains se heurteront à des obstacles au début, tandis que d'autres pourront commencer sans obstacles mais en rencontrer plus tard. Un soutien tout au long de la première année de traitement permettra aux clients de gérer les difficultés au fur et à mesure qu'elles se présentent. Les clients doivent décider le niveau de soutien dont ils ont besoin (c'est-à-dire la fréquence des visites et des rappels, et les modalités, notamment les SMS, le téléphone, etc.)

Les PN/conseillers doivent offrir ou orienter les clients vers les services suivants :

- Dispense de plusieurs mois (MMD) de TARV
- Groupes d'adhésion communautaire (GAC)
- Options de distribution différenciée des médicaments (DDD) (c'est-à-dire dans une pharmacie de réseau, livré par le PN ou un membre du groupe GAC, stockage et distribution dans une OBC, etc.)

## B. Procédures opérationnelles standard

### PSO 6 : Soutien en vue d'un rendez-vous prévu

**Scénario 6a : Le client peut être joint par téléphone, SMS, application des réseaux sociaux ou e-mail.**

Dans les 48 heures précédant le rendez-vous, le PN ou un autre travailleur de soutien psychosocial est responsable :

- Consulter régulièrement son dossier de suivi de cohorte pour déterminer qui doit se présenter à un rendez-vous
- Contacter chaque client qui doit avoir un rendez-vous par téléphone, application des réseaux sociaux ou SMS pour lui rappeler la date, l'heure et le lieu de son rendez-vous
- Documenter toutes les tentatives de contacter le client et les résultats sur un registre de contacts

**Scénario 6b : le client ne peut pas être joint par aucune des méthodes de la section 6a.**

Dans les 48 heures précédant le rendez-vous, le PN ou un autre travailleur de soutien psychosocial est responsable :

- Appeler l'un des contacts de soutien du client pour lui faire transmettre le message, vérifier que le message a été reçu et enregistrer tous les contacts et résultats sur un formulaire de contact ; ou se rendre au domicile du client et enregistrer la visite sur un registre de visites à domicile
- Vérifier que le numéro de téléphone du client, son numéro WhatsApp et son profil Facebook, ainsi que les coordonnées d'urgence sont toujours valides.

**SOP 7 : Gestion des rendez-vous maintenus**

Si le client se présente entre sept jours avant et 48 heures après la date du rendez-vous, le PN ou une autre personne de soutien psychosocial est responsable :

- Affirmer la motivation du client à respecter son rendez-vous
- Enregistrement de la date de présence effective du client dans un registre de suivi de la cohorte
- Enregistrement dans le dossier du client la raison pour laquelle il est arrivé plus tôt ou plus tard que son rendez-vous
- Offrir des conseils de soutien à l'adhésion, si nécessaire
- Vérifier que les coordonnées du client, ainsi que ses coordonnées en cas d'urgence, sont encore valides

**SOP 8 : Gestion des rendez-vous ratés**

Le PN ou un autre conseiller psychosocial est chargé d'utiliser le registre des rendez-vous pour identifier les clients qui ont raté leurs rendez-vous. Pour les clients qui ne se présentent pas dans les deux jours suivant la date de leur rendez-vous, le PN ou un autre conseiller psychosocial est responsable :

- Examiner le dossier du client pour déterminer le type de rendez-vous qu'il a raté
- Contacter le client par téléphone, SMS, WhatsApp, ou toute autre modalité pour laquelle le client a donné son accord afin de discuter la raison de son rendez-vous raté et lui fournir un conseil/soutien approprié si nécessaire
- Fixer une date pour le prochain rendez-vous
- Enregistrer les appels et/ou messages et les résultats dans le journal des contacts

Si le contact avec le client n'est pas possible, le PN ou un autre travailleur de soutien psychosocial doit le faire :

- Tenter de contacter le client au moins une fois par jour pendant les 48 heures suivantes

Si le client ne peut pas être contacté par la suite, le PN/conseiller doit appeler la personne de soutien du client ou lui rendre visite à domicile pour :

- Discuter de la visite ratée avec le client et sa personne de soutien, si nécessaire
- Comprendre les raisons de la visite ratée
- Examiner les objectifs et les plans de suivi du traitement du client, le cas échéant

- Renforcer les messages sur l'importance de la prise des ARV et du respect des rendez-vous
- Identifier les besoins du client et les stratégies pour surmonter les obstacles qui l'ont empêché de respecter son rendez-vous
- Soutenir le client et l'encourager à reprendre le TARV
- Discuter à nouveau de la nécessité de disposer d'une personne de soutien au traitement et du rôle de cette personne, le cas échéant
- Orienter le client vers des conseils d'éducation thérapeutique à la clinique, le cas échéant
- Enregistrer la visite sur un registre de visite à domicile

#### **PSO 9 : Gestion des clients ayant des rendez-vous ratés**

Scénario 9a : Le client se présente sept à 27 jours après le rendez-vous.

Le PN ou un autre membre du personnel psychosocial est responsable :

- Enregistrer sur une fiche de suivi de cohorte la date réelle de la présence du client
- Documenter dans le dossier du client la raison du rendez-vous raté (y compris les questions sur la violence ou d'autres événements indésirables)
- Mener des consultations d'éducation thérapeutique et identifier les obstacles auxquels le client est confronté pour accéder aux services
- Orienter le client vers une consultation clinique ou un autre soutien psychosocial si nécessaire (c'est-à-dire prévention et réponse à la violence, soutien à la divulgation, soutien clinique pour les effets secondaires, etc.)

Si le client souhaite reprendre le traitement :

- Orienter le client vers le médecin pour obtenir une ordonnance de TARV
- Offrir des services d'adhésion/navigation renforcés, l'orientation vers un groupe de soutien et/ou vers d'autres services selon les besoins (prévention et réponse à la violence, logement, emploi, nutrition, etc.)

Si le contact est rétabli et que le client ne souhaite pas reprendre le traitement :

- Utiliser des techniques de conseil motivationnel pour encourager le client à envisager des visites mensuelles au CDI ou dans la communauté jusqu'à ce qu'il en prenne l'initiative.
- Inviter le client à profiter des autres activités/services disponibles au CDI (entretiens éducatifs, tests de dépistage des IST, réunions de groupes de soutien, consultations médicales, etc.)
- Expliquer les avantages de la participation à un groupe de soutien/discussion et l'inviter à en rejoindre un.
- Se convenir d'une visite au domicile du client dans la semaine suivante.
- Vérifier que le numéro de téléphone, le numéro WhatsApp, le profil Facebook et les coordonnées de contact en cas d'urgence sont toujours valides.
- Enregistrer la date du prochain rendez-vous du client dans un journal de suivi de cohorte.
- Orienter le client vers un autre PN ou un travailleur psychosocial si les relations personnelles constituent un obstacle.

