

Améliorer d'urgence l'accès aux traitements  
antirétroviraux dans les pays à ressources  
limitées : recommandations techniques  
et opérationnelles en vue de traiter trois  
millions de personnes d'ici 2005



Rapport d'une réunion internationale  
de consensus de l'OMS et de l'ONUSIDA  
sur les recommandations techniques  
et opérationnelles relatives à une  
généralisation rapide de l'accès à  
la thérapie antirétrovirale dans les pays  
à ressources limitées, 18-21 novembre  
2003, Lusaka (Zambie)



**Améliorer d'urgence l'accès aux traitements  
antirétroviraux dans les pays à ressources  
limitées : recommandations techniques  
et opérationnelles en vue de traiter trois  
millions de personnes d'ici 2005**



Organisation mondiale de la Santé  
Genève  
2004

# Remerciements

---

**L**a Fondation Rockefeller a largement contribué au financement et à la préparation de la réunion. L'ONUSIDA et l'Alliance internationale contre le VIH/SIDA ont également apporté une contribution financière.

L'OMS remercie tous ceux qui ont préparé la réunion ou qui y ont participé. Kathy Shapiro et Hayet Souissi, le Bureau du représentant de l'OMS en Zambie et le Bureau régional OMS de l'Afrique ont fourni un appui technique pour ce projet. Ian Grubb, Craig McClure, Amolo Okero et Jos Perriens ont participé à la rédaction du rapport.

---

## Catalogage à la source : Bibliothèque de l'OMS

Réunion internationale de consensus de l'OMS et de l'ONUSIDA sur les recommandations techniques et opérationnelles relatives à une généralisation rapide de l'accès à la thérapie antirétrovirale dans les pays à ressources limitées (2003 : Lusaka, Zambie).

Améliorer d'urgence l'accès aux traitements antirétroviraux dans les pays à ressources limitées : recommandations techniques et opérationnelles en vue de traiter trois millions de personnes d'ici 2005 : rapport d'une réunion internationale de consensus de l'OMS et de l'ONUSIDA sur les recommandations techniques et opérationnelles relatives à une généralisation rapide de l'accès à la thérapie antirétrovirale dans les pays à ressources limitées, 18-21 novembre 2003, Lusaka (Zambie)

1. Agents antirétroviraux – ressources et distribution 2. Infection à VIH – thérapeutique 3. SIDA – thérapeutique 4. Priorités en santé – organisation et administration 5. Planification stratégique 6. Participation consommateurs 7. Pays en développement I. Titre.

ISBN 92 4 259138 6

(Classification NLM: WC 503.2)

## © Organisation mondiale de la Santé 2004

Tous droits réservés. Il est possible de se procurer les publications de l'Organisation mondiale de la Santé auprès de l'équipe Marketing et diffusion, Organisation mondiale de la Santé, 20 avenue Appia, 1211 Genève 27 (Suisse) (téléphone : +41 22 791 2476; télécopie : +41 22 791 4857; adresse électronique : [bookorders@who.int](mailto:bookorders@who.int)). Les demandes relatives à la permission de reproduire ou de traduire des publications de l'OMS – que ce soit pour la vente ou une diffusion non commerciale – doivent être envoyées à l'unité Publications, à l'adresse ci-dessus (télécopie : +41 22 791 4806; adresse électronique : [permissions@who.int](mailto:permissions@who.int)).

Les appellations employées dans la présente publication et la présentation des données qui y figurent n'impliquent de la part de l'Organisation mondiale de la Santé aucune prise de position quant au statut juridique des pays, territoires, villes ou zones, ou de leurs autorités, ni quant au tracé de leurs frontières ou limites. Les lignes en pointillé sur les cartes représentent des frontières approximatives dont le tracé peut ne pas avoir fait l'objet d'un accord définitif.

La mention de firmes et de produits commerciaux n'implique pas que ces firmes et ces produits commerciaux sont agréés ou recommandés par l'Organisation mondiale de la Santé, de préférence à d'autres de nature analogue. Sauf erreur ou omission, une majuscule initiale indique qu'il s'agit d'un nom déposé.

L'Organisation mondiale de la Santé ne garantit pas l'exhaustivité et l'exactitude des informations contenues dans la présente publication et ne saurait être tenue responsable de tout préjudice subi à la suite de leur utilisation.

Imprimé en France

# Table des matières

---

Introduction .....	2
Contexte .....	3
<b>1. Les personnes vivant avec le VIH/SIDA et les communautés sont les moteurs du traitement antirétroviral .....</b>	<b>7</b>
<b>2. Service de soins et de prévention essentiels à l'appui des traitements antirétroviraux .....</b>	<b>11</b>
<b>3. Prestations de services, ressources humaines et formation .....</b>	<b>18</b>
<b>4. Organisation de l'approvisionnement .....</b>	<b>22</b>
<b>5. Information stratégique .....</b>	<b>26</b>
<b>Annexe 1. Liste des participants .....</b>	<b>31</b>
<b>Annexe 2. Groupe de travail préparatoires .....</b>	<b>37</b>

# Introduction

---

**V**ous trouverez dans les pages qui suivent le rapport de la réunion internationale de consensus de l'OMS et de l'ONUSIDA sur les recommandations techniques et opérationnelles relatives à la généralisation rapide de l'accès à la thérapie antirétrovirale dans les pays à ressources limitées, qui s'est tenue à Lusaka (Zambie) du 18 au 21 novembre 2003. Elle a réuni plus de cent experts, notamment des personnes vivant avec le VIH/SIDA, des défenseurs des traitements, des représentants des institutions spécialisées des Nations Unies, des chercheurs, des responsables de différents pays, des décideurs, des donateurs et des représentants d'organisations non gouvernementales intervenant dans le traitement, les soins et le soutien lié au VIH/SIDA. Le but de la réunion et des travaux préparatoires effectués par cinq groupes aux mois de septembre et d'octobre 2003 était d'élaborer des recommandations techniques et opérationnelles pour orienter la généralisation d'urgence de la thérapie antirétrovirale pour les personnes qui vivent avec le VIH/SIDA dans les pays à ressources limitées.

Les recommandations contenues dans ce rapport serviront à élaborer un manuel technique et opérationnel sur la généralisation des traitements antirétroviraux qui doit être publié par l'OMS et l'ONUSIDA début 2004.

# Contexte

## Le déficit mondial en matière de traitement du SIDA constitue une urgence sanitaire de portée mondiale

Plus de 40 millions de personnes vivent avec le VIH/SIDA, dont 95 % habitent dans des pays à ressources limitées. L'OMS et l'ONUSIDA estiment qu'au moins 6 millions d'entre elles souffrent d'une pathologie associée au VIH à un stade avancé et ont immédiatement besoin d'un traitement antirétroviral. De ces 6 millions de personnes, 4,1 millions vivent en Afrique subsaharienne, où les systèmes de santé sont insuffisants et où il est actuellement difficile de bénéficier de prévention, de soins et d'un traitement.

Le 22 septembre 2003, lors de la cinquante-huitième session de l'Assemblée générale des Nations Unies, LEE Jong-wook, Directeur général de l'OMS, et Peter Piot, Directeur exécutif de l'ONUSIDA, ont déclaré que le déficit en matière de traitement du SIDA constituait une urgence de santé publique. L'OMS et l'ONUSIDA conduisent une démarche internationale pour faire face à cette situation d'urgence – l'initiative «3 millions d'ici 2005» – dont l'objectif est de fournir un traitement antirétroviral à trois millions de personnes dans les pays à ressources limitées d'ici fin 2005.

## L'initiative 3 millions d'ici 2005 pour combler le déficit en matière de traitement

La cible de «3 millions d'ici 2005», mesurable et limité dans le temps, a pour but ultime, l'accès universel à la thérapie antirétrovirale pour ceux qui en ont besoin selon des critères médicaux. L'OMS a élaboré une stratégie qui souligne comment l'Organisation contribuera à atteindre cet objectif. Cette stratégie est basée sur une approche de santé publique du traitement antirétroviral dont les éléments principaux sont les suivants :

- ▮ protocoles thérapeutiques standardisés et surveillance clinique simplifiée ;
- ▮ utilisation optimale des infrastructures et des ressources humaines existantes;
- ▮ participation des personnes qui vivent avec le VIH/SIDA et des communautés à la conception et à la mise en œuvre des programmes;
- ▮ tenue simplifiée des dossiers; et
- ▮ réduction des coûts à un minimum, notamment pour les médicaments et les produits diagnostiques.

## Elaboration de stratégies techniques et opérationnelles

Dans le cadre de sa contribution à l'initiative «3 millions d'ici

2005», l'OMS a d'abord mené des consultations pour déterminer quelles mesures il fallait prendre immédiatement dans les pays à ressources limitées afin d'étendre rapidement l'accès aux traitements antirétroviraux.

En septembre 2003, cinq groupes de travail composés de personnes ayant une expérience concrète de la mise en œuvre des projets et des programmes de traitement dans les pays à ressources limitées ont été constitués. Ces groupes de travail ont communiqué par téléconférence et par courrier électronique pour mettre sur pied des projets de recommandations sur les aspects techniques et opérationnels de la généralisation des traitements antirétroviraux sur les thèmes suivants :

- ▮ les personnes qui vivent avec le VIH/SIDA et les communautés en tant que moteurs des traitements antirétroviraux;
- ▮ services de soins et de prévention nécessaires pour soutenir la thérapie ;
- ▮ ressources humaines, prestations de services et formation;
- ▮ organisation de l'approvisionnement; et
- ▮ information stratégique.

Les groupes de travail se sont réunis à Lusaka (Zambie) les 18 et 19 novembre 2003 pour examiner et préciser leurs recommandations préliminaires qui ont ensuite été présentées à la réunion organisée du 19 au 21 novembre 2003, également à Lusaka, à laquelle a participé un large éventail de représentants de la société civile et des secteurs public et privé. A cette occasion, les recommandations ont encore été précisées et un consensus a été trouvé sur les questions les plus importantes.

A l'issue de la réunion, l'OMS a consolidé et harmonisé les recommandations portant sur chaque domaine thématique et a préparé le présent rapport.

## Objectif du rapport

Le rapport vise à aider ceux qui mettent en œuvre les programmes de traitement antirétroviral dans les pays à ressources limitées à agir plus vite en sachant quelles recommandations suivre et quelles actions mener en priorité pour fournir immédiatement un traitement antirétroviral.

Ce rapport est principalement destiné aux pays à revenu faible et intermédiaire où l'épidémie est généralisée et/ou où elle se propage rapidement. Le rapport peut être utilisé dans le secteur public, dans le secteur privé et dans les organisations non gouvernementales, y compris dans les associations communautaires et confessionnelles de personnes qui vivent avec le VIH/SIDA et aussi dans le cadre des programmes sur les lieux de travail.

## Structure du rapport

Le rapport précise les principes fondamentaux, les hypothèses de base et les définitions sur lesquelles les recommandations sont fondées. Il est divisé en cinq sections. Des informations d'ordre général sont d'abord présentées, puis des recommandations et les actions à mener en priorité à chacun des quatre niveaux du système de santé (Encadré 1) d'après les données disponibles et l'expérience acquise.

Les recommandations et les actions à mener en priorité sont indiquées pour les phases 1 et 2 de la généralisation de l'accès au traitement (le cas échéant). La phase 1 correspond aux mesures d'urgence dans le cadre desquelles tous les efforts entrepris visent à exploiter les ressources et les capacités dis-

ponibles pour fournir immédiatement un traitement antirétroviral à autant de personnes que possible. La phase 2 correspond à l'élargissement et à la consolidation des activités de la phase 1 dans le but d'améliorer progressivement la qualité et d'étendre peu à peu les services, de renforcer les ressources humaines et la participation communautaire et de mieux intégrer les nouvelles activités à tous les secteurs intervenant dans les soins de santé primaires.

La dernière section du rapport résume les recommandations de l'OMS pour un suivi immédiat dans le cadre de l'initiative «3 millions d'ici 2005».

### Encadré 1. Niveaux du système de santé

#### Le niveau communautaire

Les communautés englobent les personnes qui vivent avec le VIH/SIDA et les associations communautaires, confessionnelles et les autres organisations non gouvernementales auxquelles elles appartiennent, ainsi que les services de soins communautaires et à domicile auxquels elles ont recours. On trouve également dans les communautés des postes de santé qui emploient généralement une infirmière auxiliaire ou un agent de santé communautaire.

#### Le niveau des centres de santé

Les centres de santé constituent le premier niveau du système de santé officiel. Dans le présent rapport, l'expression «centres de santé» s'entend d'établissements plus grands que ceux du niveau inférieur, qui peuvent disposer de personnel qualifié tel qu'une infirmière ou un médecin et où les horaires de travail sont plus réguliers. Ces centres offrent généralement des services de laboratoire et obstétricaux.

#### Le niveau du district

Les districts disposent habituellement d'un hôpital offrant des services de médecine générale, pédiatriques et obstétricaux, des interventions chirurgicales limitées, des possibilités d'hospitalisation et d'accueil de jour et, quelquefois, des soins spécialisés. Les centres de santé et les praticiens privés du district orientent les patients vers cet hôpital.

A l'hôpital de district, le personnel est généralement composé d'un ou plusieurs médecins généralistes, d'infirmières, d'un préparateur en pharmacie ou d'un employé de pharmacie, d'un aide-soignant, d'une aide-infirmière et d'un laborantin. Les analyses généralement pratiquées en laboratoire sont la numération formule sanguine, le frottis sanguin (paludisme), le frottis d'expectoration (tuberculose), la sérologie VIH et syphilis et le dosage des enzymes hépatiques. Il y a souvent, dans les districts, des hôpitaux privés et de mission qui peuvent être associés à des centres de santé et reliés à d'autres niveaux de soins.

Sous la responsabilité du médecin de district, les équipes soignantes sont chargées d'intégrer les services offerts par les diverses organisations publiques et privées dans le district et de coordonner, de contrôler et de superviser les programmes portant sur un domaine spécifique (programme élargi de vaccination, tuberculose, VIH/SIDA, par exemple).

#### Niveau central

Au niveau central, les hôpitaux proposent des soins de niveau tertiaire, généraux et spécialisés, destinés aux patients souffrant de pathologies aiguës ou complexes. Ils disposent de services de chirurgie et de plusieurs services d'hospitalisation ou d'accueil de jour. Les prestataires présents dans ces hôpitaux prodiguent toute la gamme des soins (médecine générale, soins aigus et chroniques (pour le VIH/SIDA et autres)). On peut quelquefois avoir accès à des services de laboratoire complets et à des laboratoires de référence en mesure d'effectuer une analyse chimique du sang, de faire une numération de CD4 et de déterminer la charge virale. Les orientations générales sont également déterminées au niveau central.

## Hypothèses de base

Le rapport concerne principalement les actions à mener en priorité dans les services au niveau des communautés, des centres de santé et des districts. L'engagement politique, la mobilisation des ressources, les démarches juridiques à entreprendre et le choix des orientations, cruciaux pour améliorer l'accès aux traitements antirétroviraux, n'entrent pas dans le cadre du présent rapport. Les éléments suivants sont donc considérés comme acquis ou actuellement mis en place dans chaque pays, parallèlement à l'instauration des traitements antirétroviraux :

- ▮ engagement politique au plus haut niveau en faveur des traitements antirétroviraux;
- ▮ ressources financières suffisantes pour la mise en œuvre des traitements;
- ▮ approvisionnement continu;
- ▮ cadre réglementaire favorable à la formation et à l'homologation des nouveaux cadres de la santé et des agents communautaires; et
- ▮ recommandations nationales relatives aux traitements antirétroviraux, aux soins et à la formation.

