

AMELIORER LA QUALITE DES SERVICES DE TRAITEMENT DU VIH AFIN D'ACCROITRE LA RETENTION DANS LES SOINS ET TRAITEMENT



Elizabeth Glaser
Pediatric AIDS
Foundation

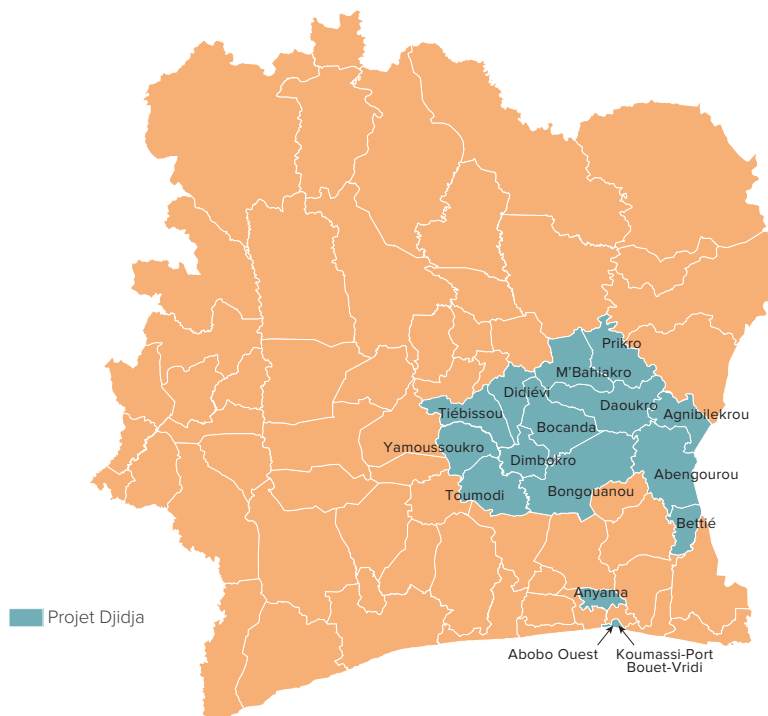
*Until no
child has
AIDS.*

INTRODUCTION

La Fondation Elizabeth Glaser pour la lutte contre le SIDA pédiatrique (EGPAF) a commencé à soutenir les programmes de soins et traitement du VIH/SIDA en Côte d'Ivoire en 2004 et les programmes de prévention de la transmission mère-enfant du VIH (PTME) en 2005. EGPAF travaille à mettre fin à l'épidémie du VIH dans le pays en augmentant l'accès à des services complets de haute qualité et bien intégrés de prévention, de soins et traitement du VIH pour les femmes, les enfants et les familles.

Lancé en 2011 avec le financement du Plan d'urgence du Président des États-Unis pour le SIDA (PEPFAR) à travers les Centres Américains pour le contrôle et la prévention des maladies (CDC), le Projet Djidja permet à EGPAF-Côte d'Ivoire de soutenir 126 établissements de santé au sud, à l'est et au centre du pays. À travers projet Djidja, EGPAF travaille à renforcer les systèmes de santé, les compétences des prestataires de soins, pour améliorer les services de prévention, soins et traitement du VIH. EGPAF fournit un soutien direct de prestation de services aux sites dans les domaines de la PTME, du dépistage du VIH, des soins et traitements pour le VIH, et du diagnostic/traitement de la tuberculose (TB). EGPAF assure également l'appropriation locale de l'amélioration des prestations des services contre le VIH. EGPAF travaille avec 11 organisations à base communautaires (OBC), et collabore étroitement avec l'organisation locale affiliée à EGPAF (la Fondation Ariel Glaser) pour améliorer l'accès à des programmes de qualité contre le VIH/ SIDA dans d'autres régions du pays.

Le maintien des patients en soins et traitement est essentiel pour s'assurer que les personnes vivant avec le VIH (PVVIH) reçoivent les soins nécessaires pour vivre de longues années en bonne santé. Le projet Djida a travaillé à améliorer la rétention des clients dans les divers sites de soins et traitement. Des interventions créatives visant à augmenter la rétention et impliquant une meilleure utilisation des données ainsi qu'une standardisation des activités de suivi des patients ont été mises en œuvre dans 16 districts et quatre régions sanitaires (Abidjan 2, Béliér, Indénie-Djuablin et Nzi-Iffou).