**Scénario 9b : Le client ne se présente pas dans les 28 jours suivant le rendez-vous.**

Le PN ou un autre travailleur de soutien psychosocial est responsable :

- Contacter le client toutes les deux semaines pour rétablir le contact et fixer un nouveau rendez-vous le plus tôt possible
- Enregistrement de tous les appels téléphoniques dans le registre des appels
- Contacter la personne de soutien toutes les deux semaines si le client ne peut être joint
- Effectuer une visite à domicile avec la personne de soutien pour rétablir le contact et fixer un nouveau rendez-vous le plus tôt possible
- Enregistrement de la visite sur un registre de visite à domicile

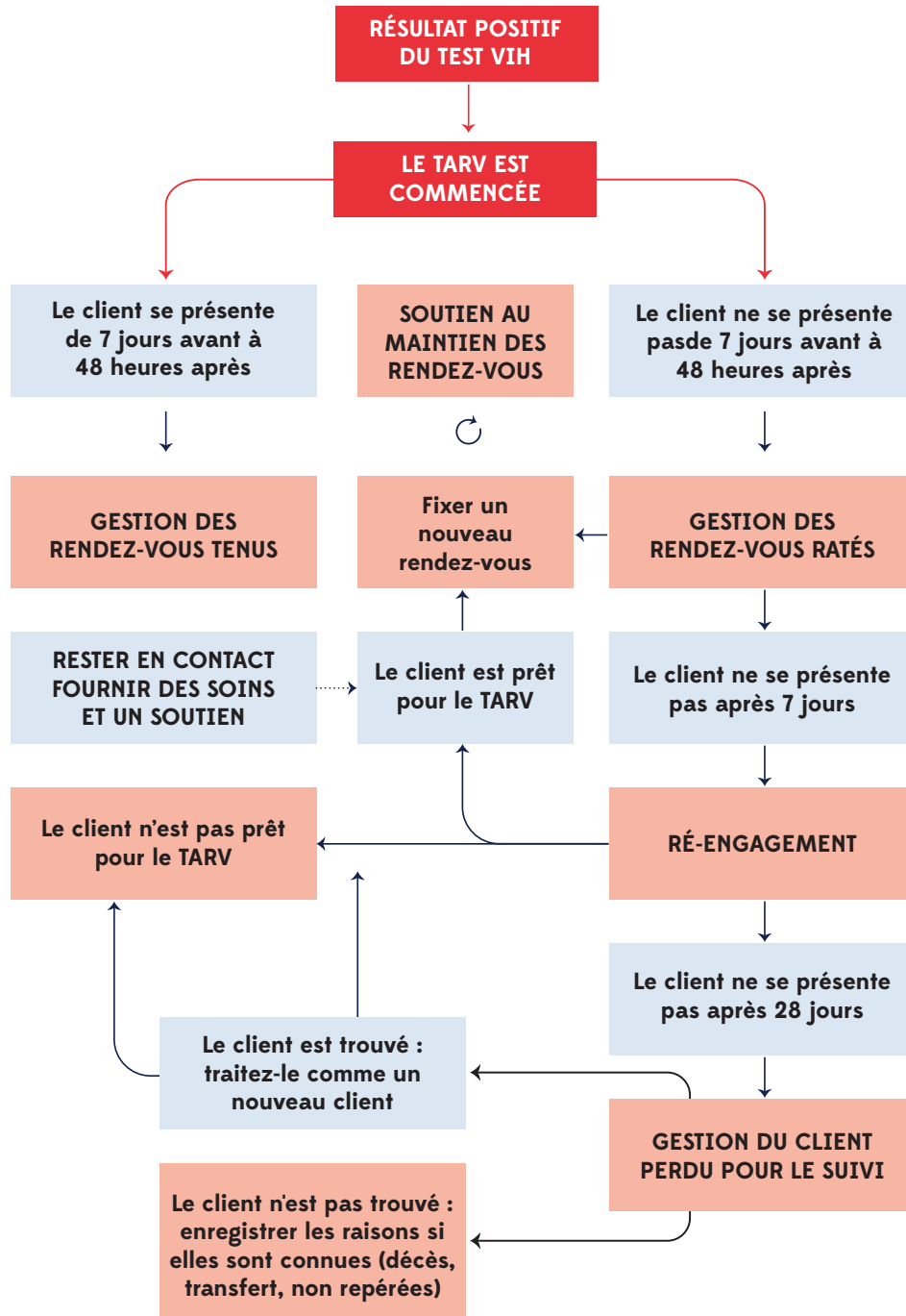
Au bout de 90 jours, si le client ne peut pas être joint, le PN ou un autre travailleur de soutien psychosocial doit classer son dossier comme étant soit perdu pour le suivi, soit décédé, soit transféré à l'extérieur. Les dossiers doivent être archivés dans un lieu approprié. Il est également important de noter si aucune tentative n'a été faite pour contacter le client.

**SOP 10 : Gestion d'un client perdu pour le suivi**

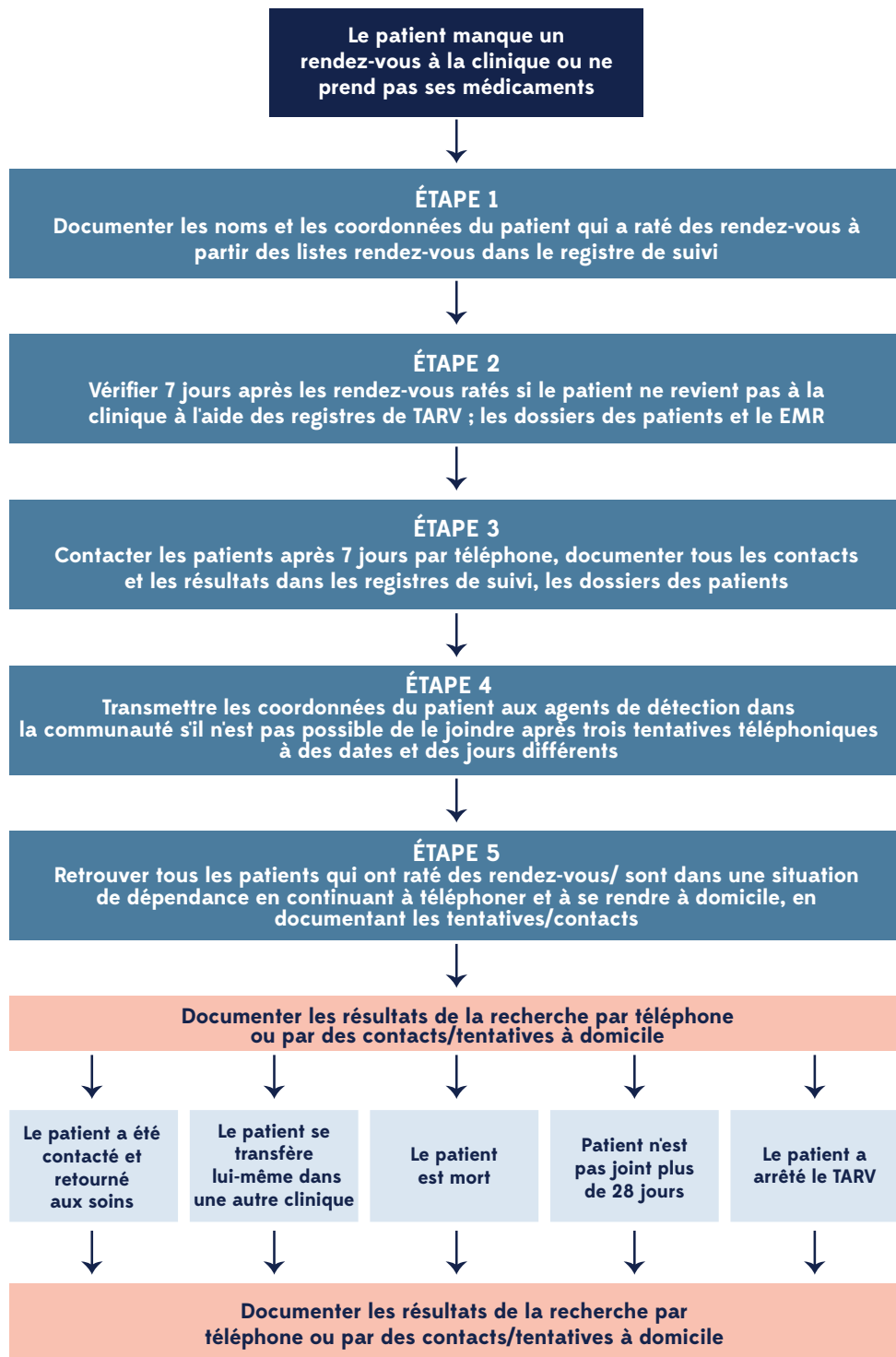
**Scénario 10a : Le client a renoncé de continuer à se présenter.**