## Principes

Le rapport a été inspiré et orienté par les principes ci-après :

- ▮ Le traitement antirétroviral doit être fourni équitablement à tous ceux qui en ont besoin, y compris aux enfants, aux femmes, aux hommes et à toutes les populations vulnérables, notamment aux travailleurs du sexe, aux toxicomanes, aux hommes qui ont des relations homosexuelles, aux personnes déplacées, aux détenus et aux travailleurs migrants.
- ▮ Il faut établir des partenariats innovants et multisectoriels entre les secteurs public et privé et la société civile afin de généraliser effectivement les traitements antirétroviraux.
- ▮ Les programmes de traitement doivent renforcer d'une manière générale les systèmes de santé et les soins de santé primaires.
- ▮ Les personnes qui vivent avec le VIH/SIDA et les communautés, qui conçoivent et appliquent les programmes, bénévolement et aussi à titre onéreux, doivent être les moteurs du mouvement tendant à l'accès universel aux traitements antirétroviraux. Les programmes pilotes de traitement qui ont donné les meilleurs résultats dans les pays à ressources limitées ont fait de l'engagement communautaire un élément central de la planification et de la mise en œuvre. Si les programmes ne correspondent pas aux besoins de la communautés, ils ne seront pas utilisés.

- ▮ Pour concevoir et mettre en œuvre un programme de traitement, il faut adopter une approche fondée sur les droits qui consiste principalement à permettre aux individus et à leurs communautés d'accéder à l'autonomie en les plaçant au centre des services de santé. Les données indiquent que la violation des droits des plus vulnérables à l'infection entretient l'épidémie. Pour une riposte efficace, certains droits doivent être garantis, notamment le droit à la santé, le droit à connaître son statut sérologique, le droit à la formation, le droit au respect de la vie privée et le droit à la non-discrimination.

La majorité des participants ont considéré que le traitement antirétroviral devait être fourni gratuitement tandis qu'une minorité a signalé qu'il ne fallait pas ériger cette gratuité en principe, car elle serait difficile à mettre en œuvre dans de nombreux systèmes de santé.

## Définitions

Dans le présent rapport, les termes ci-après sont définis comme suit :

**Traitement antirétroviral** – Antirétroviraux et services essentiels nécessaires au traitement (soutien du traitement et examens de laboratoire).

**Antirétroviraux** – Médicaments essentiels pour traiter l'infection à VIH.

**Accès universel** – Mise à disposition d'un service ou d'un bien pour tous ceux qui en ont besoin selon des critères médicaux, sans considération de classe, de race, de sexe, de religion, de statut socio-économique, d'orientation sexuelle ou de nature individuelle, culturelle ou autre.

**Aide à l'observance** – Composante du soutien au traitement visant à aider les patients à prendre leurs médicaments conformément à la prescription.

**Soutien du traitement** – Soutien pour les gens qui bénéficient d'un traitement antirétroviral, qui comprend la prévention, l'observance et le soutien psychosocial.

**Auxiliaire** – Membre qualifié de la communauté, rétribué ou bénévole, qui aide à la prise du traitement.

**Agent de santé communautaire** – Agent de santé qualifié qui vit au sein de la communauté et qui travaille en équipe avec les autres agents du secteur de la santé et du développement. Il représente le premier point de contact de l'individu avec le système de santé. Les catégories d'agents de santé communautaires varient d'un pays et d'une communauté à l'autre, selon les

# Contexte

---

besoins et les ressources disponibles pour les satisfaire. Dans de nombreuses sociétés, ces agents émanent de la communauté où ils travaillent et sont choisis par elle. Dans certains pays, ce sont des bénévoles mais, normalement, ceux qui travaillent à temps partiel ou à plein temps sont rétribués en espèces ou en nature par la communauté et par les services de santé officiels.<sup>1</sup>

## Prochaines étapes – les recommandations opérationnelles et après

L'OMS utilisera ce rapport comme base pour élaborer un manuel opérationnel sur la généralisation des traitements antirétroviraux dans les pays à ressources limitées, qui sera publié et disponible début 2004.

La réunion s'inscrit dans le cadre d'un processus continu mettant en relation les individus, les organisations et les institutions qui appliquent les programmes de traitement pour qu'ils puissent échanger des informations, trouver si possible un accord et entreprendre des démarches pour atteindre l'objectif «3 millions d'ici 2005». L'OMS a ouvert un forum électronique modéré pour permettre aux personnes chargées de la mise en œuvre des traitements antirétroviraux d'échanger leurs idées et leurs expériences.<sup>2</sup>

L'OMS évaluera régulièrement les progrès accomplis et les stratégies, et révisera périodiquement les recommandations opérationnelles relatives aux traitements antirétroviraux au fur et à mesure que de nouvelles données seront disponibles.

---

<sup>1</sup> *Glossaire de la série « Santé pour tous », Vols 1 à 8, Genève, Organisation mondiale de la Santé, 1984 (disponible en anglais à l'adresse <http://whqlibdoc.who.int/publications/9241800097.pdf>).*

<sup>2</sup> Pour vous inscrire à ce forum, envoyez un courrier électronique à l'adresse [e-3x5@healthnet.org](mailto:e-3x5@healthnet.org) en indiquant « subscribe » comme objet.

# Les personnes vivant avec le VIH/SIDA et les communautés sont les moteurs du traitement antirétroviral

## 1. CONTEXTE

### Définition du terme «communautés»

Les communautés sont composées de gens très différents. Pour une riposte rapide, il faut s'intéresser principalement aux individus et aux groupes qui ont un rôle important à jouer dans les traitements antirétroviraux, à savoir :

- ▶ les personnes qui vivent avec le VIH/SIDA et les groupes et les associations auxquels elles peuvent appartenir;
- ▶ les organisations non gouvernementales, les organisations communautaires et confessionnelles qui se chargent déjà de la prévention, des soins et du traitement et/ou des services d'appui, en particulier celles qui interviennent auprès des communautés marginalisées, notamment les travailleurs du sexe, les hommes qui ont des relations homosexuelles et les toxicomanes;
- ▶ les familles et les amis des personnes qui vivent avec le VIH/SIDA;
- ▶ les chefs de communauté (par exemple les chefs religieux et les guérisseurs traditionnels); et
- ▶ les agents de santé communautaires.

Ces groupes détiennent un savoir-faire et des ressources non négligeables que l'on peut et que l'on doit exploiter pour une extension rapide des traitements antirétroviraux.

Les données montrent que la participation des communautés aux programmes de traitement doit, en règle générale, porter sur les éléments suivants :

**La promotion.** La promotion inclut la création d'un soutien politique et financier pour que le traitement antirétroviral soit sûr, équitable, accessible et acceptable à long terme et des démarches pour lutter contre les phénomènes de stigmatisation et de discrimination.

**L'information, la formation et la communication** avec les communautés locales en matière de VIH/SIDA sur des aspects tels que la prévention et le traitement (notions fondamentales).

**Prestation directe de services.** La prestation directe de services comprend le dépistage du VIH et le conseil, la prévention, le soutien du traitement (y compris la prévention, l'observance et le soutien psychosocial), les groupes d'entraide, le soutien psy-

chosocial et nutritionnel, la prise en charge à domicile et les soins palliatifs, la création de revenus, le soutien spirituel, pour les personnes qui vivent avec le VIH et l'aide au stockage et à la distribution des fournitures.

**Promotion et protection des droits.** Il s'agit de mettre en œuvre le droit au traitement en participant à la sélection éthique et équitable des gens pouvant bénéficier d'un traitement antirétroviral et à d'autres prises de décisions, de veiller au respect des droits de l'homme et de faire en sorte que la communauté supervise les programmes de traitement.

**Veiller à la qualité des services et de la recherche opérationnelle.** Il s'agit de permettre aux usagers et à la communauté d'évaluer les services et de créer des partenariats entre les communautés et la recherche universitaire.

## 2. RECOMMANDATIONS ET ACTIONS

### Recommandation 1. Renforcer les capacités des communautés en matière d'information, de formation, de communication et de promotion sur les traitements antirétroviraux.

#### Actions à mener en priorité

**Aux niveaux des communautés, des centres de santé, des districts et central**

#### Phase 1

- ▶ Evaluer et exploiter les capacités communautaires existantes en matière d'information, de formation, de communication et de promotion concernant les traitements antirétroviraux.
- ▶ Parallèlement à l'introduction du traitement, organiser et financer des groupes de soutien, des groupes d'accueil après le dépistage et/ou des associations de personnes vivant avec le VIH/SIDA pour entreprendre des activités de promotion et de formation sur les traitements antirétroviraux, qui doivent s'adresser aux chefs de communautés et aux principales organisations communautaires et concerner en priorité les populations vulnérables.
- ▶ Sensibiliser les communautés à l'importance de l'observance du traitement antirétroviral.

# Les personnes vivant avec le VIH/SIDA et les communautés sont les moteurs du traitement antirétroviral

## Autres actions au niveau des centres de santé

### Phase 1

- ▮ Formation de formateurs communautaires et promotion des traitements antirétroviraux.
- ▮ Coordonner la formation communautaire en matière de traitement.

## Autres actions au niveau des districts

### Phase 1

- ▮ Financer la formation et l'appui technique des agents de la santé communautaires pour les traitements antirétroviraux

## Autres actions à mener au niveau central

### Phase 1

- ▮ Elaborer des informations d'ordre général et des documents de formation, de communication et d'information sur le traitement, adaptables à tous les niveaux;
- ▮ Apporter des ressources aux communautés pour la formation continue et la promotion en matière de traitements antirétroviraux;
- ▮ Lancer des campagnes dans les médias pour inciter les communautés à agir.

## Recommandation 2. Renforcer et élargir le soutien en matière de prévention, de soins et de traitement et les autres services fournis directement par les communautés

### Actions à mener en priorité

#### Aux niveaux des communautés, des centres de santé, des districts et central

### Phase 1

- ▮ Evaluer et exploiter les capacités communautaires existantes pour fournir les services de prévention, de soins, de traitement et de soutien suivants :
  - ▮ Extension des prestations aux populations vulnérables, notamment aux travailleurs du sexe, aux hommes qui ont des relations homosexuelles et aux toxicomanes;
  - ▮ Conseil VIH;
  - ▮ Prévention, notamment les pratiques sexuelles à moindre risque, des conseils en matière d'utilisation des seringues, distribution des préservatifs, des aiguilles et des seringues et prévention des infections sexuellement transmissibles;

- ▮ Prise en charge des affections courantes (douleur, diarrhée et muguet);
- ▮ Soutien psychosocial;
- ▮ Soutien nutritionnel;
- ▮ Visites à domicile;
- ▮ Liens et orientation vers des organisations communautaires et des praticiens traditionnels; et
- ▮ Orientation vers un centre de santé pour une prise en charge plus complexe.
- ▮ Apporter une formation et un soutien afin que les communautés soient en mesure de fournir plus largement les services énumérés ci-dessus, mais aussi :
  - ▮ le dépistage du VIH et le conseil (agents de santé communautaires);
  - ▮ la constitution des dossiers médicaux (agents de santé communautaires);
  - ▮ l'aide au stockage et à la distribution des médicaments (agents de santé communautaires et organisations communautaires participant aux soins); et
  - ▮ le suivi médical systématique (effets secondaires des antirétroviraux, poids, infections mineures et toux).
- ▮ Recruter, former et constituer un groupe de soutien chargé de fournir des conseils en matière d'observance, un soutien psychosocial et des informations sur le traitement.
- ▮ Trouver et former des formateurs et des auxiliaires pour le traitement (notamment des amis et/ou des membres de la famille des personnes qui vivent avec le VIH/SIDA).

### Phase 2

- ▮ Assurer la formation continue et le soutien des groupes qui s'occupent des traitements;
- ▮ Assurer la formation continue et le soutien des formateurs et des personnes qui s'occupent des traitements;

## Autres actions à mener au niveau des centres de santé

### Phase 1

- ▮ Recruter, former et aider un nombre suffisant d'agents de santé qui superviseront et coordonneront les activités au niveau communautaire;
- ▮ Créer un groupe chargé du traitement au niveau des centres de santé;
- ▮ Orienter les personnes qui vivent avec le VIH/SIDA vers les agents de santé et les services communautaires;

- ▮ Recruter et former des personnes qui vivent avec le VIH/SIDA pour qu'elles fassent la promotion du traitement auprès d'autres malades dans les centres de santé.

#### **Autres actions à mener au niveau des districts**

##### *Phase 1*

- ▮ Entamer une formation et apporter des ressources pour les communautés afin d'élargir les services de prévention, de soins et de soutien, notamment pour les populations vulnérables telles que les travailleurs du sexe, les hommes qui ont des relations homosexuelles et les toxicomanes.
- ▮ Créer un groupe de soutien au traitement au niveau de l'établissement du district;
- ▮ Orienter les personnes qui vivent avec le VIH/SIDA vers les centres de santé, les agents de santé communautaires et les services communautaires, selon leur situation.
- ▮ Recruter et former des personnes qui vivent avec le VIH/SIDA pour qu'elles assurent la promotion du traitement auprès d'autres malades au niveau de l'établissement du district.

#### **Autres actions à mener au niveau central**

##### *Phase 1*

- ▮ Augmenter immédiatement les ressources, orienter et informer afin que plusieurs services puissent être assurés dans les communautés. Il faudra notamment réformer la réglementation relative aux professions de santé;
- ▮ Créer des groupes d'appui au traitement dans l'établissement central;
- ▮ Orienter les personnes qui vivent avec le VIH/SIDA vers l'établissement du district, le centre de santé et/ou les agents de santé et les services communautaires.
- ▮ Recruter et former des personnes qui vivent avec le VIH/SIDA pour qu'elles assurent la promotion du traitement auprès d'autres malades dans l'établissement central.

**Recommandation 3. Promouvoir et protéger les droits fondamentaux des personnes qui vivent avec le VIH/SIDA et de tout ceux qui sont touchés par le VIH, notamment les pauvres, les populations vulnérables y compris les travailleurs du sexe, les toxicomanes, les hommes qui ont des relations homosexuelles, les personnes déplacées et les travailleurs migrants, pour inciter les malades à accepter de faire connaître leur statut sérologique.**

#### **Actions à mener en priorité**

***Aux niveaux de la communauté, des centres de santé, des districts et au niveau central***

##### *Phase 1*

- ▮ Assurer une formation sur les normes internationalement acceptées en matière de protection et de promotion des droits fondamentaux des personnes qui vivent avec le VIH/SIDA et de toutes les personnes infectées par le VIH. Les malades ont un rôle important à jouer sur ce point.

##### *Phase 2*

- ▮ Créer des structures permettant aux personnes qui vivent avec le VIH/SIDA de participer effectivement à la planification, à la mise en œuvre, au contrôle des services et des politiques de traitement à tous les niveaux.

#### **Autres actions à mener au niveau des centres de santé**

##### *Phase 1*

- ▮ Créer des comités consultatifs communautaires ouverts aux personnes qui vivent avec le VIH/SIDA et aux autres représentants de la communauté. Ces comités élaboreront, mettront en œuvre et contrôleront les politiques et les procédures relatives au conseil, à la sélection des personnes pouvant bénéficier d'un traitement antirétroviral, au consentement éclairé, à la confidentialité, à l'information sur le statut sérologique, à la lutte contre la discrimination et au soutien mutuel. Les comités joueront également un rôle de coordination.