Carte des régions Djidja



RETENTION DANS LES PROGRAMMES DE LUTTE CONTRE LE VIH / SIDA

Le Gouvernement de la Côte d'Ivoire et EGPAF-Côte d'Ivoire (EGPAF-CDI) se sont engagés à atteindre les objectifs communs du programme des Nations Unies pour le VIH/SIDA (ONUSIDA) la cible de 90-90-90*. Le maintien des PVVIH dans les services de soins et traitement est essentiel pour atteindre la troisième cible. Cependant, ce maintien dans les services de soins continue d'être un défi majeur pour les programmes VIH en Afrique sub-saharienne.

L'ONUSIDA estimait qu'en 2010, 18% des patients mis sous traitement ont été perdus de vue (PDV) † au cours de la première année de traitement dans les pays en développement. Plusieurs études montrent que environ 25% des patients vivant avec le VIH qui ont commencé un traitement antirétroviral (TARV) ne sont plus sous traitement après de 12 mois.¹⁻⁶ En Côte d'Ivoire, le taux de perdus de vue est supérieur à ceux des autres pays en développement; selon le Ministère de la Santé et de l'Hygiène publique, en 2007, 2008 et 2009, les taux de perdus de vue 12 mois après le début du TARV étaient de 35%, 40% et 38,8%, respectivement.^{7, 8}

Depuis le début du projet Djidja en Octobre 2011, la rétention des patients vivant avec le VIH dans les soins et traitement a été un défi constant. Au cours de la première année du projet, la rétention des adultes et des enfants sous TARV était de 70% après six mois de traitement et 57% après 12 mois. Au cours de la deuxième année du projet, ces taux ont augmenté à 72% après six mois et 63% après 12 mois.

Le faible taux de rétention est en grande partie dû aux taux élevés de mortalité et de perdus de vue dans les programme, tous deux étant influencés par des facteurs sociaux, financiers, cliniques, et systémique.

Le PEPFAR et EGPAF ont identifié la rétention comme un défi commun aux partenaires de mise en œuvre des programmes de soins et traitement en Côte d'Ivoire, ainsi qu'un défi dans l'atteinte des objectifs 90-90-90. En 2013, suite à la réalisation d'une évaluation du programme de soins et de traitement du pays, le PEPFAR a souhaité que les partenaires de mise en œuvre atteignent un taux de rétention de 85% à 12 mois après le début du TARV.⁹

* 90% des PVVIH connaissent leur séropositivité, 90% des personnes qui connaissent leur statut reçoivent un traitement et 90% des personnes traitées contre le VIH verront leur charge virale supprimée d'ici 2020.

† Les patients sont considérés comme étant des PDV s'ils ne se sont pas présentés à des rendez-vous pour recevoir des antirétroviraux au-delà de 90 jours.



STRATEGIES VISANT A AMELIORER LA RETENTION DANS LES SOINS ET TRAITEMENTS DU VIH

EGPAF-Côte d'Ivoire a élaboré des approches pour adresser le défi de la faible rétention des patients dans les zones géographiques supportées dans le cadre du projet Djidja. Il s'agissait notamment de l'utilisation des données disponibles au niveau des structures sanitaires pour cibler les patients perdus de vue et mettre l'accent sur le renforcement des composantes clés d'un paquet de service pour améliorer la qualité des services et la rétention des patients positifs dans les soins et traitement. Cela a abouti au développement de trois stratégies à savoir:

- Le suivi-actif des cohortes (SAC),
- Le constat-action-résultat (CAR), et
- Le suivi-actif de la femme enceinte et de l'enfant (SAFE)

Ces stratégies ont été mises en œuvre dans toutes les structures sanitaires soutenues par le projet Djidja. La mise en œuvre a été guidée par plusieurs principes y compris l'utilisation continue de données, la standardisation des procédures opératoires de mise en œuvre et le suivi régulier et standardisé des activités.

LA STRATEGIE SAC: LE SUIVI-ACTIF DES COHORTES

La stratégie SAC (Le suivi-actif des cohortes de patients sous TARV) cible la rétention des patients sous TARV au cours de leurs 12 premiers mois, après le début du traitement. Cette stratégie a débuté au cours du premier trimestre 2014 dans 76 sites et a atteint 84 sites à fin septembre 2016. L'objectif du SAC est d'augmenter les taux de rétention et de réduire les taux de perdus de vue et de mortalité.

Grâce à la stratégie du SAC, les assistants techniques du projet Djidja et les conseillers communautaires ou les travailleurs sociaux ont analysé les données de tous les patients vivant avec le VIH (adultes, enfants et femmes enceintes) qui fréquentaient les sites de soins et traitement sur une base hebdomadaire afin de s'assurer que tous les rendez-vous étaient planifiés et suivis.