Le PN ou un autre travailleur de soutien psychosocial récupère le dossier du client et traite le client comme un nouveau client, en suivant les SOP pour les clients qui commencent le traitement.

**FIGURE 2.** Protocole de rétention du TARV



**Exemple d'algorithme pour le suivi des patients sous TARV qui ont raté des rendez-vous**



Source : PEPFAR COP20 Guidance



## Références

Centres de contrôle et de prévention des maladies. Lien avec les soins médicaux et la rétention pour le VIH. Atlanta, Géorgie, États-Unis ; 2013. Disponible à l'adresse suivante : <http://www.cdc.gov/hiv/prevention/programs/pwp/linkage.html>.

Expertise France - IMEA. Prise en charge globale des patients VIH dans les pays à ressources limitées : guide de formation à l'usage des professionnels de santé, 2e édition révisée, décembre 2015. EXPERTISE FRANCE - IMEA ; 2015.

Foucaud J, Bury JA, Balcou-Debussche M, Eymard C. Éducation thérapeutique du patient. Modèles, pratiques et évaluation. Saint-Denis : Inpes, Collection Santé en action ; 2010.

Geng EH, et al. Rétention des soins chez les patients infectés par le VIH dans des milieux aux ressources limitées : nouvelles perspectives et nouvelles orientations. *Curr HIV/AIDS Rep*, 7(4), 234-244 ; 2010.

Genberg BL et al. Lien et engagement dans la prise en charge du VIH à l'ouest du Kenya : une étude d'observation basée sur des estimations de la population à travers des conseils et des tests à domicile. *The Lancet*, 2(1), e20-e26 ; 2015.

Ministère de la santé publique du Cameroun. Directives pour la mise en œuvre de la stratégie Test and traitement au Cameroun. Yaoundé, Cameroun ; 2017.

Ministère de la santé et de la protection sociale (MOHSW). Procédures opérationnelles standard pour les services de conseil et de dépistage du VIH (CTH). Dodoma, Tanzanie ; 2009. Disponible à l'adresse suivante : [http://www.jica.go.jp/project/tanzania/001/materials/pdf/vct\\_10.pdf](http://www.jica.go.jp/project/tanzania/001/materials/pdf/vct_10.pdf).

Programme national de lutte contre le VIH et les IST, Unité de traitement, de soins et de soutien. Procédures opérationnelles standard pour la rétention et le rétablissement des patients. Ministère de la santé, Jamaïque ; 2013.

Sprague C, Simon SE. Comprendre les reTARVds dans la prise en charge du VIH dans le Sud des États-Unis et le rôle du niveau social dans l'engagement et la rétention des soins pour le VIH : une étude qualitative. *Int J Equity Health*, 13,28 ; 2014.

Organisation mondiale de la santé. Rétention dans les programmes de lutte contre le VIH : définir les défis et identifier les solutions. Rapport de la réunion, 13-15 Septembre 2011. Genève, Suisse; 2011.

# **Annexe B**

Outil de rétention et du counseling  
en matière d'adhésion

# **Annexe C**

Registre des obstacles à l'adhésion  
et des interventions (outil  
d'évaluation des risques et des  
interventions en l'endroit des  
défaillants (LTFU))

INFORMATION DU CLIENT			
NUMÉRO DU CLIENT :		CENTRE DE SANTÉ :	
AGE :			
SEXE :			
RÉGIME ARV			
_____	Date de lancement : JJ / MM / AA		
_____	Date de lancement : JJ / MM / AA		
_____			
COUNSELING D'ADHÉRENCE SESSION 1 - PLANIFICATION DU CLIENT			
DATE: JJ / MM / AA	ÉTAPES DE LA VIE:	OBSTACLES	PLAN DU CLIENT / PLAN D'ACCOMPAGNEMENT
	Transport		
	Respecter les dates de rendez-vous et obtenir des recharges		
	Calendrier quotidien des médicaments FE		
	Stockage des médicaments		
	Voyager loin de l'habitation		
	Assistance sociale		
	Violence / menace de violence		
	Faire face aux effets secondaires		
	Communiquer avec l'équipe de traitement		
	Usage de substances		
	Gestion des doses ratées		