#### **Autres actions à mener au niveau central**

##### *Phase 1*

- ▮ Elaborer rapidement des politiques pour orienter et soutenir l'extension des services communautaires essentiels, pour faire du droit au traitement une réalité.

# Les personnes vivant avec le VIH/SIDA et les communautés sont les moteurs du traitement antirétroviral

---

## **Recommandation 4. Garantir la qualité des soins en faisant participer les communautés au contrôle et à l'évaluation du traitement.**

### **Actions à mener en priorité**

#### **Aux niveaux des communautés et des centres de santé**

##### *Phase 1*

- ▮ Evaluer les services du point de vue des usagers au moyen de questionnaires et d'entrevues à destination des usagers eux-mêmes et aux groupes d'usagers, en consultant les comités communautaires, les groupes de réflexion et par d'autres moyens.

##### *Phase 2*

- ▮ Créer des liens avec les institutions universitaires pour développer les capacités communautaires de recherche.

#### **Au niveau des districts**

##### *Phase 1*

- ▮ Aider à l'élaboration de plans communautaires de traitement basés sur des plans nationaux (prévoyant des partenaires, des objectifs et des dates butoirs);
- ▮ Intégrer les plans communautaires aux plans de district avec identification des ressources et participation de tous les intervenants;
- ▮ Créer des mécanismes pour coordonner l'évaluation des services du point de vue des usagers et de la communauté.

#### **Au niveau central**

##### *Phase 1*

- ▮ Créer des mécanismes pour évaluer les services du point de vue des usagers.

# Service de soins et de prévention essentiels à l'appui des traitements antirétroviraux

## 1. CONTEXTE

On a montré que les antirétroviraux amélioraient de manière spectaculaire la survie des personnes qui vivent avec le VIH/SIDA et qu'ils constituaient le traitement optimal des pathologies associées au VIH. La présente section énumère les services de soins, de prévention et de soutien dont il faut disposer avant d'introduire les traitements antirétroviraux dans un système de santé et les services qui peuvent être introduits parallèlement pour être progressivement étendus. Certaines associations d'antirétroviraux et examens de laboratoire nécessaires au traitement sont recommandés.

Pour améliorer l'accès aux traitements antirétroviraux, de nombreux services qui actuellement ne sont fournis qu'au niveau central ou des districts devront être rapidement proposés dans les centres de santé et, sous de nombreux aspects, la prise en charge systématique des patients devra incomber aux communautés possédant déjà un savoir-faire rapidement exploitable avec des ressources et une formation adaptées.

**Les traitements antirétroviraux doivent être introduits dans tous les établissements du système de santé officiel dès que les conditions requises ci-après sont remplies :**

- possibilité de conseil de dépistage du VIH et
- présence de personnel qualifié et homologué capable de prescrire un traitement antirétroviral et d'assurer le suivi clinique des patients;
- approvisionnement interrompu en médicaments antirétroviraux; et
- existence d'un système confidentiel et sûr d'enregistrement des patients.

Les éléments ci-après doivent être pris en compte à tous les niveaux parallèlement à (et après) l'introduction d'un traitement antirétroviral :

- observance ; et
- mobilisation et formation des communautés en matière de traitements antirétroviraux.

## 2. TRAITEMENTS ANTIRÉTROVIRAUX ET AUTRES TRAITEMENTS ET SOINS LIÉS AU VIH

**Recommandation 2.** Proposer immédiatement un traitement antirétroviral aux per-

sonnes présentant des pathologies correspondant aux stades III et IV tels que définis par l'OMS, séropositives et qui ont bénéficié de conseils suite au dépistage.

Ces personnes peuvent entamer immédiatement un traitement antirétroviral après une évaluation clinique, même sans numération des CD4 ou autres examens de laboratoire. Lorsqu'il est possible d'effectuer une numération des CD4 à un niveau supérieur du système de santé sans que cet examen ne représente un obstacle financier à l'accès au traitement, il est souhaitable d'y procéder pour faciliter le suivi. Le traitement antirétroviral doit être entamé immédiatement sans attendre les résultats.

Les soins liés au VIH comprennent, outre le traitement antirétroviral, la prise en charge des pathologies aiguës et chroniques, la prophylaxie de certaines infections opportunistes, le soutien psychosocial et la formation. L'accès aux soins est essentiel pour que les personnes vivant avec le VIH/SIDA restent autant que possible en bonne santé, pour recenser les personnes susceptibles de bénéficier d'un traitement et pour les y préparer. Ces soins représentent également une possibilité non négligeable de promouvoir la prévention auprès des personnes qui vivent avec le VIH/SIDA.

**Recommandation 3.** L'association de stavudine, de lamivudine et de névirapine doit constituer le schéma thérapeutique de première intention de choix pour une mise en oeuvre immédiate des programmes de traitement antirétroviral dans les pays à ressources limitées. Il faut utiliser des médicaments en associations fixes comme ils rendent le traitement et l'adhérence au traitement plus faciles, et augmentent l'efficacité des systèmes d'approvisionnement et de gestion des médicaments.

**Actions à mener en priorité**

**Phase 1**

*A tous les niveaux*

- Introduction immédiate de l'association stavudine + lamivudine + névirapine comme schéma thérapeutique standard de première intention dans les établissements de soins qui satisfont aux conditions minimales.

# Service de soins et de prévention essentiels à l'appui des traitements antirétroviraux

- ▮ Les infirmières qualifiées et homologuées ou les autres agents de santé ayant une expérience clinique équivalente ou plus importante doivent instaurer le traitement standard de première intention chez les personnes qui vivent avec le VIH/SIDA et qui ne présentent pas de complications.
- ▮ Pour instaurer un traitement chez l'enfant ou chez l'adulte atteint une maladie ou d'un trouble grave, d'une neuropathie périphérique, d'une hépatite ou d'une co-infection par le bacille de la tuberculose ou qui a déjà entrepris préalablement un traitement antirétroviral (sauf par névirapine pour prévenir la transmission mère-enfant du VIH), il faut faire appel à un médecin.
- ▮ Renouveler les prescriptions pour le traitement antirétroviral et les autres traitements.

## Au niveau des districts

- ▮ Introduire des médicaments de première intention de remplacement (zidovudine et efavirenz) dans les établissements de district dès qu'ils sont disponibles afin de prévoir des possibilités de substitution en cas de toxicité et de pouvoir instaurer un traitement de première intention chez l'enfant et chez l'adulte présentant une neuropathie périphérique sévère, une hépatite ou une co-infection par le bacille de la tuberculose ou ayant déjà entrepris auparavant un traitement antirétroviral (sauf par névirapine pour la prévention de la transmission mère-enfant du VIH).

## Au niveau central

- ▮ Introduire un traitement de deuxième intention dès que possible.
- ▮ Évaluer les échecs potentiels et instaurer un traitement antirétroviral de deuxième intention si nécessaire.
- ▮ Signaler les problèmes posés par le traitement de deuxième intention au niveau central.

## Phase 2

### A tous les niveaux

- ▮ Achever l'introduction du traitement antirétroviral.

### Au niveau des centres de santé

- ▮ Dans les centres ayant une expérience des traitements antirétroviraux de première intention associant la stavudine, la lamivudine et la névirapine chez l'adulte, introduire des médicaments de remplacement (zidovudine et efavirenz) afin de pouvoir traiter les patients atteints de tuberculose et les femmes enceintes.

- ▮ Introduire des formulations pédiatriques pour pouvoir traiter les enfants.

## Au niveau des districts

- ▮ Introduire des schémas thérapeutiques de deuxième intention dans les centres ayant une expérience des régimes de première intention.

## Recommandation 4. Renforcer les capacités de prise en charge des soins chroniques dans les établissements de santé parallèlement – et non comme une condition préalable – à l'introduction du traitement antirétroviral.

Pour prendre en charge les soins chroniques, il faut disposer d'une équipe soignante et organiser une consultation à l'intérieur d'un établissement de santé pour assurer un suivi régulier. Les soins aigus peuvent être effectués par cette équipe ou par les services médicaux généraux, ou être confiés à un agent de santé en particulier. Il est important d'établir une bonne communication et un bon système d'orientation entre les différents niveaux de soins et les différents prestataires.

## Actions à mener en priorité

### Au niveau des communautés

#### Phase 1

Évaluer et exploiter les capacités communautaires existantes pour fournir les services de soins, de traitement et de soutien et les élargir progressivement pour finalement:

- ▮ atteindre les populations vulnérables notamment les travailleurs du sexe, les hommes qui ont des relations homosexuelles et les toxicomanes;
- ▮ fournir un conseil VIH;
- ▮ promouvoir la prévention, notamment les pratiques sexuelles et d'injection à moindre risque, la distribution des préservatifs, des aiguilles et des seringues et la prévention des infections sexuellement transmissibles;
- ▮ assurer le traitement et les soins liés aux troubles courants (douleur, diarrhée et muguet);
- ▮ assurer le soutien psychosocial;
- ▮ assurer le soutien nutritionnel;
- ▮ effectuer des visites à domicile;
- ▮ créer des liens et des mécanismes d'orientation vers les organisations communautaires et les praticiens traditionnels; et

- ▮ assurer une orientation vers le centre de santé pour une prise en charge plus complexe et/ou en cas de maladie intercurrente inattendue ou grave.

#### *Phase 2*

Augmenter progressivement la capacité des communautés à fournir les services de soins, de traitement et de soutien suivants :

- ▮ promotion de l'observance et soutien pour le traitement des troubles chroniques par antirétroviraux, par cotrimoxazole, pour le traitement et la prophylaxie de la tuberculose et antifongique;
- ▮ dépistage du VIH (agents de santé communautaires);
- ▮ constitution des dossiers médicaux (agents de santé communautaires);
- ▮ renouvellement des prescriptions (antirétroviraux et autres médicaments disponibles dans la pharmacie de la communauté) et aide au stockage et à la distribution des médicaments (agents de santé communautaires qualifiés et personnel des organisations communautaires participant aux soins); et
- ▮ suivi médical systématique (effets secondaires des traitements antirétroviraux et des autres traitements des soins chroniques, surveillance du poids, traitement des infections mineures et de la toux).

#### **Au niveau des centres de santé**

##### *Phase 1*

Lorsque le traitement antirétroviral est introduit, l'éventail des services doit être progressivement étendu pour y inclure les services suivants :

- ▮ la prophylaxie par la cotrimoxazole;
- ▮ la prophylaxie secondaire de la cryptococcose;
- ▮ l'instauration et la poursuite de la prophylaxie par l'isoniazide lorsque la tuberculose a été exclue (avec les moyens disponibles);
- ▮ l'établissement de liens avec une structure permettant de diagnostiquer la tuberculose afin de la prendre en charge;
- ▮ l'orientation vers des agents de santé et des prestataires communautaires pour le conseil, l'observance et la prise en charge clinique;
- ▮ l'encadrement de la prestation de services au niveau communautaire;
- ▮ l'orientation vers les districts pour une prise en charge plus complexe et/ou en cas de maladie intercurrente inattendue ou grave.

##### *Phase 2*

- ▮ L'éventail des services doit être progressivement élargi pour y inclure le diagnostic et le traitement de la tuberculose.

#### **Au niveau des districts**

Les établissements de district doivent offrir les mêmes services que les centres de santé, mais ils doivent également renforcer :

- ▮ la prise en charge des pathologies graves et prévoir des admissions à l'hôpital si nécessaire;
- ▮ le diagnostic et le traitement des tuberculoses à frottis négatif et extrapulmonaires ;
- ▮ les traitements de substitution pour les toxicomanes;
- ▮ l'orientation vers le niveau central pour des soins spécialisés le cas échéant;
- ▮ l'orientation vers un centre de santé ou vers la communauté pour les soins chroniques; et
- ▮ l'encadrement et le soutien des équipes soignantes et la prestation de services au niveau du centre de santé.

#### **Au niveau central**

Les établissements du niveau central doivent offrir les mêmes services que les centres de santé et les structures de district, mais aussi renforcer :

- ▮ la prise en charge des pathologies complexes (telles que les tumeurs malignes);
- ▮ les investigations diagnostiques complexes (les examens de laboratoire et l'imagerie médicale);
- ▮ le soutien et l'orientation vers les niveaux inférieurs du système de soins pour la prise en charge des maladies chroniques; et
- ▮ l'encadrement et le soutien pour la prestation de services au niveau des districts.

# Service de soins et de prévention essentiels à l'appui des traitements antirétroviraux

## 3. EXAMENS DE LABORATOIRE

Le suivi en laboratoire des personnes qui vivent avec le VIH/SIDA est important pour améliorer l'efficacité et la qualité des soins. Cependant, le coût des tests ou l'impossibilité de les pratiquer ne doit pas être un obstacle à l'instauration immédiate d'un traitement antirétroviral.

Le principe fondamental est que l'évaluation de la toxicité en laboratoire doit dépendre des symptômes et ne doit pas être systématiquement pratiquée à tous les niveaux.

### **Recommandation 5. Les examens de laboratoire doivent être pratiqués conformément aux recommandations thérapeutiques (révision 2003)<sup>3</sup> (résumées ci-dessous).**

#### **Actions prioritaires**

##### **Phase 1**

##### *Au niveau des centres de santé*

Les examens suivants doivent pouvoir être pratiqués :

- ▮ dépistage rapide du VIH;
- ▮ hémoglobininémie (en cas d'utilisation de zidovudine); et
- ▮ test de grossesse (si on envisage d'administrer de l'efavirenz à une femme enceinte).

##### *Au niveau des districts*

Il faut pouvoir pratiquer les mêmes tests que dans les centres de santé, mais aussi :

- ▮ des tests de confirmation pour le dépistage du VIH;
- ▮ la numération formule sanguine;
- ▮ le dosage de l'alanine aminotransférase;
- ▮ le frottis d'expectoration (tuberculose); et
- ▮ la numération des CD4 (facultatif).

##### *Au niveau central*

Il faut pratiquer au niveau central les mêmes examens qu'au niveau des districts, mais aussi :

- ▮ la chimie sérique; et
- ▮ la numération des CD4.

##### **Phase 2**

##### *Au niveau des districts*

- ▮ Il faut que la numération des CD4 soit davantage disponible.
- ▮ Lorsque la technologie évolue et que les tests sont plus faciles à réaliser, il faut élargir le diagnostic virologique de l'infection à VIH par la recherche de l'antigène p24 ou l'amplification génique.

##### *Au niveau central*

- ▮ La détermination de la charge virale doit pouvoir être réalisée au niveau central. En effet, c'est à la suite de cet examen que l'on décidera d'instaurer un traitement antirétroviral chez le nourrisson de moins de 18 mois.
- ▮ Il faut instaurer une surveillance de la pharmacorésistance.

## 4. DÉPISTAGE DU VIH ET CONSEIL

Toute prise en charge du VIH doit être précédée de conseils de dépistage. La faible proportion de gens qui connaissent réellement leur statut sérologique (5 à 7 % des personnes qui vivent avec le VIH/SIDA), le nombre limité d'endroits où le conseil de dépistage sont disponibles et le manque de personnel pour offrir ces services – même lorsqu'il existe des services de soins cliniques et prénataux – limitent l'accès aux soins et à la prévention de l'infection à VIH.

Le dépistage du VIH doit toujours être librement consenti et confidentiel et ne doit être pratiqué qu'avec le consentement éclairé des intéressés. Il faut prévoir un conseil après le dépistage et une orientation vers des services d'appui communautaires.