Lorsque les patients manquaient des rendez-vous, les conseillers communautaires ou les travailleurs sociaux contactaient ces patients par téléphone ou par des visites à domicile pour les inciter à retourner dans la structure de santé et recevoir les soins y compris le TARV. Depuis octobre 2015, le SAC a évolué afin de permettre aux professionnels de la santé de faire cette analyse hebdomadaire sur une base mensuelle pour les patients, avec des mesures de suivi si nécessaire. Après la première année de traitement, stratégie CAR est utilisée sur les sites supportés par EGPAF pour le suivi des patients sous TARV. La stratégie SAC comprend les étapes suivantes:

- Les assistants techniques d'EGPAF et les conseillers communautaires/travailleurs sociaux recueillent des informations essentielles sur les patients (numéro de téléphone et l'état clinique des patients) à l'enrôlement des patients sous TARV.
- Les assistants techniques élaborent une liste mensuelle des patients sous TARV avec leur statuts actuels (traitement en cours, traitement arrêté, sans traitement, perdus de vue, transféré ou décédé). Les patients sont regroupés par statut en fonction du mois au cours duquel ils ont commencé le TARV.
- Les assistants techniques et les conseillers communautaires identifient les patients qui sont en rupture de traitement ou perdus de vue.
- Les conseillers communautaires contactent les patients en rupture de traitement ou perdus de vue par téléphone.
- Après deux tentatives infructueuses de contact du patient par téléphone, les conseillers communautaires organisent des visites à domiciles pour tous les patients perdus de vue afin de leur fournir les médicaments ARV à leur domicile.
- Les assistants techniques d'EGPAF veillent à ce que les patients en rupture de traitement ou perdus de vue retrouvent les services de soins et traitement.

IMPACT DU SAC

Suite à la mise en œuvre de la stratégie du SAC (axée sur les données) à partir de Janvier-Mars 2014, le taux de rétention des patients sous TARV à 12 mois dans le projet Djidja a augmenté à 71% au cours de la troisième année du projet et 79% au cours de la quatrième année. Quant au taux de rétention à 6 mois, il était de 75% au cours de la troisième année et 81% au cours de la quatrième année. Malgré cette augmentation, les taux de rétention à 6 et 12 mois restent inférieurs aux objectifs du PEPFAR qui sont de 95% à 6 mois et de 85% à 12 mois (voir figures 1 et 2).