INTERVENTIONS D'ASSISTANCE DES PRESTATAIRES	
OBSTACLES CLÉS	SERVICE/ OUTILS /SUPPORT
<input type="checkbox"/> Travailleur migrant	<input type="checkbox"/> Contacts téléphoniques réguliers / enregistrement des SMS. La fréquence: _____ <i>Confirmez quand le client prévoit de voyager, enregistrez ci-dessous.</i> <input type="checkbox"/> Rappels de rendez-vous par SMS / téléphone. La fréquence: ____ <input type="checkbox"/> Orientation vers une dispensation du TARV sur plusieurs mois (6 mois ou plus) <input type="checkbox"/> Planifier pour garantir l'accès au TARV au cours de son voyage <input type="checkbox"/> Identifier des contacts supplémentaires en cas de voyage / travail migrant
<input type="checkbox"/> Antécédents de la violence <input type="checkbox"/> Préoccupé par la divulgation de la violence	<input type="checkbox"/> Prévention de la violence / conseils d'intervention <input type="checkbox"/> Conseils sur la divulgation / notification aux partenaires <input type="checkbox"/> Orientation à l'aide juridique
<input type="checkbox"/> Consommation de stupéfiants	<input type="checkbox"/> Conseil en toxicomanie <input type="checkbox"/> Identification d'un compagnon de traitement / autre soutien social <input type="checkbox"/> Orientation vers la désintoxication
<b>SPÉCIFIQUE À LA POPULATION CLÉ</b>	
<input type="checkbox"/> Risque de changer le lieu / lieu pour le travail du sexe <input type="checkbox"/> Antécédents d'arrestation / d'emprisonnement / de harcèlement de la police <input type="checkbox"/> Statut de la PC inconnue des partenaires / de la famille <input type="checkbox"/> PC Jeune / adolescente <input type="checkbox"/> Facteurs de risque composés (par exemple, travailleuse du sexe transgenre, sans-abri, interactions médicamenteuses avec l'hormonothérapie, etc.)	<input type="checkbox"/> Conseil psychosocial par un prestataire formé à la prestation de services de la PC <input type="checkbox"/> Prévention de la violence spécifique à la PC, conseil et soutien <input type="checkbox"/> Orientation vers une assistance juridique <input type="checkbox"/> Conseil sur la divulgation de la famille/notification du partenaire et l'orientation <input type="checkbox"/> Orientation vers les services d'assistance sociale (pour les adolescents, les sans-abri, etc.) <input type="checkbox"/> Orientation vers des soins cliniques spécialisés pour les femmes transgenres
<input type="checkbox"/> Pauvreté / Incapable de s'absenter au travail <input type="checkbox"/> Transport <input type="checkbox"/> Statut d'assurance	<input type="checkbox"/> Identification d'un compagnon de traitement / autre soutien social <input type="checkbox"/> Orientation vers un groupe d'adhésion communautaire / dispensation <input type="checkbox"/> Orientation vers les services sociaux (par exemple, régime national d'assurance)
<input type="checkbox"/> Peur de la divulgation	<input type="checkbox"/> Conseils sur la divulgation / notification aux partenaires
<input type="checkbox"/> Dépression / santé mentale	<input type="checkbox"/> Conseil psychosocial <input type="checkbox"/> Orientation vers un soutien professionnel en santé mentale
<input type="checkbox"/> Connaissance (comprendre le TARV et le VIH) <input type="checkbox"/> Mythes / croyances	<input type="checkbox"/> Éducation sur le VIH / TAR <input type="checkbox"/> Instructions écrites <input type="checkbox"/> Pilulier hebdomadaire pour les médicaments (fournir / recommander)
<input type="checkbox"/> Manque d'assistance sociale <input type="checkbox"/> Stigmatisation	<input type="checkbox"/> Conseil psychosocial <input type="checkbox"/> Conseils sur la divulgation / notification aux partenaires <input type="checkbox"/> Orientation vers un groupe d'adhésion communautaire / de soutien par les pairs <input type="checkbox"/> Renvoi à l'aide juridique
<input type="checkbox"/> Fatigue du traitement // inconfort / effets secondaires	<input type="checkbox"/> Conseils sur la gestion des effets secondaires <input type="checkbox"/> Orientation vers un clinicien <input type="checkbox"/> Aide à la navigation (accompagnement au rendez-vous avec le clinicien)
<input type="checkbox"/> Non national	<input type="checkbox"/> Interprétation linguistique / référence aux services appropriés
<input type="checkbox"/> Autres:	<input type="checkbox"/> Autre
Priorité: <input type="checkbox"/> Risque élevé des rendez-vous ratés <input type="checkbox"/> Risque moins élevé des rendez-vous ratés	Commentaires:
Références:	Date de suivi : JJ/MM/AA Heure estimée de la journée : ____ Avant midi / Après-midi (encerclez une réponse)
Nom du prestataire (en lettres majuscules) :	Signature du prestataire :

SEANCE 2: CONSEIL SUR L'ADHÉSION	
DATE : JJ/MM/AA	
CHARGE VIRALE (SI CONNUE)	
_____ C/MM <sup>3</sup> DATE: JJ/MM/AA	
LES INTERVENTIONS DE SOUTIEN DES PRESTATAIRES	
OBSTACLES CLÉS	SERVICE/ OUTILS /SUPPORT
<input type="checkbox"/> Travail migrant	<input type="checkbox"/> Contacts téléphoniques réguliers / enregistrement des SMS. La fréquence : _____ <i>Confirmez quand le client prévoit de voyager, enregistrez ci-dessous</i> <input type="checkbox"/> Rappels de rendez-vous par SMS / téléphone. La fréquence : ____ <input type="checkbox"/> Orientation vers une dispensation de TARV sur plusieurs mois (6 mois ou plus) <input type="checkbox"/> Planifier pour garantir l'accès au TARV au cours de son voyage <input type="checkbox"/> Identifier des contacts supplémentaires en cas de voyage / travail migrant
<input type="checkbox"/> Antécédents de la violence <input type="checkbox"/> Préoccupé par la divulgation de la violence	<input type="checkbox"/> Prévention de la violence / conseils d'intervention <input type="checkbox"/> Conseils sur la divulgation / notification aux partenaires <input type="checkbox"/> Orientation à l'aide juridique
<input type="checkbox"/> Consommation des stupéfiants	<input type="checkbox"/> Conseil en toxicomanie <input type="checkbox"/> Identification d'un compagnon de traitement / autre soutien social <input type="checkbox"/> Orientation vers la désintoxication
SPÉCIFIQUE À LA POPULATION CLÉ	
<input type="checkbox"/> Risque de changer le lieu / lieu pour le travail du sexe <input type="checkbox"/> Antécédents d'arrestation / d'emprisonnement / de harcèlement de la police <input type="checkbox"/> Statut de la PC inconnue des partenaires / de la famille <input type="checkbox"/> PC Jeune / adolescente <input type="checkbox"/> Facteurs de risque composés (par exemple, travailleuse du sexe transgenre, sans-abri, interactions médicamenteuses avec l'hormonothérapie, etc.)	<input type="checkbox"/> Conseil psychosocial par un prestataire formé à la prestation de services de la PC <input type="checkbox"/> Prévention de la violence spécifique à la PC, conseil et soutien <input type="checkbox"/> Orientation vers une assistance juridique <input type="checkbox"/> Conseil sur la divulgation de la famille/notification du partenaire et l'orientation <input type="checkbox"/> Orientation vers les services d'assistance sociale (pour les adolescents, les sans-abri, etc.) <input type="checkbox"/> Orientation vers des soins cliniques spécialisés pour les femmes transgenres
<input type="checkbox"/> Pauvreté / Incapable de s'absenter au travail <input type="checkbox"/> Transport <input type="checkbox"/> Statut d'assurance	<input type="checkbox"/> Identification d'un compagnon de traitement / autre soutien social <input type="checkbox"/> Orientation vers un groupe d'adhésion communautaire/dispense <input type="checkbox"/> Orientation vers les services sociaux (par exemple, le système d'assurance nationale)
<input type="checkbox"/> Peur de la divulgation	<input type="checkbox"/> Conseil sur la divulgation/notification du partenaire
<input type="checkbox"/> Dépression / santé mentale	<input type="checkbox"/> Assistance psychosociale <input type="checkbox"/> Orientation vers un soutien professionnel de la santé mentale
<input type="checkbox"/> Connaissance (comprendre le TARV et le VIH) <input type="checkbox"/> Mythes / croyances	<input type="checkbox"/> Éducation sur le VIH et la thérapie antirétrovirale <input type="checkbox"/> Instructions écrites <input type="checkbox"/> Boîte à pilules hebdomadaire pour les médicaments (prévoir/recommander)
<input type="checkbox"/> Manque d'assistance sociale <input type="checkbox"/> Stigmatisation	<input type="checkbox"/> Assistance psychosociale <input type="checkbox"/> Conseil sur la divulgation/notification du partenaire <input type="checkbox"/> Orientation vers un groupe d'adhésion communautaire/de soutien par les pairs <input type="checkbox"/> Orientation vers l'aide juridique
<input type="checkbox"/> Fatigue du traitement // inconfort / effets secondaires	<input type="checkbox"/> Conseils sur la gestion des effets secondaires <input type="checkbox"/> Orientation vers un clinicien <input type="checkbox"/> Assistance à la navigation (accompagnement au rendez-vous avec le clinicien)
<input type="checkbox"/> Non national	<input type="checkbox"/> Interprétation de la langue / orientation vers les services appropriés