Le recours à une technologie de dépistage rapide est fondamental pour élargir l'accès aux traitements antirétroviraux. Les résultats de la formation au dépistage rapide et de son utilisation montrent que le personnel non médical est en mesure de pratiquer et d'interpréter ces tests aussi efficacement que le personnel médical et de laboratoire. Si l'on veut exploiter les ressources humaines de manière optimale, il faut recruter et former davantage de personnel non médical pour effectuer le dépistage du VIH et le conseil. Pour que le dépistage rapide ait un intérêt, il faut que chacun reçoive le résultat de son test.

<sup>3</sup> *Améliorer aux traitements antirétroviraux dans les pays à ressources limitées : recommandation pour une approche de santé publique – révision 2003.* Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2003. Disponible en anglais à l'adresse [http://www.who.int/3by5/publications/documents/arv\\_guidelines/en](http://www.who.int/3by5/publications/documents/arv_guidelines/en).

**Recommandation 6. Le dépistage du VIH et le conseil doivent pouvoir être pratiqués dans les établissements de santé à tous les niveaux et doivent être intégrés à l'ensemble des services destinés aux populations vulnérables et difficiles à atteindre.**

**Actions à mener en priorité**  
**Au niveau des communautés**  
*Phase 1*

- ▮ Dans le cadre des démarches de promotion et d'information sur le traitement, les communautés doivent promouvoir le dépistage du VIH et le conseil et doivent notamment fournir des informations sur les avantages que peut présenter le fait de connaître son statut sérologique et sur l'accès aux services de dépistage et de conseil.

*Phase 2*

- ▮ Pour les populations vulnérables et difficiles à atteindre, il faut avoir recours à des unités mobiles de dépistage.

**Au niveau des centres de santé**

- ▮ Le dépistage du VIH et le conseil doivent être proposés :
  - ▮ aux femmes enceintes et à leurs partenaires;
  - ▮ à toutes les personnes atteintes de tuberculose dans les pays où la prévalence du VIH est supérieure à 5 %;
  - ▮ à toutes les personnes chez qui une infection sexuellement transmissible a été diagnostiquée et à leurs partenaires sexuels;
  - ▮ à toutes les personnes qui fréquentent des établissements offrant des soins ambulatoires de médecine générale; et
  - ▮ à la population générale, sur demande.
- ▮ Tous les établissements proposant le dépistage et le conseil doivent être en mesure de garantir l'accès au soutien et aux soins, notamment aux traitements antirétroviraux, après le dépistage. Dans la plupart des pays, il faudra créer à cet effet des réseaux d'orientation afin d'assurer la continuité des soins.

**Au niveau des districts**

Les districts doivent offrir les mêmes services que les communautés et les centres de santé, mais aussi :

- ▮ proposer à toutes les personnes admises à l'hôpital le dépistage et le conseil.

- ▮ orienter, à leur sortie de l'hôpital, toutes les personnes qui vivent avec le VIH/SIDA vers des services de soins de santé primaires et des services d'appui communautaires.

**Au niveau central**

- ▮ Tous les services de dépistage et de conseil doivent être soumis à des obligations en matière de qualité pour que les soins, la formation du personnel et le soutien répondent aux normes de l'OMS.

**Recommandation 7. Pour élargir les services de dépistage et de conseil, il faut privilégier les tests simples, rapides, par prélèvement sanguin sur la pulpe du doigt.**

**Actions à mener en priorité**  
**A tous les niveaux**  
*Phase 1*

- ▮ Réunir les conditions nécessaires pour que les agents de santé communautaires puissent introduire le dépistage et le conseil.

*Phase 2*

- ▮ Former, homologuer et encadrer les agents de santé communautaires et des conseillers formés pour qu'ils soient en mesure de pratiquer des tests rapides, de les interpréter et d'en donner les résultats.

**Au niveau des districts**

- ▮ Garantir la disponibilité des tests de confirmation en laboratoire.
- ▮ Superviser le dépistage et le conseil dans les établissements (dans tous les établissements communautaires et de district et dans tous les centres de santé).

**Au niveau central**

- ▮ Contrôler les services de dépistage et de diagnostic, garantir la qualité et mettre en œuvre les procédures normalisées de l'OMS relatives au suivi systématique en matière de dépistage et de conseil.

# Service de soins et de prévention essentiels à l'appui des traitements antirétroviraux

## 5. PRÉVENTION DE LA TRANSMISSION DU VIH

La prévention de la transmission du VIH reste l'axe principal de la riposte à l'épidémie et fait partie intégrante des démarches visant à offrir un traitement à trois millions de personnes d'ici 2005. Lorsque des actions de prévention sont déjà entreprises, les services desservant la périphérie et les points de prestation de services permettent aux populations qui en ont besoin d'avoir immédiatement accès au dépistage du VIH et au conseil, ainsi qu'aux soins, au traitement et au soutien, cependant que la généralisation de l'accès aux traitements antirétroviraux est également une occasion de renforcer la prévention.

La prévention de l'infection à VIH a généralement eu pour objectif de permettre aux personnes séronégatives de le rester. Au niveau des établissements communautaires et des centres de santé, on peut fournir les services suivants : le conseil, la promotion des pratiques sexuelles à moindre risque, le diagnostic et la prise en charge des infections sexuellement transmissibles, la prévention de la transmission mère-enfant et la promotion des services de réduction des méfaits pour les toxicomanes. Pour être efficaces, les actions de prévention doivent cibler les groupes où le risque de transmission est le plus élevé – tels que les travailleurs du sexe, les toxicomanes et les gens qui travaillent dans les transports – qui sont également ceux qui auront le plus probablement besoin d'un traitement antirétroviral. Il s'agit le plus souvent de populations marginalisées qui ont difficilement accès aux services et qui bénéficient rarement d'un dépistage. Elles ne connaissent donc généralement pas leur statut sérologique et doivent bénéficier de programmes desservant les personnes éloignées et fournissant des services d'une importance cruciale.

Il faut accorder davantage d'attention à la prévention chez les personnes vivant avec le VIH/SIDA afin de réduire la transmission du virus et renforcer ainsi l'ensemble des démarches préventives. Sur ce point négligé, l'amélioration de l'accès aux traitements antirétroviraux est fondamentale; en effet, elle offrira de nouvelles possibilités de promouvoir la prévention chez les personnes déjà infectées. La prévention doit être intégrée au traitement et aux soins.

L'évaluation rapide et les autres méthodes mises au point à des fins de prévention impliquent que la communauté participe à la conception et à la mise en œuvre des programmes. Cette participation est un fait pour un grand nombre de programmes communautaires de prévention parmi ceux qui ont donné les meilleurs résultats et elle peut permettre d'étendre les services de traitement aux communautés elles-mêmes.

## Recommandation 8. Renforcer les services de prévention existants parallèlement à l'introduction d'un traitement antirétroviral

### Actions à mener en priorité

#### Au niveau communautaire

##### Phase 1

- ▶ Prendre des mesures pour généraliser les traitements antirétroviraux dans le cadre des programmes communautaires de prévention existants.
- ▶ Mettre en place des mécanismes permettant d'atteindre directement les populations marginalisées et vulnérables ayant difficilement accès aux services proposés par l'établissement de soins, notamment les pauvres, les travailleurs du sexe, les hommes qui ont des relations homosexuelles et les toxicomanes. Ces services doivent porter notamment leurs efforts sur le dépistage du VIH et le conseil, la prise en charge des infections sexuellement transmissibles, la promotion des pratiques sexuelles à moindre risque, la distribution de préservatifs et la réduction des méfaits pour les toxicomanes.

##### Phase 2

- ▶ Renforcer les réseaux d'entraide pour les travailleurs du sexe, les toxicomanes, les hommes qui ont des relations homosexuelles, les jeunes et les autres afin de promouvoir l'utilisation à la fois des services de prévention et de soins.
- ▶ Renforcer les programmes et les organisations qui fournissent des services de prise en charge du VIH aux groupes vulnérables.

#### Au niveau des centres de santé

##### Phase 1

- ▶ Les interventions de prévention les plus importantes doivent être incluses dans les services proposés par les centres de santé parallèlement à l'introduction du traitement antirétroviral. Les interventions fondamentales sont le dépistage du VIH et le conseil, la promotion des pratiques sexuelles à moindre risque, la distribution de préservatifs, la prise en charge syndromique des infections sexuellement transmissibles, la prévention de la transmission mère-enfant du VIH et la désintoxication.

- ▮ La sécurité du personnel de soins doit être garantie par des mesures générales de protection, des mesures de sécurité transfusionnelle, des procédures de sécurité des injections et la gestion des déchets médicaux.
- ▮ Les services de traitement des infections sexuellement transmissibles, les programmes de désintoxication, les services de planification familiale et les autres programmes destinés aux personnes présentant un risque élevé d'infection à VIH doivent également prévoir le dépistage du VIH et le conseil afin d'être mieux à même d'orienter les patients vers un traitement antirétroviral.

#### *Phase 2*

- ▮ Il faut prévoir une prophylaxie en cas d'exposition accidentelle au VIH.

#### **Au niveau des districts**

Les districts doivent offrir les mêmes services que la communauté et les centres de santé, mais aussi :

- ▮ coordonner étroitement la prévention et les traitements antirétroviraux. Ainsi, les équipes de prévention au niveau du district doivent collaborer étroitement avec les personnes qui mettent en place des services de traitement antirétroviral pour les communautés et les populations vulnérables.

#### **Au niveau central**

On doit trouver au niveau central les mêmes services qu'au niveau de la communauté, des centres de santé et des districts.

## **Recommandation 9. Offrir aux personnes vivant avec le VIH/SIDA les services et les fournitures essentiels à la prévention du VIH**

### **Actions à mener en priorité**

#### **Phase 1**

##### *Au niveau de la communauté*

- ▮ Commencer à préparer l'orientation des personnes qui vivent avec le VIH/SIDA vers des structures d'entraide et d'autres structures communautaires ou de soins à domicile qui peuvent favoriser la prévention dans le contexte des soins, notamment sur des questions telles que la stigmatisation, la révélation du statut sérologique, le conseil aux partenaires, l'orientation en vue d'un dépistage et la fourniture de préservatifs, d'aiguilles et de seringues.

##### *Au niveau des centres de santé*

- ▮ Mettre en place des services de prévention de l'infection à VIH dans le cadre des programmes de traitement ARV, notamment :
  - ▮ le conseil en matière de santé sexuelle et génésique, de choix en matière de procréation, la prévention des risques et l'aide aux patients au moment où ils avisent leur entourage de leur statut;
  - ▮ le dépistage du VIH et le conseil, notamment pour les partenaires sexuels;
  - ▮ la distribution de préservatifs;
  - ▮ la planification familiale;
  - ▮ la prise en charge syndromique des infections sexuellement transmissibles; et
  - ▮ la prévention de la transmission mère-enfant du VIH.

Ces services peuvent être assurés par un membre de l'équipe soignante dans les établissements de soins au cours d'une consultation à l'occasion de laquelle sont également fournis des préservatifs, des aiguilles et des seringues en même temps que des antirétroviraux, ou après une orientation des patients vers les prestataires compétents.

##### *Aux niveaux central et de district*

- ▮ Lorsque la transmission par l'échange de seringue est prédominante, il faut instaurer un traitement de substitution ou renforcer le soutien, les soins et le traitement du VIH pour garantir le suivi et l'observance du traitement.

# Prestations de services, ressources humaines et formation

## 1. CONTEXTE

Jusqu'à aujourd'hui, pour fournir un traitement antirétroviral aux millions de gens qui en ont besoin, on s'est principalement intéressé aux médicaments eux-mêmes. Les lacunes en matière de prestation de services et de ressources humaines doivent être comblées d'urgence afin que les traitements abordables soient non seulement disponibles là où on en a besoin mais qu'ils soient également accompagnés de soins de qualité. Des projets de traitement antirétroviral à petite échelle ont donné de bons résultats dans certains pays, le plus souvent, dans le secteur privé à but non lucratif, grâce à des ressources et une gestion externe. Ces projets doivent leur succès au fait que l'on s'est soucié de disposer de ressources humaines suffisantes, de mettre en place les mécanismes d'incitation et une formation appropriés, et que l'on a prêté attention à la prestation de services. Ces bons résultats doivent maintenant être étendus à l'échelle nationale.

Dans de nombreux pays à ressources limitées, notamment en Afrique subsaharienne, les services de santé font face à de nombreuses difficultés, notamment à des problèmes financiers qui ont amené le secteur public à limiter ses dépenses de recrutement, ce qui a entraîné le passage du personnel qualifié du secteur public au secteur privé ou dans d'autres secteurs dans le pays ou à l'étranger et a entraîné une augmentation de l'absentéisme, car le VIH/SIDA touche le personnel et les familles. Les contraintes financières ont également entraîné un phénomène d'épuisement du personnel, une mauvaise répartition du personnel dans le pays et dans les établissements aux différents niveaux et, ainsi les besoins de recrutement national dans le secteur public ne sont pas satisfaits. En effet, parfois moins de la moitié des postes sont pourvus. Les systèmes d'éducation et de formation ne sont souvent pas coordonnés et ne répondent pas aux besoins sanitaires de la population, et les capacités de gestion et de direction ne suffisent pas à orienter les services de santé nationaux et à planifier et à gérer les ressources humaines dans un contexte où la coexistence des secteurs public, privé et non gouvernemental pour la prestation de services est de plus en plus complexe.

## 2. RECOMMANDATIONS ET ACTIONS

**Recommandation 1. Prendre des mesures d'urgence pour accroître les effectifs d'agents de santé, y compris communautaires. Autoriser les infirmières qualifiées et certifiées ou les autres agents de santé ayant**

**une expérience clinique équivalente ou plus importante à instaurer, sous contrôle médical, un traitement de première intention chez les personnes ne présentant pas de complications.**

Hors des établissements de soins, l'augmentation des effectifs sera possible grâce aux agents de santé communautaires, aux accompagnants, aux familles, aux amis et aux membres de la communauté. Dans les établissements de soins, ce sont les agents de santé communautaires qui contribuent pour la plus grande part à favoriser l'observance du traitement. Pour généraliser l'accès au traitement, les responsables de soins et les infirmières homologués et encadrés peuvent prendre en charge la plupart des aspects des soins et en assurer le suivi. En outre, l'ensemble des prestataires de soins à tous les niveaux doivent connaître et appliquer les notions fondamentales concernant le traitement et savoir se préparer, soutenir et suivre les malades.

### Actions à mener en priorité

#### Phase 1

##### *Au niveau communautaire*

- ▶ Apprendre aux personnes qui vivent avec le VIH/SIDA et aux autres membres de la communauté à aborder des questions telles que l'observance et le conseil. Commencer à contacter des groupes de personnes vivant avec le VIH/SIDA et des organisations communautaires pour favoriser la connaissance des notions thérapeutiques de base et la préparation au traitement.

##### *Au niveau des centres de santé*

- ▶ Former des équipes afin qu'elles fournissent et supervisent les traitements antirétroviraux suivant des normes nationales.
- ▶ Autoriser les infirmières qualifiées et homologuées et les autres agents de santé ayant une expérience clinique équivalente à instaurer, sous contrôle médical, un traitement antirétroviral de première intention chez les adultes ne présentant pas de complications importantes et à en assurer le suivi.
- ▶ Autoriser les agents de santé communautaires formés et homologués à fournir des services de dépistage du VIH et de conseil.

#### *Au niveau des districts*

- ▮ les cliniques qualifiés et homologués peuvent entreprendre des traitements antirétroviraux de première et de deuxième intention chez toutes les personnes vivant avec le VIH/SIDA.

#### *Au niveau central*

- ▮ Préparer et adopter une législation et une réglementation autorisant les agents de santé à instaurer et à prendre en charge un traitement antirétroviral comme décrit ci-dessus.