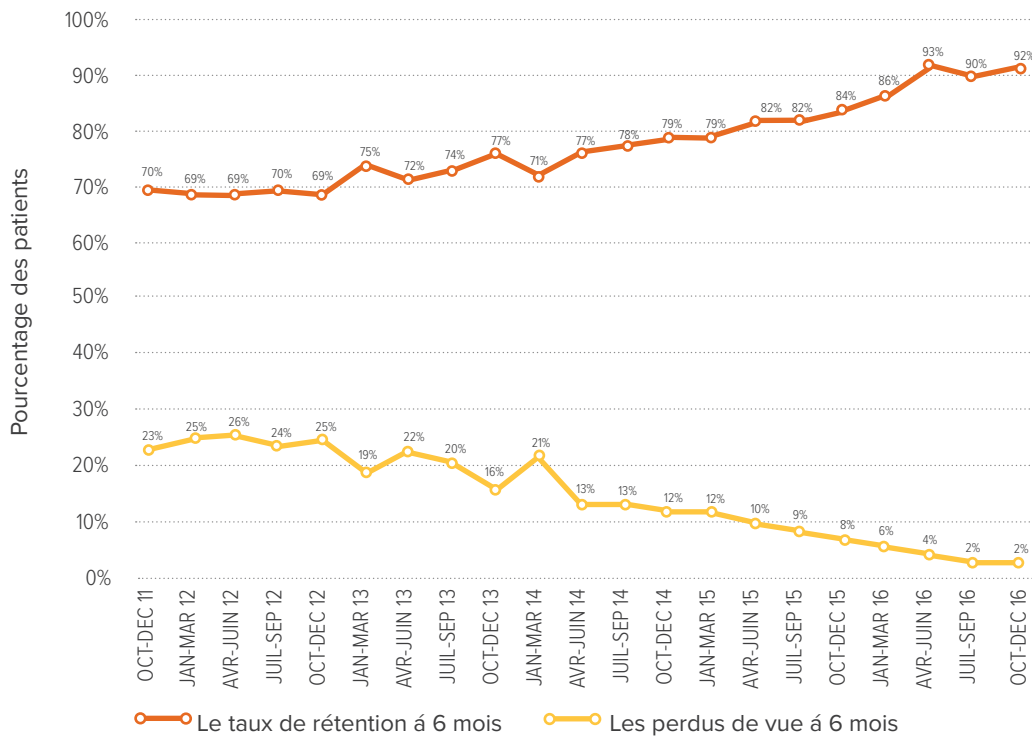


Figure 1. Evolution des taux de rétention et de perdus de vue à 6 mois

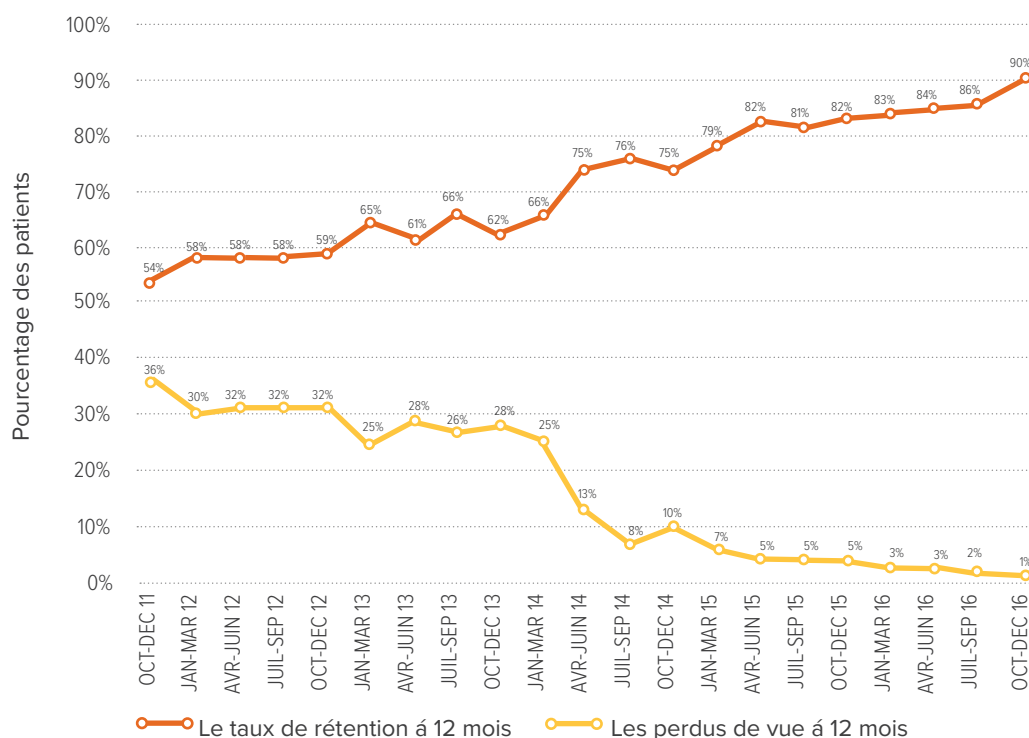


Figure 2. Evolution des taux de rétention et de perdus de vue a 12 mois

LA STRATEGIE CAR: LE CONSTAT-ACTION-RESULTAT

Au début de 2014, EGPAF a commencé à appliquer la stratégie CAR (Le constat-action-résultat) ou l'utilisation des évidences pour guider l'action sur tous les 109 sites de soins et traitement supportés par le projet Djidja. La stratégie CAR vise à améliorer l'accès à des services de soins et soutien de haute qualité. La stratégie consistait au monitoring d'un paquet de services offerts aux PVVIH (par exemple l'enrôlement dans les soins, la fourniture du cotrimoxazole [CTX] en prophylaxie, le dépistage de la TB chez les PVVIH, le dépistage du VIH chez les personnes atteintes de TB, l'évaluation de l'état nutritionnel, etc.) a s'assuré que ces patients demeurent dans les soins.

Dans le cadre de cette stratégie, le personnel du programme d'EGPAF a conduit des visites de sites hebdomadaires pour contrôler la délivrance des services aux patients ainsi que la documentation des services délivrés. Lorsque des patients n'avaient pas reçu les services requis, les conseillers communautaires initiaient des appels téléphoniques pour programmer une nouvelle visite au centre de santé. Et lorsque les patients n'étaient pas joignables par téléphone, les conseillers communautaires conduisaient des visites à domicile et délivraient les services tel que la remise de la prophylaxie au CTX et les conseils d'observances (similaire au SAC).