<input type="checkbox"/> Autres:		<input type="checkbox"/> Autres:
Priorité:	<input type="checkbox"/> Risque élevé des rendez-vous ratés <input type="checkbox"/> Risque moins élevé des rendez-vous ratés	Priorité:
Références:		Date de suivi : JJ/MM/AA Heure estimée de la journée : ____ Avant midi / Après-midi (encerclez une réponse)
Nom du prestataire (en lettres majuscules) :		Signature du prestataire :

<b>SÉANCE 3: CONSEIL DE L'ADHÉSION</b>	
DATE : JJ/MM/AA	
CHARGE VIRALE (SI CONNU)	
_____ C/MM <sup>3</sup> DATE : JJ/MM/AA	
<b>LES INTERVENTIONS DE SOUTIEN DES PRESTATAIRES</b>	
<b>OBSTACLES CLÉS</b>	<b>SERVICE/ OUTILS /SUPPORT</b>
<input type="checkbox"/> Travail migrant	<input type="checkbox"/> Contacts téléphoniques réguliers / enregistrement des SMS. La fréquence : _____ <input type="checkbox"/> Rappels de rendez-vous par SMS / téléphone. La fréquence _____ <i>Confirmez quand le client prévoit de voyager, enregistrez ci-dessous.</i> <input type="checkbox"/> Rappels de rendez-vous par SMS / téléphone. La fréquence : _____ <input type="checkbox"/> Orientation vers une dispensation de TARV sur plusieurs mois (6 mois ou plus) <input type="checkbox"/> Planifier pour garantir l'accès au TARV au cours de son voyage <input type="checkbox"/> Identifier des contacts supplémentaires en cas de voyage / travail migrant
<input type="checkbox"/> Antécédents de la violence <input type="checkbox"/> Préoccupé par la divulgation de la violence	<input type="checkbox"/> Prévention de la violence / conseils d'intervention <input type="checkbox"/> Conseils sur la divulgation / notification aux partenaires <input type="checkbox"/> Orientation à l'aide juridique
<input type="checkbox"/> Consommation des stupéfiants	<input type="checkbox"/> Conseil en toxicomanie <input type="checkbox"/> Identification d'un compagnon de traitement / autre soutien social <input type="checkbox"/> Orientation vers la désintoxication
<b>SPÉCIFIQUE À LA POPULATION CLÉ</b>	
<input type="checkbox"/> Risque de changer le lieu / lieu pour le travail du sexe <input type="checkbox"/> Antécédents d'arrestation / d'emprisonnement / de harcèlement de la police <input type="checkbox"/> Statut de la PC inconnue des partenaires / de la famille <input type="checkbox"/> PC Jeune / adolescente <input type="checkbox"/> Facteurs de risque composés (par exemple, travailleuse du sexe transgenre, sans-abri, interactions médicamenteuses avec l'hormonothérapie, etc)	<input type="checkbox"/> Conseil psychosocial par un prestataire formé à la prestation de services de la PC <input type="checkbox"/> Prévention de la violence spécifique à la PC, conseil et soutien <input type="checkbox"/> Orientation vers une assistance juridique <input type="checkbox"/> Conseil sur la divulgation de la famille/notification du partenaire et l'orientation <input type="checkbox"/> Orientation vers les services d'assistance sociale (pour les adolescents, les sans-abri, etc.) <input type="checkbox"/> Orientation vers des soins cliniques spécialisés pour les femmes transgenres
<input type="checkbox"/> Pauvreté / Incapable de s'absenter au travail <input type="checkbox"/> Transport <input type="checkbox"/> Statut d'assurance	<input type="checkbox"/> Identification d'un compagnon de traitement / autre soutien social <input type="checkbox"/> Orientation vers un groupe d'adhésion communautaire/dispense <input type="checkbox"/> Orientation vers les services sociaux (par exemple, le système d'assurance nationale)
<input type="checkbox"/> Peur de la divulgation	<input type="checkbox"/> Conseil sur la divulgation/notification du partenaire
<input type="checkbox"/> Dépression / santé mentale	<input type="checkbox"/> Assistance psychosociale <input type="checkbox"/> Orientation vers un soutien professionnel de la santé mentale
<input type="checkbox"/> Connaissance (comprendre le TARV et le VIH) <input type="checkbox"/> Mythes / croyances	<input type="checkbox"/> Éducation sur le VIH et la thérapie antirétrovirale <input type="checkbox"/> Instructions écrites <input type="checkbox"/> Boîte à pilules hebdomadaire pour les médicaments (prévoir/recommander)
<input type="checkbox"/> Manque d'assistance sociale <input type="checkbox"/> Stigmatisation	<input type="checkbox"/> Conseil psychosocial <input type="checkbox"/> Conseils sur la divulgation / notification aux partenaires <input type="checkbox"/> Orientation vers un groupe d'adhésion communautaire / de soutien par les pairs <input type="checkbox"/> Renvoi à l'aide juridique



<input type="checkbox"/> Fatigue du traitement // inconfort / effets secondaires		<input type="checkbox"/> Conseils sur la gestion des effets secondaires
		<input type="checkbox"/> Orientation vers un clinicien
		<input type="checkbox"/> Assistance à la navigation (accompagnement au rendez-vous avec le clinicien)
<input type="checkbox"/> Non-national		<input type="checkbox"/> Interprétation de la langue / orientation vers les services appropriés
<input type="checkbox"/> Autres:		<input type="checkbox"/> Autres:
Priorité:	<input type="checkbox"/> Risque élevé des rendez-vous ratés <input type="checkbox"/> Risque moins élevé des rendez-vous ratés	Priorité:
Références:		Date de suivi : JJ/MM/AA Heure estimée de la journée : ____ Avant midi / Après-midi (encerclez une réponse)
Nom du prestataire (en lettres majuscules) :		Signature du prestataire:

# **Annexe D**

Exemples d'interventions en cascade pour prévenir et gérer les cas de perdus de vue