### **Recommandation 2. Elaborer et mettre en oeuvre de plans d'urgence nationaux pour former des agents de santé aux traitements antirétroviraux et aux soins qui y sont liés.**

#### **Actions à mener en priorité**

##### ***A tous les niveaux***

##### *Phase 1*

- ▮ Recenser et former les principaux responsables afin de renforcer leurs compétences et leur savoir-faire et ainsi généraliser rapidement les traitements antirétroviraux – il faut accorder une importance particulière au suivi et à l'évaluation, à l'organisation de l'approvisionnement et aux compétences générales en matière de gestion.
- ▮ Utiliser et renforcer les institutions d'enseignement existantes pour recenser et employer d'autres formateurs compétents pour assurer une formation continue et initiale aux traitements antirétroviraux et aux soins.
- ▮ Instaurer immédiatement une formation aux traitements antirétroviraux et aux soins dans les institutions publiques et privées de formation des agents de santé.
- ▮ Définir des exigences minimales de formation pour les différents types de prestataires de service et pour l'homologation des formateurs.
- ▮ Garantir l'achat et la distribution rapide de matériels pédagogiques dans la langue des personnes à former.
- ▮ Créer des mécanismes de parrainage à tous les niveaux.

#### *Phase 2*

- ▮ Coordonner activement les activités de formation pour éviter que l'investissement dans ce domaine ne soit inefficace.
- ▮ Rechercher des possibilités d'améliorer l'accès aux institutions de formation grâce à l'informatique et investir dans ce domaine.
- ▮ Instaurer un système d'homologation des cours et des programmes de formation pertinents.

### **Recommandation 3. Investir dans des démarches concertées visant à renforcer la motivation des prestataires, à faire reculer la stigmatisation liée au SIDA dans le secteur de la santé, à améliorer les conditions de travail et à favoriser l'adoption d'une attitude positive face aux traitements antirétroviraux et aux soins. Prévoir une prophylaxie post-exposition et des traitements antirétroviraux pour tous les prestataires de soins de santé y compris pour les agents de santé communautaires.**

#### **Actions à mener en priorité**

##### ***Au niveau des communautés***

- ▮ Engager les chefs de communautés et les organisations communautaires à soutenir les agents de santé communautaires et autres et les centres de prestation de service.

##### ***Au niveau des centres de santé et des districts***

- ▮ Améliorer les conditions de travail par l'information, la formation, des incitations, des équipements et des mécanismes de soutien pour que les agents de santé jouent un rôle actif.
- ▮ Répartir clairement les tâches et les rôles afin que chacun fasse son travail.
- ▮ Impliquer le personnel dans la prise de décisions sur des questions liées à la prestation de service.
- ▮ Déterminer et contrôler le rapport effectif/nombre de malades, pour déterminer son influence sur la qualité des soins et la fatigue du personnel.

# Prestations de services, ressources humaines et formation

## **Au niveau des districts et central**

### *Phase 1*

- ▶ Réduire autant que possible le retard dans le paiement des salaires.
- ▶ Faire participer activement l'ensemble des responsables politiques et des médias pour que la contribution des prestataires de soins à la prise en charge du VIH/SIDA soient reconnue.

### *Phase 2*

- ▶ Elaborer et mettre en œuvre des stratégies pour corriger tout déficit constaté dans le rapport effectif/nombre de malades.
- ▶ Elaborer des mécanismes efficaces d'encadrement et de retour d'informations.
- ▶ Offrir des incitations et des primes, des perspectives de carrière, de meilleures conditions de vie et du matériel.

## **Recommandation 4. Coordonner les investissements dans le développement et la formation des ressources humaines.**

### **Actions à mener en priorité**

#### **Au niveau central**

##### *Phase 1*

- ▶ Elaborer des politiques de personnel et les réexaminer (notamment celles qui limitent les dépenses et l'engagement de personnel de santé); il faudra notamment se préoccuper des contraintes financières extérieures.
- ▶ Préparer une projection des besoins en personnel à court terme afin de prévoir des investissements rationnels pour généraliser les traitements antirétroviraux.
- ▶ Repérer les goulots d'étranglement en matière de recrutement afin de redistribuer les tâches.

##### *Phase 2*

- ▶ Renforcer les capacités nationales de coordination pour orienter le soutien international en faveur d'une assistance financière et technique.
- ▶ Prendre des mesures pour que les fonds et les ressources bénéficient plus facilement aux communautés et améliorer la transparence par le biais de mécanismes tels que le suivi des dépenses.

## **Recommandation 5. Mobiliser les ressources humaines nécessaires à la généralisation des traitements antirétroviraux et redistribuer les ressources dans les régions où les besoins sont les plus grands**

### **Actions à mener en priorité**

#### **Aux niveaux de la communauté, des centres de santé et des districts**

##### *Phase 1*

- ▶ Identifier les prestataires locaux et les auxiliaires du traitement potentiels, notamment les bénévoles, et leur donner rapidement davantage de moyens pour soutenir les traitements antirétroviraux.

##### *Phase 2*

- ▶ Commencer à recruter et/ou à déployer de nouveaux prestataires de soins et de prévention pour le VIH (par exemple des agents de santé communautaires, des auxiliaires de traitement bénévoles ou rétribués, des infirmières et des médecins) pour pourvoir les postes vacants.

#### *Au niveau central*

- ▶ Définir un cadre et trouver des ressources pour que les bénévoles puissent bénéficier du soutien et de l'encadrement nécessaires à la pérennité de leur engagement.
- ▶ Envisager d'offrir des contrats aux retraités et lancer des campagnes de recrutement pour redonner un travail à ceux qui n'en ont pas.
- ▶ Mobiliser des étudiants pour la formation aux services de santé ou pour fournir des services
- ▶ Commencer à mobiliser d'autres personnes et d'autres ressources telles que les enseignants et les chefs religieux à des fins de formation et de soutien.
- ▶ Renforcer et élaborer des mécanismes nationaux de dialogue avec les syndicats et les organisations professionnelles et de fonctionnaires pour aborder la question du recrutement.

## **Recommandation 6. Renforcer et constituer de partenariats entre tous les intervenants pour fournir un traitement antirétroviral et les services qui s’y rattachent.**

### **Actions à mener en priorité**

#### *Phase 1*

- ▮ A chacun des niveaux communautaire, des centres de santé, des districts et central, évaluer et exploiter les capacités existantes pour fournir un traitement antirétroviral et les services essentiels qui s’y rattachent, en collaboration avec les prestataires de service et les groupes communautaires connus afin de créer un mécanisme permanent de partenariat. Les partenariats qui peuvent servir de modèle sont :
  - ▮ au niveau communautaire et des centres de santé : le comités consultatifs communautaires ;
  - ▮ au niveau des districts : les équipes de district chargées du SIDA; et
  - ▮ au niveau central : les conseils consultatifs nationaux prévus par les programmes de lutte contre le SIDA ou les mécanismes de coordination dans les pays.

#### *Phase 2*

- ▮ Consolider les mécanismes de partenariat pour les traitements antirétroviraux et les services essentiels qui s’y rattachent en :
  - ▮ fixant des critères de transparence;
  - ▮ concluant des mémorandums d’accord et des contrats de service entre les partenaires;
  - ▮ créant des services conjoints de collecte de fonds d’achat et d’information; et
  - ▮ mettant au point, au niveau national, des recommandations, des outils et des procédures standardisés pour favoriser la création de partenariats pour prendre en charge l’infection à VIH.
- ▮ Renforcer les partenariats public-privé existants.
- ▮ Etablir des recommandations pour faire participer d’autres secteurs que le secteur public à la généralisation des traitements antirétroviraux.

## **Recommandation 7. Décentraliser autant que possible la prestation de services**

#### *Phase 1*

- ▮ Evaluer les effectifs du personnel soignant en mesure de fournir un traitement antirétroviral et les infrastructures disponibles, combler immédiatement le manque de personnel et mettre les infrastructures à niveau pour satisfaire les besoins fondamentaux en matière de traitement antirétroviral. On peut avoir recours, à cet effet, à la formation continue des agents de santé, notamment communautaires.
- ▮ Evaluer les effectifs et les infrastructures des établissements de soins offrant déjà un traitement antirétroviral, mais dont les capacités sont maintenant dépassées. On peut corriger ces insuffisances en offrant aux agents de santé de niveau inférieur une formation continue afin qu’ils soient en mesure d’effectuer les tâches quotidiennes (délégation aux infirmières de tâches normalement dévolues aux médecins et aux agents de santé communautaires de tâches normalement dévolues aux infirmières et aux pharmaciens) et en décentralisant la prestation de service du niveau central au niveau des districts, du niveau des districts au niveau des centres de santé et du niveau des centres de santé aux services de santé communautaire.

#### *Phase 2*

- ▮ Développer et utiliser davantage les systèmes flexibles de prestation de service (par exemple des unités mobiles) pour aller au-devant des populations non desservies et difficiles à atteindre.

# Organisation de l'approvisionnement

## 1. CONTEXTE

Les fournitures nécessaires aux traitements antirétroviraux doivent être totalement disponibles et accessibles. Un large éventail d'articles est nécessaire : antirétroviraux, tests VIH, fournitures nécessaires à la prise en charge des infections opportunistes et des autres maladies associées au VIH, fournitures nécessaires aux soins palliatifs (y compris la morphine), réactifs de laboratoire et préservatifs.

Pour que tout ceux qui ont droit à un traitement antirétroviral aient accès sans restriction à ces articles, il faut :

- ▮ des systèmes d'information logistiques clairement définis et qui fonctionnent ;
- ▮ des transports sûrs pour amener les marchandises à proximité de l'endroit où se trouvent les personnes qui bénéficient du traitement; et
- ▮ intégrer les fournitures nécessaires aux traitements antirétroviraux dans le système d'approvisionnement existant, s'il est sûr et fiable (dans le cas contraire, il pourrait être nécessaire, aux premiers stades de la généralisation des traitements, de créer un système distinct).

## 2. HYPOTHÈSES DE BASE

Les hypothèses de base sont les suivantes :

- ▮ Les questions relatives aux politiques nationales, à la qualité des services et des produits à l'homologation des produits et aux brevets ont été traitées pour faciliter l'accès au traitement.
- ▮ Le financement de l'organisation de l'approvisionnement est garanti, notamment en ce qui concerne les ressources humaines, les marchandises, la formation et l'information, le transport et les installations destinées au stockage et à la distribution.
- ▮ Les articles nécessaires aux traitements antirétroviraux seront sélectionnés et achetés au niveau central.
- ▮ Les droits et taxes à l'importation frappant les articles nécessaires aux traitements antirétroviraux ont été éliminés.
- ▮ Les lois sur les brevets ont été modifiées conformément à la Déclaration de Doha de novembre 2001.
- ▮ Les nouveaux produits tels que les médicaments en associations fixes seront utilisés dès que des formulations dont la qualité et la bioéquivalence sont prouvées auront été présélectionnés et qu'elles présenteront des avantages dans le cadre du programme.
- ▮ Il existe des systèmes d'homologation et de dédouanement rapides des nouveaux médicaments ou des tests.

- ▮ L'organisation de l'approvisionnement est transparente. La chaîne d'approvisionnement peut être contrôlée au niveau central.
- ▮ La recherche opérationnelle sera instaurée pour connaître l'influence de l'approvisionnement sur les résultats du programme.

## 3. RECOMMANDATIONS ET ACTIONS

### Recommandation 1. Simplifier les systèmes d'approvisionnement pour faciliter l'accès aux traitements antirétroviraux.

#### Actions à mener en priorité

##### Phase 1

- ▮ Limiter le nombre de formulations et d'articles présents dans la chaîne d'approvisionnement en standardisant les schémas thérapeutiques et les produits diagnostiques utilisés.
- ▮ Fournir des médicaments en associations à doses fixes ou en plaquettes thermoformées, si possible. En outre, envisager l'utilisation de piluliers pour aider les patients à respecter les prescriptions.
- ▮ S'en tenir à des systèmes d'inventaire et de documentation simples et, dans la mesure du possible, les intégrer aux systèmes existants.
- ▮ Des équipes de gestion multidisciplinaires doivent être en place pour que les organisateurs de l'approvisionnement et les médecins puissent échanger des informations cruciales à tous les niveaux du système.

### Recommandation 2. Au cours de la phase 1, utiliser un système permettant d'approvisionner directement les centres de santé et les hôpitaux de district pour y introduire le traitement antirétroviral.

Dans un tel système, l'unité centrale d'approvisionnement fournit des kits standard à intervalles déterminés. On aura alors recours à des kits de démarrage pour commencer les traitements dans les centres de santé et les établissements de district. Ces kits doivent être conçus pour traiter un nombre de gens donné (10 à 25 par exemple) pendant une période donnée (6 mois par exemple). Outre les antirétroviraux nécessaires, le kit contiendra tous les manuels, les diagrammes et le matériel pédagogique requis ainsi que des tests de dépistage pour 100 à 200 personnes, une quantité donnée d'antirétroviraux pour prévenir la transmission mère-enfant du VIH, un kit pour la prophylaxie post-exposition et des médicaments

pour traiter les infections opportunistes. Au moment de la formation des agents de santé et/ou de l'homologation du site de traitement, on fera une démonstration de l'utilisation du kit qu'on laissera ensuite sur le site de traitement.

#### Au niveau des centres de santé

- ▶ Le centre d'approvisionnement reconstituera les stocks à intervalles réguliers selon le nombre de gens qui participent au traitement.
- ▶ On fixera chaque mois le nombre maximum de nouveaux patients pouvant participer au programme de traitement antirétroviral afin que les systèmes puissent se développer et que les agents de santé puissent se familiariser avec les schémas thérapeutiques.

#### Au niveau des districts

- ▶ Utiliser des kits de démarrage plus importants contenant des traitements de première intention de substitution pour les personnes atteintes de tuberculose, les femmes enceintes et les enfants.
- ▶ Aider les établissements de premier niveau à organiser l'approvisionnement.
- ▶ Jouer le cas échéant le rôle de centre de distribution des kits dans le cadre des soins de premier niveau.
- ▶ Evaluer correctement le nombre de gens devant bénéficier du traitement selon des critères d'admissibilité, selon la disponibilité des kits de dépistage du VIH, selon le nombre de personnes sous traitement et déjà suivies et selon les estimations de prévalence du VIH, afin de déterminer la demande totale de fournitures.
- ▶ Prévoir la demande à court terme et l'augmentation du nombre de personnes sous traitement.

#### Au niveau central

- ▶ Elaborer et fournir des kits de démarrage à tous les niveaux et pour tous les services selon les recommandations et les protocoles thérapeutiques.
- ▶ Pour les schémas thérapeutiques de première intention, s'il est impossible de respecter la chaîne du froid, ne choisir que des produits qu'il n'est pas nécessaire de réfrigérer.
- ▶ Emettre des recommandations en matière d'organisation de l'approvisionnement pour les districts et les établissements de premier niveau.
- ▶ Préciser le nombre mensuel maximal de gens qui peuvent recevoir un traitement à chaque niveau.
- ▶ Garantir en permanence la formation et l'encadrement du personnel.

- ▶ Garantir la disponibilité d'antirétroviraux de deuxième intention.

### **Recommandation 3. Au cours de la phase 2, passer à un système d'approvisionnement basé sur la demande.**

Dans un tel système, les centres de santé ou les établissements distributeurs doivent commander les fournitures à un ou plusieurs fournisseurs au niveau central.

#### Au niveau des centres de santé

- ▶ Elargir l'offre pour traiter les enfants et fournir un traitement de deuxième intention.
- ▶ Communiquer la modification des besoins au niveau central de l'approvisionnement.

#### Au niveau des districts

- ▶ Assurer la formation, l'encadrement, la distribution et le traitement pour davantage de centres, notamment pour ceux qui traitent les enfants, les personnes atteintes de tuberculose et les femmes enceintes.
- ▶ Communiquer la modification des besoins au niveau central de l'approvisionnement.

#### Au niveau central

- ▶ Garantir la distribution ininterrompue des médicaments.

### **Recommandation 4. La participation de nouveaux patients à la thérapie pendant la généralisation ne doit pas dépasser les possibilités d'approvisionnement durable en médicaments, en kits de dépistage et en autres fournitures nécessaires. Lorsque de nouveaux médicaments seront disponibles, les personnes qui reçoivent déjà un traitement auront priorité sur celles qui souhaitent entamer le traitement.**

#### **Actions à mener en priorité**

##### **Phase 1**

*Pour les unités de distribution, à tous les niveaux*

Les stocks réservés et marqués doivent être mis à part pour poursuivre les traitements déjà commencés (par exemple en indiquant le nom des patients). Il faut constituer des stocks tampons équivalant au minimum à 3 à 6 mois d'approvisionnement.

# Organisation de l'approvisionnement

## *Au niveau communautaire*

- ▮ Faire en sorte que les personnes qui bénéficient du traitement puissent être réapprovisionnées avant de manquer de fournitures.

## *Au niveau des centres de santé*

- ▮ Utiliser des systèmes standardisés de contrôle des stocks – registre des patients, registre de tenue des stocks, cartes de stock, registre des médicaments prescrits et délivrés – pour assurer le réapprovisionnement en temps utile.

## *Au niveau des districts*

- ▮ Fournir les médicaments aux personnes traitées et faire en sorte que les fournitures soient transportées jusqu'au centre de santé.
- ▮ Former les prestataires des centres de santé à l'organisation de l'approvisionnement.
- ▮ Prévoir les fournitures nécessaires au traitement des enfants, des femmes enceintes et des personnes atteintes de tuberculose, dans l'ensemble du district.

## *Au niveau central*

- ▮ C'est au niveau central que doit s'effectuer l'évaluation globale des quantités, l'achat, le contrôle de la qualité des médicaments reçus et la coordination du financement. Il faut notamment :
  - ▮ standardiser les procédures d'approvisionnement en antirétroviraux et en fournitures de laboratoire;
  - ▮ effectuer une recherche opérationnelle, contrôler et superviser la distribution et la prestation de service à tous les niveaux;
  - ▮ contrôler l'utilisation des médicaments et la participation des bénéficiaires du traitement et fixer, chaque mois, le nombre maximum de nouveaux patients traités; et
  - ▮ définir les niveaux de réapprovisionnement, les stocks en réserve et les délais d'approvisionnement (qui au cours de la phase 1 doivent pouvoir être adaptés en fonction des incertitudes ou des changements inattendus dans le déroulement des traitements).

## **Phase 2**

### *Au niveau communautaire*

- ▮ Déterminer si les membres de la communauté ont accès aux antirétroviraux et, si non, pourquoi et prendre des mesures pour remédier à cette situation.

### *Au niveau des centres de santé*

- ▮ Elargir la gamme de produits en y introduisant

des formulations pédiatriques et des médicaments de première intention de substitution. Poursuivre les traitements de deuxième intention instaurés au niveau des districts.

### *Au niveau des districts*

- ▮ Entreprendre une recherche opérationnelle
- ▮ Créer des formes de collaboration et des réseaux pour échanger des expériences entre les districts

### *Au niveau central*

- ▮ Utiliser les chiffres de morbidité et de consommation fournis par les districts pour prévoir l'approvisionnement nécessaire à l'avenir.

## **Recommandation 5. Prendre les mesures voulues pour réduire autant que possible le gaspillage et les coûts.**

### **Actions à mener en priorité**

#### **Phase 1**

#### *Au niveau communautaire*

- ▮ Repérer les problèmes liés à la mauvaise utilisation des fournitures dans la communauté.

#### *Au niveau des centres de santé*

- ▮ Utiliser un système de contrôle des stocks pour détecter les pertes de marchandises.
- ▮ Repérer les sources de gaspillage.
- ▮ Contrôler les dates de péremption et demander que les stocks excédentaires soient redistribués.

#### *Au niveau des districts*

- ▮ Organiser le stockage des fournitures dans de bonnes conditions de sécurité pour la redistribution au premier niveau, en plus du stockage pour le traitement dans les districts.
- ▮ Superviser l'approvisionnement au niveau des centres de santé (du personnel et une formation supplémentaires peuvent être nécessaires).
- ▮ Garantir des conditions adéquates de stockage (lieux de stockage sûrs, gestion des stocks, comptabilité, surveillance et supervision) avant de distribuer les kits de démarrage aux centres de santé.

#### *Au niveau central*

- ▮ Contrôler et analyser les données fournies par tous les niveaux afin que le nombre de personnes traitées et les quantités de marchandises utilisées correspondent.

Enquêter sur les incohérences et prendre des mesures disciplinaires en cas d'utilisation abusive ou de détournement.

- ▮ Garantir des conditions de stockage adéquates (lieux de stockage sûrs, gestion des stocks, comptabilité, surveillance et supervision) avant de distribuer les kits de démarrage dans les districts.

### **Phase 2**

#### *A tous les niveaux*

- ▮ Examiner les conditions de sécurité et de stockage dans l'ensemble du système de distribution, repérer les lacunes et les problèmes et revoir les systèmes, si nécessaire.
- ▮ Augmenter l'espace de stockage sûr proportionnellement à l'extension du programme.
- ▮ Accroître la capacité de la chaîne du froid proportionnellement à l'extension du programme.

#### *Au niveau central*

- ▮ Elaborer des systèmes de recensement des personnes traitées pour éviter qu'elles n'entreprennent un traitement dans deux centres ou plus.
- ▮ Elaborer et appliquer des recommandations pour assurer la sécurité des membres de la communauté ou des groupes qui possèdent des antirétroviraux.

## **Recommandation 6. Etablir de bonnes pratiques de distribution pour une utilisation rationnelle des médicaments.**

### **Actions à mener en priorité**

#### **Phase 1**

##### *Au niveau des centres de santé*

- ▮ Former les personnes qui bénéficient du traitement à l'utilisation des antirétroviraux et s'assurer qu'elles s'engagent à respecter les prescriptions avant d'entamer le traitement.
- ▮ Fournir aux personnes traitées des médicaments pour une période initiale courte (2 semaines par exemple), leur fournir ensuite les médicaments pour un mois ou plus lorsqu'elles ont démontré qu'elles étaient capables de respecter le schéma thérapeutique.
- ▮ Lorsque les médicaments sont délivrés, tous les patients doivent recevoir oralement et par écrit des informations compréhensibles sur le traitement.

#### *Au niveau des districts*

- ▮ Charger une personne en particulier de délivrer les antirétroviraux.
- ▮ Commencer à planifier la création d'un centre d'information sur les médicaments, par exemple pour les centres d'information sur le SIDA, les agents de santé, les bénéficiaires des traitements et les communautés.

#### *Au niveau central*

- ▮ Commencer à mettre en place des systèmes de pharmacovigilance pour contrôler les effets des médicaments.
- ▮ Commencer à concevoir et à fournir aux patients des brochures d'information rédigées de manière compréhensible et pertinente, à tous les niveaux de soins de santé.
- ▮ Organiser la formation continue du personnel chargé de gérer l'approvisionnement pour qu'il bénéficie des dernières informations et pour prendre en compte les mouvements de personnel.
- ▮ Poursuivre et achever les activités prioritaires de la phase 1.

## **Recommandation 7. Collaborer avec le secteur privé pour garantir la qualité des marchandises et des soins.**

### **Actions à mener en priorité**

#### **Phases I et II**

##### *Aux niveaux des districts et central*

- ▮ Evaluer la capacité et la volonté des acteurs du secteur privé, notamment des organisations à but lucratif et à but non lucratif et des entreprises à collaborer à la gestion des fournitures et des marchandises nécessaires au traitement de l'infection à VIH.
- ▮ Sous-traiter certaines fonctions spécifiques dans la chaîne d'approvisionnement, si cela peut permettre d'améliorer les performances.
- ▮ Contrôler le bon déroulement de la collaboration public-privé au moyen d'indicateurs de performance prévus dans les contrats de sous-traitance et appliquer des sanctions au cas où les objectifs ne sont pas atteints.
- ▮ Partager les expériences retirées dans différents pays, en ce qui concerne les relations entre secteur public et secteur privé afin d'améliorer l'approvisionnement.

# Information stratégique

## 1. CONTEXTE

Dans le cadre de la généralisation des traitements antirétroviraux, l'information stratégique comprend la surveillance, le suivi, l'évaluation et la recherche opérationnelle. En outre, la gestion des informations relatives aux coûts de la prestation de service peut permettre d'évaluer les sommes nécessaires pour offrir un traitement à trois millions de personnes d'ici 2005 à tous les niveaux de soins. Les autres données, telles que le nombre d'hospitalisations, le taux d'occupation des lits et le taux de mortalité peuvent servir à mesurer l'impact de la mise en œuvre de l'initiative «3 millions d'ici 2005» sur les besoins des services et l'espérance de vie. Les analyses peuvent être effectuées aux niveaux communautaire, des centres de santé, des districts et central.

La création et l'utilisation d'informations stratégiques à tous les niveaux de soins et de planification doivent être régies par les principes généraux suivants :

- ▶ Les systèmes d'information stratégique conçus pour répondre aux exigences de la généralisation des traitements antirétroviraux doivent venir compléter les systèmes d'information existants.
- ▶ Il faut recueillir des informations sur tous les sites où un traitement antirétroviral est proposé, notamment dans les organisations publiques, privées et non gouvernementales et sur les lieux de travail.
- ▶ Le recueil et le contrôle des données dans les établissements de soins doivent déboucher sur une meilleure prise en charge clinique des patients et ainsi déterminer directement l'issue des soins.
- ▶ Le regroupement et l'analyse des données doivent être flexibles, adaptables et acceptables.
- ▶ Pour que la généralisation des soins soit efficace, il faut procéder au recueil des données en priorité. Les méthodes employées doivent être simplifiées et standardisées.
- ▶ Au niveau local, il faut renforcer les capacités et introduire des mécanismes d'incitation pour recueillir les données de façon appropriée et à tous les niveaux et pour interpréter et diffuser les résultats obtenus grâce à l'ensemble des données collectées.
- ▶ Il faut favoriser le partage d'informations stratégiques (remontée d'informations et transfert de connaissances).
- ▶ Il faut garantir la confidentialité de l'ensemble des informations à caractère médical.
- ▶ La constitution d'un dossier individuel pour chaque patient avec un identifiant personnel unique est cruciale à la fois pour la qualité des soins et pour évaluer les progrès dans l'atteinte de l'objectif «3 millions d'ici 2005».

- ▶ Les personnes qui vivent avec le VIH/SIDA doivent être impliquées à tous les niveaux de la création et de l'utilisation des informations stratégiques.

## 2. RECOMMANDATIONS AU NIVEAU COMMUNAUTAIRE

### **Recommandation 1. Il faut évaluer la volonté et la capacité des communautés à soutenir les traitements antirétroviraux.**

Savoir dans quelle mesure les communautés sont prêtes et disposées à soutenir les services de soins permettra au district de fixer des priorités pour chaque centre de santé en matière de généralisation des traitements antirétroviraux et de choisir des centres de santé pour faire des projets de généralisation acceptables et auxquels les communautés participeront.

#### **Actions à mener en priorité**

##### *Phase 1*

- ▶ Collecter des données sur le nombre d'organisations communautaires qui interviennent déjà dans le domaine du VIH, d'agents de santé communautaires et d'associations de personnes qui vivent avec le VIH/SIDA.
- ▶ Recueillir des données sur le nombre de structures communautaires, d'organisations clés et de personnalités influentes qui sont les mieux placées pour favoriser le soutien du traitement et qui souhaitent participer.
- ▶ Pour réaliser cette évaluation immédiatement et plus tard, il faut désigner une personne ou une organisation émanant du centre de santé ou de la communauté.
- ▶ Standardiser la structure (le contenu et le déroulement) de cette évaluation dans tous les districts.

##### *Indicateur*

1. Nombre de centres de santé qui ont achevé ces évaluations

### **Recommandation 2. Former les communautés et les aider à fournir des services d'appui au traitement antirétroviral.**

Une formation systématique permettra aux membres de la communauté d'acquérir les compétences nécessaires pour fournir des soins complémentaires à ceux prodigués par le centre de santé.

### Actions à mener en priorité

#### Phase 1

- ▮ Utiliser les données des évaluations pour élaborer des plans de formation des communautés et déterminer la manière dont ils seront mis en œuvre.
- ▮ Désigner un groupe incluant des membres du district, du centre de santé, des organisations communautaires et des organisations non gouvernementales pour élaborer et mettre en œuvre cette formation.
- ▮ Veiller à la mise en place d'un comité consultatif communautaire dans chaque centre de santé.

#### Indicateurs

1. Nombre de zones desservies par un centre de santé et pour lesquelles des plans de formation sont prévus.
2. Nombre de groupes d'entraide pour les personnes vivant avec le VIH/SIDA et de centres d'accueil après le dépistage créés.

#### Phase 2

- ▮ Recueillir des données sur le nombre de personnes qui dans les communautés ont été formées et fournissent des services, par centre de santé. Pour recueillir ces données, recourir à la personne émanant du centre de santé ou de la communauté qui a été désignée.

#### Indicateurs

1. Nombre de membres de la communauté formés pour soutenir les traitements antirétroviraux.
2. Nombre de membres de la communauté qui soutiennent les traitements antirétroviraux.

### 3. RECOMMANDATIONS POUR LES CENTRES DE SANTÉ ET LES SITES DE TRAITEMENT.

**Recommandation 3.** Constituer des dossiers médicaux confidentiels sur tous les sites de traitement en attribuant à chaque patient un identifiant personnel pour relier les informations.

**Recommandation 4.** Recourir aux dossiers et aux formulaires de recueil des données standardisés conçus au niveau central pour être utilisés dans tous les districts.

L'existence de dossiers médicaux confidentiels et individuels est essentielle à la continuité des soins. L'attribution d'un identifiant unique permet de garantir la continuité des ser-

vices dans le temps et quel que soit le lieu où les soins sont dispensés et facilite le contrôle de la qualité. Les formulaires standardisés facilitent la diffusion d'informations, améliorent les soins en aidant les prestataires à communiquer et permet de regrouper les données, de faire des comparaisons entre les sites et d'autres analyses. Le contrôle de l'utilisation des services permet d'évaluer les progrès accomplis en vue de traiter trois millions de personnes d'ici 2005.

### Actions à mener en priorité

#### Phase 1

- ▮ Dans le cadre de la formation aux traitements antirétroviraux, s'assurer que les prestataires de soins ont appris à utiliser les formulaires avant d'entamer les soins.
- ▮ Veiller à ce que toutes les autres personnes chargées de la collecte des données aient appris à utiliser les formulaires (formulaires pour les pharmacies, formulaires d'enregistrement, formulaires de laboratoire, cartes d'identification des patients, formulaires de regroupement des informations et dossiers individuels pour les patients).

#### Indicateurs

1. Nombre de centres de santé ou de sites de traitement où les prestataires de soins savent utiliser des formulaires d'enregistrement des patients.
2. Nombre de centres de santé ou de sites de traitement qui disposent de personnel auxiliaire sachant utiliser des formulaires de recueil des données.