### Lien avec le niveau des TARV :

- Renforcer le counseling avant et après les tests dans les établissements et la communauté, ainsi que le counseling sur les messages d'initiation au traitement, notamment I=I
- Offrir aux personnes nouvellement diagnostiquées des options de soutien (c'est-à-dire un navigateur, un éducateur, un travailleur social, un ami ou un membre de la famille) parmi lesquelles elles peuvent choisir
- Fournir une orientation accompagnée vers la clinique pour l'initiation au TARV par un pair navigateur ou un pair éducateur
- Proposer des options d'initiation au TARV le jour même ou d'initiation rapide du TARV
- Prévoir les frais de transport vers le site d'initiation du TARV
- Explorer et plaider pour l'opérationnalisation de l'initiation du TARV à base communautaire avec le Programme national de contrôle du SIDA (NACP ou autre organisme national)
- Soutenir et renforcer la communication et la synergie entre les pairs navigateurs et les professionnels de la santé

### Activités à mener avant qu'il n'y ait des personnes perdues de vue pour le suivi (LTFU)

- Proposer une "Prestation des services diversifiés" basée sur le profil individuel du TARV défini dans les procédures opératoires standard (c'est-à-dire, nouvellement diagnostiqué mais non sous TARV, nouvellement diagnostiqué mais sous TARV, patient régulier et stable, parent régulier mais non stable)
- Proposer une "Prestation des services diversifiés" aux groupes de soutien (par exemple, thèmes variés, champions sur les thèmes du TARV) en fonction du profil individuel du TARV.
- L'équipe a formé des navigateurs pairs avec les personnes vivant avec le VIH pour fournir un soutien émotionnel, médical et social afin d'assurer une observance à long terme
- Fournir des conseils spécifiques en fonction du sexe, de l'âge, du type de PC et du statut de la personne au regard du TARV
- Proposer un suivi et des rappels de rendez-vous par SMS, appels téléphoniques et visites à domicile
- Fournir un soutien en matière de communication et de transport aux pairs navigateurs pour suivre et réinscrire ces personnes perdues de vue
- Mener un plaidoyer pour le MMS/MMD pour les personnes des populations clés qui ont des besoins particuliers (déplacements, longue distance des installations, personnes qui expriment le besoin)
- Sensibiliser et encourager les personnes vivant avec le VIH à demander un transfert officiel/documenté lorsqu'ils se déplacent d'une région à l'autre
- Fournir le TLD d'urgence (orientation nationale)
- Effectuer une évaluation pour déterminer la probabilité de non-observance (voir pg 20, "Apprentissage automatique pour prévoir et prévenir la perte de suivi")

### Gestion des personnes perdues de vue:

- Encourager la collaboration/synergie entre les travailleurs de sensibilisation et les établissements pour le suivi des patients qui manquent leurs rendez-vous
- Effectuer un suivi quotidien des personnes non adhérentes avec un suivi actif par le biais d'appels téléphoniques, de visites à domicile et de réseaux sociaux
- Engager du personnel communautaire supplémentaire pour suivre, conseiller et réintégrer les personnes qui ont été perdues de vue
- Fournir un soutien en matière de communication et de transport aux pairs navigateurs pour suivre et réinscrire ces personnes
- Fournir des groupes de soutien et un soutien psychosocial supplémentaire aux personnes qui ont abandonné leur traitement afin de les aider à surmonter les obstacles et à définir des solutions pour parvenir à la suppression virale
- Effectuer des évaluations formatives périodiques pour déterminer les causes profondes, par site, sur les raisons pour lesquelles les personnes sont en situation d'abandon de traitement et pour mieux comprendre qui revient en traitement et pourquoi
- Suivre les raisons des rendez-vous manqués et assurer la prestation de services par roulement, le cas échéant, y compris aux niveaux structurel, collectif et individuel ; faire rapport sur les raisons de l'absentéisme
- Encourager la communication entre les équipes provinciales sur les déplacements de ces personnes non adhérentes si elles sont identifiées comme se déplaçant dans différentes provinces pour être inscrites sur les soins.

# **Annexe E**

Conditions du PEPFAR en  
matière de site pour les services  
centrés sur le client<sup>33</sup>

Les catégories suivantes comprennent les politiques, les pratiques et les activités de programme dont l'efficacité à fidéliser les clients a été démontrée. Les unités opérationnelles (OUs) doivent s'occuper de chaque catégorie dans chaque site soutenu par le PEPFAR et peuvent adapter les interventions aux besoins des clients et cibler ceux qui sont le plus à risque de devenir des personnes non adhérentes. Les programmes doivent identifier d'autres facteurs qui contribuent à la non adhérence et les nouveaux modèles et approches pour préserver l'adhésion au fur et à mesure que la population vieillit et que la taille de la communauté VIH s'accroît. Ces meilleures pratiques sont classées en conséquence:

### Pratique

- Dispense de plusieurs mois (MMD) et espacement des rendez-vous
- Services communautaires de lancement de traitement, de liaison, de navigation et d'aide à l'adhésion soutenus par les pairs
- Temps d'attente mesurés avec des interventions spécifiques pour les réduire, en particulier pour les clients qui travaillent (par exemple, procédure accélérée pour ceux qui travaillent) ; la durée des visites à la clinique (y compris la collecte de spécimens de charge virale et les services connexes) et les temps de ramassage des médicaments doivent être inférieurs à une heure entre l'arrivée et le départ du patient
- Heures d'ouverture prolongées pour les clients qui travaillent (y compris tôt le matin, le soir et le week-end)
- Des lieux plus pratiques (par exemple, l'extension des établissements dans la communauté) et des procédures qui favorisent le renouvellement accéléré des ARV
- Aide au transport

### Accueillant et amical

- Créer un environnement accueillant et des approches centrées sur le client
- Formations de recyclage régulières et rappels visuels sur les spécificités des soins centrés sur l'être humain
- Le personnel comprend les pairs des patients (par exemple, les patients, les hommes, les représentants des populations clés) en essayant de faire correspondre le patient et le personnel par groupe de pairs
- Les politiques et pratiques en matière de droits, de stigmatisation et de discrimination sont affichées, abordées spécifiquement dans les formations et appliquées
- Financement intégral et utilisation des organisations à assise communautaire (OAC) pour garantir que les sites sont orientés vers le client

### Soutien et réactif

- Système d'orientation et de liaison des services
- Sensibilisation par les pairs et/ou gestion de cas pour l'établissement de liens et le maintien de l'aide financière et non pas comme un travail bénévole
- Faire un suivi (contrôle et suivi réguliers et systématiques des registres de patients pour les interruptions de traitement) et réengagement accéléré des clients en cas d'interruption de traitement
- Système de rappel de rendez-vous préalable avec priorité aux groupes à haut risque/vulnérables (par exemple, clients avec charge virale non supprimée, enfants)