**Recommandation 5.** Contrôler régulièrement l'utilisation du dépistage du VIH, les soins prodigués, le recours aux traitements antirétroviraux ainsi que les autres indicateurs principaux.

Le contrôle de l'utilisation des services permet de mesurer les progrès accomplis en vue de traiter trois millions de personnes d'ici 2005.

### Actions à mener en priorité

#### Phase 1 – Dépistage et soins

- ▮ Enregistrer et consigner par écrit le nombre de dépistages du VIH pratiqués au cours d'une période donnée.
- ▮ Enregistrer et consigner par écrit le nombre de dépistages du VIH pratiqués au cours d'une période donnée et dont les patients ont reçu les résultats.
- ▮ Enregistrer et consigner par écrit le nombre de dépistages positifs au cours d'une période donnée.

- ▶ Enregistrer et consigner par écrit le nombre de personnes vivant avec le VIH/SIDA qui ont subi un examen médical au cours d'une période donnée.
- ▶ Enregistrer et consigner par écrit le nombre de personnes qui vivent avec le VIH/SIDA et qui bénéficient de soins après un examen médical.

## Indicateurs

1. Nombre de dépistages du VIH pratiqués
2. Nombre de dépistages positifs
3. Nombre de tests dont les patients ont reçu le résultat
4. Nombre de personnes qui vivent avec le VIH/SIDA et qui ont subi un examen médical
5. Nombre de personnes qui vivent avec le VIH/SIDA et qui bénéficient de soins après un examen médical

## Phase 1 – Traitement antirétroviral

- ▶ Enregistrer et consigner par écrit le nombre de personnes qui entament un traitement antirétroviral pendant une période donnée.
- ▶ Enregistrer et consigner par écrit le nombre de personnes qui signalent avoir suivi un traitement antirétroviral avant la période considérée (les personnes qui suivent actuellement un traitement antirétroviral).
- ▶ Enregistrer et consigner par écrit le nombre de personnes perdues de vue ou décédées pendant une période donnée.
- ▶ Enregistrer et consigner par écrit le nombre de personnes orientées vers les établissements de district ou à un niveau plus élevé pour examen en vue d'un traitement de deuxième intention.
- ▶ Consigner par écrit les raisons pour lesquelles les personnes interrompent le traitement. Il n'est pas nécessaire de le faire systématiquement. Ce point pourrait faire l'objet d'une étude spéciale ou de recherches opérationnelles).
- ▶ Consigner par écrit les indications données par les patients eux-mêmes sur l'observance et le comptage des pilules lors de chaque visite, pour ceux qui poursuivent le traitement.

## Indicateurs

1. Nombre de personnes entamant un traitement au cours d'une période donnée.
2. Nombre de personnes bénéficiant d'un traitement au début d'une période donnée.

3. Nombre de personnes orientées vers un niveau supérieur de soins pour un traitement de deuxième intention.
4. Nombre de personnes interrompant le traitement au cours d'une période donnée.

## Phase 2

- ▶ Étendre le recueil de données à davantage de sites.
- ▶ Essayer des systèmes électroniques d'enregistrement des données élaborés au niveau national.
- ▶ Améliorer les capacités d'analyse au niveau des centres de santé ou des sites de traitement.

## Indicateurs

Outre les indicateurs mentionnés pour la phase 1, les indicateurs suivants seront élaborés :

1. Nombre de centres de santé en mesure d'effectuer une analyse simple du centre lui-même ou des sites de traitement.
2. Nombre de sites essayant des systèmes électroniques d'enregistrement des patients et des dispositifs de suivi tels que des cartes à puce.

## 4. RECOMMANDATIONS POUR LES DISTRICTS

**Recommandation 6. Planifier, contrôler et évaluer les activités relatives à la généralisation des traitements antirétroviraux (formation, dépistage du VIH, accès et recours aux soins, traitement antirétroviral et fourniture de médicaments) dans chaque zone desservie à l'intérieur des districts. Fournir des informations en retour sur ces activités.**

C'est au niveau des districts, déjà chargés de la planification sanitaire, que l'on pourra satisfaire le plus rapidement les besoins définis dans le programme en termes de prestations de services. La planification au niveau des districts permet d'intégrer le traitement aux autres services, tels que la prise en charge de la tuberculose et des maladies sexuellement transmissibles, et facilite l'harmonisation avec les autres systèmes de gestion de l'information sanitaire peut-être déjà en place.

### Actions à mener en priorité

#### Phase 1

- ▶ Obtenir des estimations de la prévalence du VIH, de la mortalité imputable au VIH à deux ans et des objectifs de traitement par sexe dans le cadre de l'initiative «3 millions d'ici 2005».

- ▶ Désigner une personne (un spécialiste de l'information) capable d'analyser et d'interpréter les données relatives aux traitements antirétroviraux.
- ▶ Recueillir des données dans tous les centres de santé appartenant aux secteurs public et privé, aux entreprises et aux organisations non gouvernementales.
- ▶ Diffuser des informations stratégiques (objectifs de l'initiative «3 millions d'ici 2005», plans de formation, nombre de gens vivant avec le VIH et qui ont été dépistés et nombre de gens bénéficiant de soins) dans les communautés et les centres de santé et les sites de traitement et auprès des responsables des intervenants dans les districts (transfert de connaissances).
- ▶ Informer le niveau central de l'ensemble de ces activités.

#### Indicateurs

1. Nombre de districts pour lesquels on dispose d'estimations sur la prévalence du VIH, sur la mortalité imputable au VIH à deux ans et sur les objectifs de traitement par sexe dans le cadre de l'initiative «3 millions d'ici 2005».
2. Nombre de districts ayant désigné une personne pour analyser et interpréter les données.
3. Proportion de centres de santé et des sites de traitement qui transmettent des données aux districts.
4. Nombre de centres de santé et de sites de traitement qui ont achevé les activités de planification et de formation prévues à la phase 1.
5. Nombre de rapports remis aux communautés, aux centres de santé et aux sites de traitement, aux responsables et aux intervenants dans les districts.

#### Phase 2

- ▶ Analyser les progrès accomplis dans l'atteinte des objectifs sur le plan géographique (par communauté et par centre de santé) et selon les catégories suivantes : sexe, âge, situation socio-économique, centres de santé et personnes chargées de fournir les traitements.
- ▶ Analyser l'évolution de tous les indicateurs (recours au traitement, observance, nombre de dépistages, sexe et interruption du traitement).
- ▶ Analyser les différences concernant la prescription, l'observance et les résultats cliniques au cours du temps par centre de santé, par fournisseur du traitement et par site du traitement.
- ▶ Sur la base de ces analyses, fournir des informations aux communautés, aux fournisseurs et aux planificateurs dans les districts pour permettre d'adapter et d'élargir davantage le programme.
- ▶ Communiquer ces informations au niveau central.

#### Indicateur

1. Nombre de districts qui ont régulièrement effectué ces analyses globales, qui en ont informé les parties intéressées et le niveau national.

## 5. RECOMMANDATIONS AU NIVEAU CENTRAL

**Recommandation 7. Elaborer un système national harmonisé, simple et standardisé de suivi et d'évaluation des traitements antirétroviraux accepté par les autorités nationales, en collaboration avec les donateurs et les personnes chargées de la mise en oeuvre. Ce système sera utilisé à tous les niveaux et relié au système national de suivi et d'évaluation.**

Les systèmes de suivi et d'évaluation complexes et qui ne sont pas harmonisés entraînent une multiplication de démarches superflues, produisent des données que l'on ne peut pas comparer entre elles et ne permettent pas de mesurer les progrès accomplis en vue de traiter trois millions de personnes d'ici 2005.

#### Actions à mener en priorité

##### Phase 1

- ▶ Fixer les priorités concernant le système national d'information stratégique, notamment pour ce qui a trait à la surveillance, au suivi, à l'évaluation et à la recherche opérationnelle dans le cadre de la mise en oeuvre de l'initiative «3 millions d'ici 2005» au niveau national, avec le concours et l'accord de toutes les parties intéressées.
- ▶ Elaborer un système national d'information stratégique.
- ▶ Créer un système national d'enregistrement des patients garantissant la confidentialité et permettant la continuité des soins.
- ▶ Elaborer des formulaires simples, standardisés et clairs pour garder une trace des soins prodigués aux patients et recueillir des données sur chaque site de traitement du pays. Ces formulaires doivent si possible être exhaustifs et portés au dossier médical du patient. Au cours de la phase 1, on peut avoir recours aux formulaires de base d'enregistrement des patients prévus dans les programmes de prise en charge intégrée des maladies de l'adolescent et de l'adulte.
- ▶ Estimer la prévalence du VIH et la mortalité imputable au VIH à deux ans et les objectifs de traitement dans le cadre de l'initiative «3 millions d'ici 2005» par sexe, en appliquant des méthodes internationalement reconnues.

# Information stratégique

- ▶ Contrôler les résultats en matière d'achats de médicaments et d'organisation de l'approvisionnement.

## Indicateurs

1. Priorités relatives au système national d'information stratégique qui a été accepté.
2. Création d'un système national d'information stratégique.
3. Création et distribution de formulaires standardisés aux personnes chargées de fournir le traitement.
4. Formation au recueil de données et utilisation des formulaires.
5. Nombre de districts pour lesquels ont dispose d'estimations sur l'infection à VIH et d'objectifs dans le cadre de l'initiative «3 millions d'ici 2005».
6. Pourcentage de personnes qui vivent avec le VIH/SIDA, qui ont été examinées, auxquelles on a prescrit des antirétroviraux et qui bénéficient du traitement au bout d'un mois.
7. Pourcentage de lieux de stockage au niveau central, au niveau des districts et des sites de traitement dont les cartes de stock de médicaments sont à jour et exactes au bout de six mois.
8. Pourcentage de lieux de stockage au niveau central des districts et des sites de traitement qui ne subissent pas de rupture de stock chaque année.

## Phase 2

- ▶ Elaborer un système électronique d'enregistrement des patients permettant de créer des identifiants personnels.
- ▶ Poursuivre la révision des modules de formation.
- ▶ Analyser les données pour faire des comparaisons et observer les tendances au niveau des districts.
- ▶ Réviser les stratégies sur la base des différentes constatations.
- ▶ Surveiller la pharmacorésistance.
- ▶ Contrôler le coût des soins aux différents niveaux du système.
- ▶ Faire une analyse au niveau central ou national de l'influence de la mise en œuvre de l'initiative «3 millions d'ici 2005» sur le nombre d'hospitalisations, l'occupation des lits, la mortalité, le nombre de cas de tuberculose et dans d'autres domaines.

## Indicateurs

1. Elaboration et essai d'un système électronique d'enregistrement des patients permettant de créer un identifiant unique.
2. Nombre de modules de formation révisés.
3. Comparaison faites et tendances analysées au niveau des districts, constatations communiquées aux personnes intéressées et stratégies révisées sur la base de ces constatations.
4. Nombre de personnes vivant avec le VIH/SIDA et n'ayant jamais pris de traitement antirétroviral auparavant, chez qui on a recherché une pharmacorésistance génotypique et nombre de cas de pharmacorésistance rapportés.
5. Nombre de personnes traitées depuis deux ans et présentant une résistance génotypique (taille de l'échantillon à déterminer).
6. Coût des soins déterminé à différents niveaux du système.
7. Impact de la mise en œuvre de l'initiative «3 millions d'ici 2005» au niveau national sur le nombre d'hospitalisations, l'occupation des lits, la mortalité, le nombre de cas de tuberculose et dans d'autres domaines.

# Annexe 1

## Liste des participants

---

Participants à la réunion internationale de consensus de l'OMS et de l'ONUSIDA sur les recommandations techniques et opérationnelles relatives à la généralisation rapide des traitements antirétroviraux dans les pays à ressources limitées, 18-21 novembre 2003, Lusaka, (Zambie)

**Orvill Adams**

Organisation mondiale de la Santé

EIP/OSD

**SUISSE**

---

**John Adungosi**

Family Health International

**KENYA**

---

**Michael Angaga**

Network of African People Living with HIV/AIDS (NAP+)

**KENYA**

---

**Chukwuemeka Anyamele**

Centre for the Right to Healths

**NIGÉRIA**

---

**Stella Anyangwe**

Bureau du Représentant de l'OMS en Zambie

**ZAMBIE**

---

**Magda Awases**

Bureau régional OMS de l'Afrique

**CONGO**

---

**Mazuwa Banda**

Organisation mondiale de la Santé

HTM/HIV

**SUISSE**

---

**Wilbert Bannenber**

HERA

**PAYS-BAS**

---

**Solomon Benatar**

Université du Cap

**AFRIQUE DU SUD**

---

**George Brown**

Fondation Rockefeller

**ETATS-UNIS**

---

**Alexandra Calmy**

Médecins Sans Frontières

**SUISSE**

---

**Henry Chang**

AHF Global Immunity

**HOLLANDE**

---

**Salome Charalambous**

Aurum Health Research

**AFRIQUE DU SUD**

---

**Augustine Chella**

Zambian Network of People Living with HIV/AIDS

**ZAMBIE**

---

**Lastone Chitembo**

University Teaching Hospital

**ZAMBIE**

---

**Marta Darder**

Médecins Sans Frontières Afrique du Sud

**AFRIQUE DU SUD**

---

**Ernest Darkoh**

BroadReach Healthcare

**BOTSWANA**

---

**John Darrah**

Fondation Rockefeller

**ETATS-UNIS**

---

**Isabelle De Zoysa**

Organisation mondiale de la Santé

HTM/HIV/PRV

**SUISSE**

---

# Annexe 1

## Liste des participants

---

**Mandeep Dhaliwal**

International HIV/AIDS Alliance

**ROYAUME-UNI**

---

**Teresa Diaz**

Global AIDS Program

Centers for Disease Control and Prevention

**ETATS-UNIS**

---

**Julia Downing**

Mildmay International Study Centre

**UGANDA**

---

**Norbert Dreesch**

Organisation mondiale de la Santé

EIP/OSD

**SUISSE**

---

**Nomfundo Wythnia Dubula**

Treatment Action Campaign

**AFRIQUE DU SUD**

---

**Nicolas Durier**

Médecins Sans Frontières

**THAILANDE**

---

**Tessa Tan Torres Edeger**

Organisation mondiale de la Santé

EIP/ADGO

**SUISSE**

---

**Wafaa El-Sadr**

Columbia University (MTCT-Plus Initiative)

**ETATS-UNIS**

---

**Tito Fachi**

Croix Rouge Zambie

**ZAMBIE**

---

**Masami Fujita**

OMS bureau régional pour le Pacifique de l'Ouest,

**PHILIPPINES**

---

**Eric Goemaere**

Médecins Sans Frontières Afrique du Sud

**AFRIQUE DU SUD**

---

**Valdilea Gonsalves Veloso dos Santos**

Ministère de la Santé

**BRESIL**

---

**Sandy Gove**

Organisation mondiale de la Santé

CDS/CPE

**SUISSE**

---

**Peter Graaff,**

Organisation mondiale de la Santé

EDM/PAR

**SUISSE**

---

**Carolyn Green**

Consultant

**ROYAUME-UNI**

---

**Ian Grubb**

Organisation mondiale de la Santé

HTM/HIV

**SUISSE**

---

**Gianni Guidotti**

Mozambique Dream Project

Sant'Egidio

**ITALIE**

---

**Catherine Hankins**

ONUSIDA

**SUISSE**

---

**Oliver Hazemba**

MSH (Management Sciences for Health)