- La prophylaxie pré-exposition et services de prévention offerts aux personnes à haut risque de contracter le VIH
- La satisfaction des clients est contrôlée régulièrement et validée de manière indépendante par les groupes des organisations de la société civile des PVVIH qui sont financés
- Pistes pour les soins d'urgence et les visites sans rendez-vous
- Système permettant d'appeler les patients pour leur renvoyer les résultats de laboratoire ou pour répondre à leurs questions
- Système développé pour que 100% des clients de 15 ans et plus, et des soignants de personnes de moins de 14 ans, reçoivent les résultats de la charge virale

### Redevable et géré

- Engagement des parties prenantes : un conseil consultatif communautaire composé de représentants des clients
- Prise en compte de l'avis des clients dans la conception, le suivi et l'amélioration des services
- Utilisation régulière des données pour analyser les questions de rétention/défaillants, avec développement d'interventions pour améliorer l'observance (recherche opérationnelle en cours)
- Soutien et évaluation des performances du personnel
- Amélioration continue de la qualité (pratiques au niveau des sites qui font participer les employés et utilisent les données des clients et des programmes pour des améliorations continues dans les domaines de la commodité, de l'accueil, de la réactivité et du soutien efficace)

### La reprise du traitement des clients dont le traitement a été interrompu est une grande priorité pour tous les sites de traitement et nécessite des efforts coordonnés de la part des établissements et de la communauté.

- Messages de "bienvenue encore une fois" cohérents et affirmatifs qui évitent les conséquences négatives de l'interruption des soins et fournissent un renforcement positif pour le réengagement.
- Les solutions doivent être adaptées à chaque client. Par exemple, si le problème est lié à la distance à parcourir pour se rendre à la clinique, le client doit être soutenu par des rendez-vous de six mois et par un suivi téléphonique de routine pendant six mois. L'accès aux médicaments de longue durée ne devrait pas exiger des clients qu'ils prouvent qu'ils prennent leurs médicaments.
- Services de réengagement rapide - systèmes d'information des patients structurés pour l'identification rapide des clients qui manquent des rendez-vous ou des dates de prise de médicaments, la sensibilisation et le contact avec le client par le personnel approprié des pairs et de la communauté, l'évaluation du statut du client depuis la dernière visite enregistrée à la clinique, y compris l'utilisation d'ARV, les symptômes ou diagnostics actuels et actifs, les antécédents sexuels pour l'orientation des partenaires vers des tests de dépistage, et la gestion de cas pour identifier et traiter les obstacles au réengagement et à l'utilisation d'ARV à long terme.
- Transition vers le traitement - protocoles opérationnels et protocoles d'accord pour relier rapidement les clients de leur domicile/communauté aux sites de traitement, évaluation de l'état de préparation des clients par le gestionnaire de cas ou le travailleur de proximité, transport et services accessibles de prise de rendez-vous et de programmation, et transmission des informations sur les clients aux établissements pour s'assurer que le rendez-vous a été pris.

# Annexe F

Le suivi du PEPFAR et le repérage des procédures opérationnelles standard pour le lien et la rétention [33]<sup>1</sup>

---

1. <https://www.pepfarsolutions.org/tools-2/2019/1/4/loss-to-follow-up-tool>



### Rendez-vous manqué :

Un patient qui a manqué un rendez-vous ou une prise de médicaments et pour lequel sept jours ou plus se sont écoulés depuis ce rendez-vous

### Perdu de vue (LTFU) :

Un patient pour lequel quatre semaines ou plus se sont écoulées depuis qu'il a raté son rendez-vous ou sa prise de médicaments (par indicateur PEPFAR MER TX\_ML)

Identifier toutes les PVVIH qui n'ont pas été lié avec succès TARV et celles qui ont manqué des rendez-vous ou qui sont des non adhérents en utilisant les registres de test et de counseling, les registres de rendez-vous, les listes de rendez-vous manqués, les journaux de suivi et les rapports de défaillances des systèmes de dossiers médicaux électroniques (EMRs).

### Lien avec les soins (initiation au TARV) :

Examiner les registres des TARV, les dossiers médicaux électroniques et les dossiers des patients pour identifier tous les patients séropositifs nouvellement identifiés dans les registres de dépistage du VIH et de counseling qui n'ont pas commencé un TARV le même jour que le diagnostic.

- a. Les personnes qui ne l'ont pas commencé le même jour doivent être désignées pour retourner à la clinique pour des conseils supplémentaires et l'initiation au TARV par le conseiller/l'infirmier ou le responsable de la liaison et de la rétention dans un délai de trois à sept jours, à moins que le patient n'ait pas commencé pour des raisons médicales.
- b. Si le patient ne revient pas, essayez de le contacter par téléphone et de l'informer des avantages du TARV, demandez-lui les raisons de son absence à la clinique et encouragez les personnes nouvellement identifiées à se rendre à la clinique pour un rendez-vous et l'initiation du TARV dans les sept jours et, si elles ne se présentent pas, contactez et replanifiez dans les 14 jours suivant le diagnostic.
- c. Si le patient n'est pas joint par le personnel de la clinique dans les 14 jours suivant le diagnostic, renvoyer le patient à l'agent communautaire pour un suivi afin qu'il se rende à la clinique et suive un TARV dès que possible.
- d. Documenter les tentatives/contacts et les résultats de tous les efforts de repérage dans le registre de suivi, le dossier du patient et le dossier médical électronique.

### Rendez-vous manqué / non adhérents (LTFU):

- e. À la fin de chaque journée, les registres de rendez-vous, les agendas, les listes de patients prévus, etc. doivent être examinés et tous les patients qui ne se sont pas présentés à leur rendez-vous doivent être ajoutés à un registre de suivi (ou registre de rendez-vous manqués) ; les noms et les coordonnées doivent être inscrits dans le registre de suivi (voir les échantillons A et B du pays).
- f. Si le patient n'est pas revenu après sept jours, il doit être contacté par l'infirmier de la clinique ou par le responsable de la liaison et de la rétention, et un nouveau rendez-vous doit être fixé (le délai peut varier selon les directives du pays ; cependant, de nombreux patients reviennent d'eux-mêmes dans la semaine qui suit).
- g. Lorsque les dossiers médicaux électroniques sont disponibles, utilisez-les pour générer des listes de patients qui ont manqué des rendez-vous ou qui n'ont pas pris leurs médicaments comme prévu au cours des sept derniers jours (rendez-vous manqué) et des quatre dernières semaines (LTFU).
- h. Appeler les patients qui ne sont pas revenus à la clinique et donnez des rendez-vous si le patient est joint directement.

- i. Donner la priorité aux appels des patients ayant manqué leurs derniers rendez-vous, des patients récemment mis sous TARV, des patients ayant une charge virale élevée, des femmes enceintes et des enfants.
- j. Les gestionnaires données doivent vérifier que les listes sont à jour, en se basant sur les dossiers des patients, et s'assurer que les patients qui sont inscrits à des programmes de "Prestation des services diversifiés (DSD) (par exemple, le retrait de médicaments externes, les CASG, etc.) et qui sont toujours à jour n'apparaissent pas sur ces listes (il est utile de s'assurer que les dates de rendez-vous prévues pour les patients inscrits au "Prestation des services diversifiés" sont entrées dans le système de dossiers médicaux électronique).
- k. Les infirmiers, conseillers ou agents de liaison et de rétention de la clinique doivent tenter de contacter les patients par téléphone au moins trois fois pour programmer une visite de retour à la clinique, et toutes les tentatives/contacts doivent être documentés dans un registre de suivi.
- l. Tous les résultats des appels, y compris les transferts, les décès, les défaillements, les patients retournés à la clinique, etc. doivent être enregistrés dans le registre de suivi, le dossier du patient et dans le dossier médical électronique.
- m. Vérifier le registre du TARV, le dossier du patient et le dossier médical électronique pour voir si le patient est retourné à la clinique et a été vu dans la clinique VIH, s'il a commencé ou recommencé un TARV.
- n. Si vous ne pouvez pas joindre le patient directement, appelez le responsable du traitement dont les coordonnées figurent dans le dossier du patient.
- o. Après trois tentatives téléphoniques infructueuses et si le patient n'est pas retourné à la clinique, vérifiez si possible le système national de laboratoire pour voir si le patient a des tests de laboratoire liés au VIH (par exemple, charge virale) associés à une autre clinique. Si c'est le cas, appelez la clinique et vérifiez que le patient est bien pris en charge et en traitement dans cette clinique et remplissez les documents de transfert.
- p. S'il est impossible de joindre ou de localiser le patient, orientez le patient vers des activistes communautaires pour des visites à domicile afin d'essayer de localiser le patient et de le renvoyer aux soins ou au traitement.
- q. Si le patient revient à une date ultérieure, mettez à jour le registre de suivi et assurez-vous que le dossier du patient et le dossier médical électronique comportent des documents relatifs à la visite du patient.

### Stratégies de suivi et de repérage - appels téléphoniques

- Veillez à ce que tous les patients donnent leurs coordonnées téléphoniques et personnelles détaillées et fournissent le nom et les coordonnées d'un soutien au traitement ou d'un membre de la famille de confiance pour tout contact ultérieur.
- Ayez le dossier du patient et familiarisez-vous avec lui avant de passer l'appel, en particulier la date de la dernière visite et le but du rendez-vous (par exemple, initiation d'un traitement antirétroviral, renouvellement d'un traitement antirétroviral).
- Échelonnez les appels à différents moments de la journée et à différents jours - si possible le soir et le week-end - afin de maximiser les chances de joindre le patient.
- Envisagez d'utiliser des téléphones portables si possible pour les appels, car de nombreux patients n'ont pas ou ne veulent pas décrocher de ligne fixe.
- Si le patient est injoignable et que les appels vont directement sur sa boîte vocale, envoyez des SMS (voir exemple C).
- Si quelqu'un répond au téléphone, demandez-lui son nom pour vous assurer qu'il s'agit bien du patient ou

de la personne qui le soutient dans son traitement. La personne qui appelle ne doit pas communiquer les informations sur le patient à des personnes non autorisées (par exemple, celles qui ne sont pas inscrites comme soutien au traitement).

- Si le patient est décédé, a été transféré ou n'a pas consenti à des visites à domicile (si nécessaire selon les directives du pays), alors enregistrez ces informations (y compris le nouvel établissement de traitement pour les patients qui ont été transférés) dans le registre de suivi, le dossier du patient et dans le dossier médical électronique.

### Stratégies de traçage et de suivi - visites à domicile

- Après trois tentatives infructueuses pour joindre le patient ou le soutien au traitement par téléphone, ou si le patient ne se présente pas après avoir été joint par téléphone plusieurs fois, renvoyer le cas pour des visites à domicile par un activiste communautaire.
- Documenter la référence et la date de la référence dans le registre de suivi et dans le dossier du patient.
- Les agents communautaires doivent effectuer des visites à domicile à des jours et des heures différents, y compris le soir et le week-end si possible, afin de maximiser les chances de trouver le patient à son domicile.
- Effectuer une visite à domicile pour les patients qui n'ont pas établi de lien (qui ont commencé un traitement antirétroviral) ou qui ont manqué des rendez-vous 7, 14 et 28 jours après avoir été référés (il peut être nécessaire d'adapter cette visite pour la rendre conforme aux directives ou aux procédures opérationnelles standard du pays).
- Poursuivre le suivi et la recherche des patients au-delà de quatre semaines pour essayer de les faire revenir en soins ou en traitement ; suivre les directives nationales pour le suivi de la rétention.
- Si un contact est établi, le patient doit être conseillé sur l'importance d'un traitement précoce et cohérent et encouragé à revenir aux soins ; le patient doit recevoir un rendez-vous dans la clinique de son choix pour le jour et l'heure qui lui conviennent le mieux.
- L'agent communautaire doit faire un rapport à son superviseur au moins une fois par semaine avec l'état des contacts, les dates de rendez-vous des patients, et pour recevoir un retour d'information sur les personnes qui sont revenues à la clinique et qui peuvent être exclues.
- Les superviseurs des agents communautaires doivent rencontrer au moins une fois par semaine l'infirmier/ conseiller/agent de liaison et de rétention de la clinique afin de comparer les références avec le registre des TARV, le registre de suivi, les dossiers des patients et le dossier médical électronique pour savoir qui a été contacté et nommé, et qui a repris les soins/initié/repris les TARV.
- Une communication régulière entre le personnel de l'établissement et celui de la communauté est essentielle pour assurer le suivi et la localisation des patients et obtenir les résultats de chaque référence.
- Si le patient ne peut être localisé par les contacts de la clinique ou de la communauté, des efforts doivent être faits pour localiser le patient par le biais des dossiers médicaux électroniques (DME), tels que les systèmes de laboratoire nationaux, pour voir si le patient a été transféré dans une autre clinique.
- Si le patient a un résultat clair (injoignable à domicile, mort, transféré à l'extérieur, traitement arrêté), il faut documenter le résultat dans la fiche de suivi, le registre des TARV, le dossier du patient et dans les dossiers médicaux électroniques.

### Stratégies de repérage et de suivi - visites à domicile

Un registre de suivi ou un registre des rendez-vous manqués doit être mis en place dans tous les établissements où le TARV est initié et/ou fourni. Ce registre devrait contenir les informations nécessaires pour suivre les clients/patients, les méthodes utilisées pour tenter de les contacter et les résultats de chaque tentative de contact. Sa structure doit permettre une tabulation facile des résultats afin de faciliter le suivi et le rapport ; ceci est important pour la gestion des partenaires et le suivi de la mise en œuvre des services, et plus particulièrement pour soutenir le rapport de l'indicateur TX\_ML MER.

Les registres de suivi ou les registres de rendez-vous manqués doivent comprendre des colonnes pour les informations de contact, les dates de rendez-vous manqués, les méthodes de tentative de contact, les dates des activités de contact et les événements qui en résultent pour les résultats d'intérêt : décès (confirmé), transfert de patient précédemment non documenté (confirmé), patient retrouvé (impossible à localiser), n'a pas tenté de retrouver le patient. Les résultats de la recherche peuvent être résumés pour la période de référence spécifique sur des fiches de comptage qui comprennent des désagréations par âge et par sexe.