**ZAMBIE**

---

**Mark Heywood**

AIDS Law Project

University of the Witwatersrand

**AFRIQUE DU SUD**

---

**Lisa Hirschhorn**

JSI Research and Training Institute

**ETATS-UNIS**

---

---

**Alec Irwin**

Organisation mondiale de la Santé  
EIP/ADGO

**SUISSE**

---

**Jantine Jacobi**

ONUSIDA

**UKRAINE**

---

**Stephen Jarrett**

UNICEF

**ETATS-UNIS**

---

**Violet Kabwe**

Zambia Integrated Health Programme (ZIHP)

**ZAMBIE**

---

**Rigobert Aka Kakou**

University Teaching Hospital de Treichville

**CÔTE D'IVOIRE**

---

**Francis Chisaka Kasolo**

University Teaching Hospital

**ZAMBIE**

---

**Toby Kasper**

Global Fund to Fight AIDS  
Tuberculosis and Malaria

**SUISSE**

---

**Elly Katabira**

Makerere University

**OUGANDA**

---

**Cissy Kityo**

Joint Clinical Research Centre (JCRC)

**OUGANDA**

---

**Herve Villard Lamah**

RIP+ (Réseau ivoirien des personnes vivant  
avec le VIH)

**CÔTE D'IVOIRE**

---

**Wesler Lambert**

Partners in Health

**HAITI**

---

**Joep Lange**

University of Amsterdam Academic Medical Centre

**HOLLANDE**

---

**Elizabeth Madraa**

National AIDS Control Programme

**OUGANDA**

---

**José Ricardo Marins**

STD/AIDS Program

Ministère de la Santé

**BRESIL**

---

**Jane Masiga**

MEDS (Mission of Essential Drugs and Supplies)

**KENYA**

---

**Craig McClure,**

Organisation mondiale de la Santé

HTM/HIV

**SUISSE**

---

**Nicolas Meda**

Centre Muraz

**BURKINA FASO**

---

**Julienne Meno**

Hôpital Laquintinie

**CAMEROUN**

---

**Zandile Mokgatle**

Harmony Mines

**AFRIQUE DU SUD**

---

**Helene Moller**

UNICEF

**DANEMARK**

---

**Dominic Montagu**

Institute of Global Health

**ETATS-UNIS**

---

**Solomon Mutetwa**

AIDS Empowerment &  
Treatment International (AIDSETI)

**ZIMBABWE**

---

# Annexe 1

## Liste des participants

---

**Christine Nabiryo**

The AIDS Service Organization

**OUGANDA**

---

**Namposya Nampanya-Serpell**

ONUSIDA

**SUISSE**

---

**Buhle Ncube**

OMS bureau régional pour l'Afrique

**ZIMBABWE**

---

**Marilyn Noguera**

JSI/Deliver

**ETATS-UNIS**

---

**Morolake Nwagwu**

Pan-African Treatment Activists Movement

**NIGERIA**

---

**Amolo Okero**

Organisation mondiale de la Santé

HTM/HIV

**SUISSE**

---

**Ariel Pablos-Mendez**

Fondation Rockefeller

**ETATS-UNIS**

---

**Rik Peepkorn**

ONUSIDA

**SUISSE**

---

**Jorge Pérez**

Instituto de Medicina Tropical Pedro Kouri

**CUBA**

---

**Jos Perriens**

Organisation mondiale de la Santé

HTM/HIV

**SUISSE**

---

**Sam Phiri**

Lighthouse Project

**MALAWI**

---

**Anil Purohit**

François-Xavier Bagnoud (FXB)-US Foundation

**ETATS-UNIS**

---

**Miriam Rabkin**

Columbia University (MTCT-Plus Initiative)

**ETATS-UNIS**

---

**Françoise Renaud-Théry**

ONUSIDA

**SUISSE**

---

**Jean-Loup Rey**

ESTHER (Ensemble pour une solidarité thérapeutique hospitalière en réseau)

**FRANCE**

---

**Fabio Scano**

Organisation mondiale de la Santé

HTM/STB

**SUISSE**

---

**Kathy Shapiro**

Organisation mondiale de la Santé

HTM/HIV

**SUISSE**

---

**Marks Shields**

Global AIDS Program

Centers for Disease Control and Prevention

**ZAMBIE**

---

**Alex Simwanza**

National AIDS Council

**ZAMBIE**

---

**Hayet Souissi**

Organisation mondiale de la Santé

HTM/HIV

**SUISSE**

---

**Catherine Sozi**

ONUSIDA

**AFRIQUE DU SUD**

---

---

**Larissa Stabinski**

United Nations Millenium Development Project  
HIV/AIDS Task Force

**ETATS-UNIS**

---

**Kanyanta Sunkutu**

Office of the WHO Representative for Zambia

**ZAMBIE**

---

**Donald Sutherland**

Organisation mondiale de la Santé  
HTM/HIV

**SUISSE**

---

**Helen Tata**

Organisation mondiale de la Santé  
HTP/EDM

**SUISSE**

---

**Ogori Taylor**

Office of the WHO Representative for Nigeria

**NIGERIA**

---

**Marco Vitoria**

Organisation mondiale de la Santé  
HTM/HIV

**SUISSE**

---

**Mean Chhi Vun**

National Centre for HIV/AIDS  
Dermatology and STDs

**CAMBODGE**

---

**Edwina Yen**

Pan American Health Organization and OMS bureau  
régional pour les Etats-Unis

**ETATS-UNIS**

---

**Melanie Zipperer**

Organisation mondiale de la Santé  
HTM/HIV

**SUISSE**

---

**Winston Zulu**

NZP+ (Network of Zambian People  
Living with HIV/AIDS)

**ZAMBIE**

---

**José Zuniga**

International Association of Physicians in AIDS Care

**ETATS-UNIS**

---



# Annexe 2

## Groupes de travail préparatoires

---

Ces groupes ont travaillé en septembre et octobre 2003.

### Groupe de travail 1: Les personnes vivant avec le VIH/SIDA et les communautés moteurs du traitement antiretroviral

**Mandeep Dhaliwal**

International HIV/AIDS Alliance

**ROYAUME-UNI (Chair)**

---

**Morolake Nwagwu**

Pan-African Treatment Activists Movement

**NIGERIA (Chair)**

---

**Ian Grubb**

Organisation mondiale de la Santé

HTM/HIV

**SUISSE (Focal Point)**

---

**Solomon Benatar**

Université de Cape Town

**AFRIQUE DU SUD**

---

**Shalini Bharah**

PISF

**INDE**

---

**Augustine Chella**

Zambian Network of People Living with HIV/AIDS

**ZAMBIE**

---

**Alex Coutinho**

The AIDS Service Organization

**OUGANDA**

---

**Tito Fachi**

Zambia Red Cross

**ZAMBIE**

---

**Julian Fleet**

ONUSIDA

**SUISSE**

**Mark Heywood**

AIDS Law Project

University of the Witwatersrand

**AFRIQUE DU SUD**

---

**Evelyn Isaacs**

OMS bureau régional pour l'Afrique

**ZIMBABWE**

---

**Jantine Jacobi**

ONUSIDA

**UKRAINE**

---

**Quarraisha Abdool Karim**

Université de Natal

**AFRIQUE DU SUD**

---

**Herve Villard Lamah**

RIP+ (Réseau ivoirien des personnes vivant avec le VIH)

**CÔTE D'IVOIRE**

---

**Rafael Mazin**

Pan American Health Organization and OMS bureau régional pour les Etats-Unis

**ETATS-UNIS**

---

**Craig McClure**

Organisation mondiale de la Santé

HTM/HIV

**SUISSE**

---

**Christine Nabiryo**

The AIDS Support Organization

**OUGANDA**

---

**Jeanne Gapiya Nizonyima**

ANSS (Association Nationale de soutien aux Séropositifs)

**BURUNDI**

---

**Anil Purohit**

François-Xavier Bagnoud (FXB)-US Foundation

**ETATS-UNIS**

# Annexe 2

## Groupes de travail préparatoires

---

### Groupe de travail 2: Services de soins et de prévention essentielles à l'appui des traitements antiretroviraux

**Nicolas Durier**

Médecins Sans Frontières

**THAILANDE (Chair)**

---

**José Ricardo Marins**

STD/AIDS Program

Ministère de la Santé

**BRESIL (Chair)**

---

**Marco Vitoria**

Organisation mondiale de la Santé

HTM/HIV

**SUISSE (Focal Point)**

---

**Salome Charalambous**

Aurum Health Research

**AFRIQUE DU SUD**

---

**Anupong Chitwarakorn**

Ministère de la Santé

HIV/AIDS/STI

**THAILANDE**

---

**Isabelle De Zoysa**

Organisation mondiale de la Santé

HTM/HIV/PRV

**SUISSE**

---

**Aylur Kailasam Ganesh**

YR Gaitonde Centre for AIDS Research and Education

**INDE**

---

**Valdilea Gonsalves Veloso dos Santos**

Ministère de la Santé

**BRESIL**

---

**Sandy Gove**

Organisation mondiale de la Santé

CDS/CPE

**SUISSE**

**Gianni Guidotti**

Mozambique Dream Project

Sant'Egidio

**ITALIE**

---

**Rigobert Aka Kakou**

University Teaching Hospital de Treichville

**CÔTE D'IVOIRE**

---

**Wesler Lambert**

Partners in Health

**HAITI**

---

**Joia Mukerjee**

Partners in Health

**ETATS-UNIS**

---

**Jorge Pérez**

Instituto de Medicina Tropical Pedro Kouri

**CUBA**

---

**Miriam Rabkin**

Columbia University (MTCT-Plus Initiative)

**ETATS-UNIS**

---

**Fabio Scano**

Organisation mondiale de la Santé

HTM/STB

**SUISSE**

---

**Catherine Sozi**

ONUSIDA

**AFRIQUE DU SUD**

---

**Kanyanta Sunkutu**

Office of the WHO Representative for Zambia

**ZAMBIE**

---

## Groupe de travail 3: Prestations de services, ressources humaines et formation

### **John Adungosi**

Family Health International

**KENYA (Chair)**

---

### **Elly Katabira**

Makerere University

**UGANDA (Chair)**

---

### **Orvill Adams**

Organisation mondiale de la Santé

EIP/OSD

**SUISSE (Focal Point)**

---

### **Magda Awases**

OMS bureau régional pour l'Afrique

**CONGO**

---

### **Mazuwa Banda**

Organisation mondiale de la Santé

HTM/HIV

**SUISSE**

---

### **Alexandra Calmy**

Médecins Sans Frontières

**SUISSE**

---

### **Anyamele Chukwuemeka**

**NIGERIA**

---

### **Julia Downing**

Mildmay International Study Centre

**UGANDA**

---

### **Norbert Dreesch**

Organisation mondiale de la Santé

EIP/OSD

**SUISSE**

---

### **Nomfundo Wythnia Dubula**

Treatment Action Campaign

**AFRIQUE DU SUD**

---

### **Eric Goemaere**

Médecins Sans Frontières South Africa

**AFRIQUE DU SUD**

---

### **Sandy Gove**

Organisation mondiale de la Santé

CDS/CPE

**SUISSE**

---

### **Gulin Gedik**

Organisation mondiale de la Santé

EIP/OSD

**SUISSE**

---

### **Lisa Hirschorn**

JSI Research and Training

**ETATS-UNIS**

---

### **Elizabeth Madraa**

National AIDS Control Program

**UGANDA**

---

### **Fujita Masami**

OMS bureau régional pour Pacifique de l'Ouest

**PHILIPPINES**

---

### **Zandile Mokgatle**

Harmony Mines

**AFRIQUE DU SUD**

---

### **Sipokazi Mtathi**

Treatment Action Campaign

**AFRIQUE DU SUD**

---

### **Virginia O'Dell**

Organisation mondiale de la Santé

EIP/OSD

**SUISSE**

---

### **Rik Peeperkorn**

ONUSIDA

**SUISSE**

---

### **Papa Salif Sow**

University of Dakar

**SENEGAL**

---

# Annexe 2

## Groupes de travail préparatoires

---

### **Mean Chhi Vun**

National Centre for HIV/AIDS  
Dermatology and STDs  
**CAMBODGE**

---

### **Edwina Yen**

Pan American Health Organization and  
OMS bureau régional pour les Etats-Unis  
**ETATS-UNIS**

---

### **Fox Mayada Youssef**

Organisation mondiale de la Santé  
HTM/HIV  
**SUISSE**

---

## **Groupe de travail 4: Organisation de l'approvisionnement**

### **Stephen Jarett**

UNICEF  
**ETATS-UNIS (Chair)**

---

### **Jane Masiga**

MEDS (Mission of Essential Drugs and Supplies)  
**KENYA (Chair)**

---

### **Helen Tata**

Organisation mondiale de la Santé  
HTP/EDM  
**SUISSE (Focal Point)**

---

### **Guido Bakker**

Global Fund to Fight AIDS  
Tuberculosis and Malaria  
**SUISSE**

---

### **Wilbert Bannenberg**

HERA  
**HOLLANDE**

---

### **Yasmin Chandani**

JSI Deliver  
**ETATS-UNIS**

---

### **Marta Dardar**

Médecins Sans Frontières South Africa  
**AFRIQUE DU SUD**

---

### **Carolyn Green**

Consultant  
**ROYAUME-UNI**

---

### **Cissy Kityo**

Joint Clinical Research Centre (JCRC)  
**OUGANDA**

---

### **Marie Josée Mbuzenakamwe**

ANSS (Association Nationale de soutien aux Séropositifs)  
**BURUNDI**

---

### **Julienne Meno**

Hôpital Laquintinie  
**CAMEROUN**

---

### **Marilyn Noguera**

JSI/Deliver  
**ETATS-UNIS**

---

### **Amolo Okero**

Organisation mondiale de la Santé  
HTM/HIV  
**SUISSE**

---

### **Françoise Renaud-Théry**

ONUSIDA  
**SUISSE**

---

### **Ogori Taylor**

Office of the WHO Representative for Nigeria  
**NIGERIA**

---

---

## Groupe de travail 5: Information stratégique

**Catherine Hankins**

ONUSIDA

**SUISSE (Chair)**

---

**Meda Nicolas**

Ministère de la Santé

**BURKINA FASO (Chair)**

---

**Donald Sutherland**

Organisation mondiale de la Santé

HTM/HIV

**SUISSE (Focal Point)**

---

**Silvia Bertagnolio**

Organisation mondiale de la Santé

HTM/HIV/SRM

**SUISSE**

---

**Theresa Diaz**

Global AIDS Program

Centers for Disease Control and Prevention

**ETATS-UNIS**

---

**Wafaa El-Sadr**

Columbia University (MTCT-Plus Initiative)

**ETATS-UNIS**

---

**Owen Kaluwa**

OMS bureau régional pour l'Afrique

**ZIMBABWE**

---

**Kevin O'Reilly**

Organisation mondiale de la Santé

HIV/SRM

**SUISSE**

**Sam Phiri**

Lighthouse Project

**MALAWI**

---

**Marks Shields**

Global AIDS Program

Centers for Disease Control and Prevention

**ZAMBIE**

---

**Larissa Stabinski**

United Nations Millenium Development Project

HIV/AIDS Task Force

**ETATS-UNIS**







Pour plus d'informations, contacter :  
ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ  
Département du VIH/SIDA  
20, avenue Appia – CH-1211 Genève 27 – SUISSE  
E-mai: [hiv-aids@who.int](mailto:hiv-aids@who.int) – <http://www.who.int/hiv/en>

ISBN 92 4 259138 6