L'IMPACT DU CAR

Depuis le début de la mise en œuvre de la stratégie du CAR au cours du premier trimestre de 2014, des améliorations ont été constatés dans la délivrance des services de conseil dépistage initié par le prestataire (CDIP), les soins et traitements aux adultes et enfants, la coinfection TB-VIH, les soins et soutiens. Les graphiques 3, 4 et 5 montrent l'évolution au cours du projet Djidja des indicateurs clés de qualité suivant : nombre de patients enrôlés dans les soins, l'évaluation nutritionnelle et le dépistage de la TB chez les PVVIH.

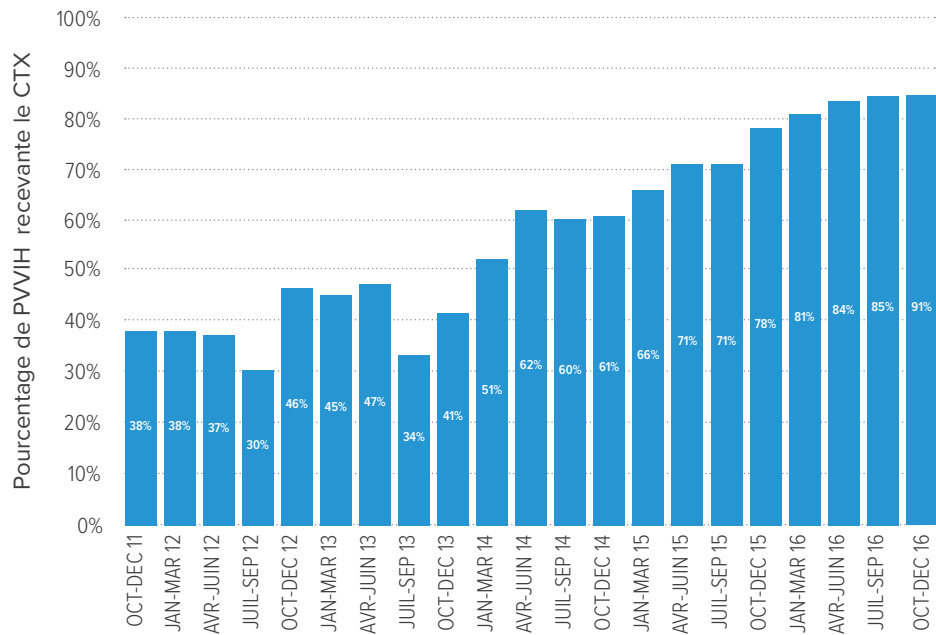


Figure 3. Pourcentage des PVIH recevant le CTX en prophylaxie

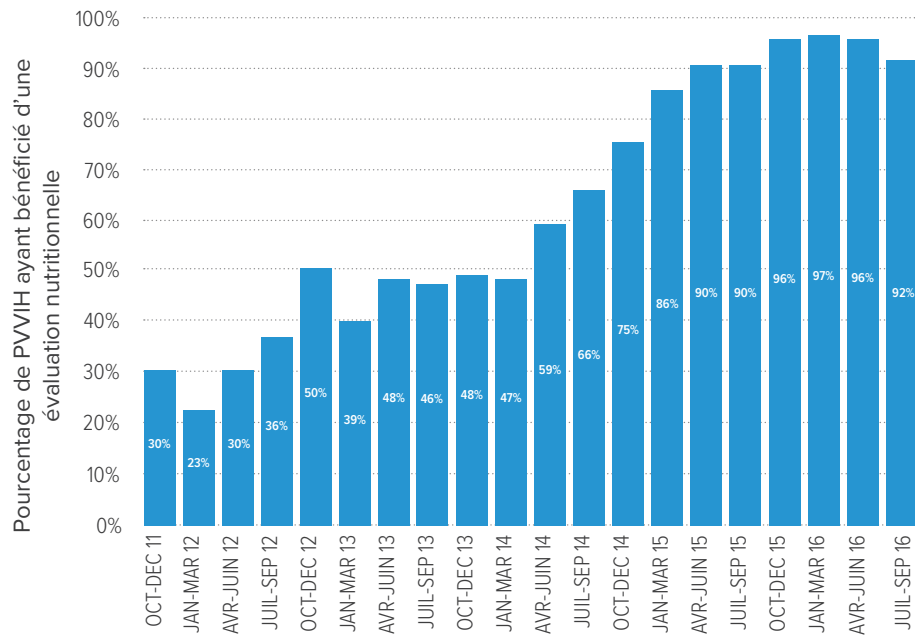


Figure 4. Pourcentage de PVIH ayant bénéficié d'une évaluation nutritionnelle

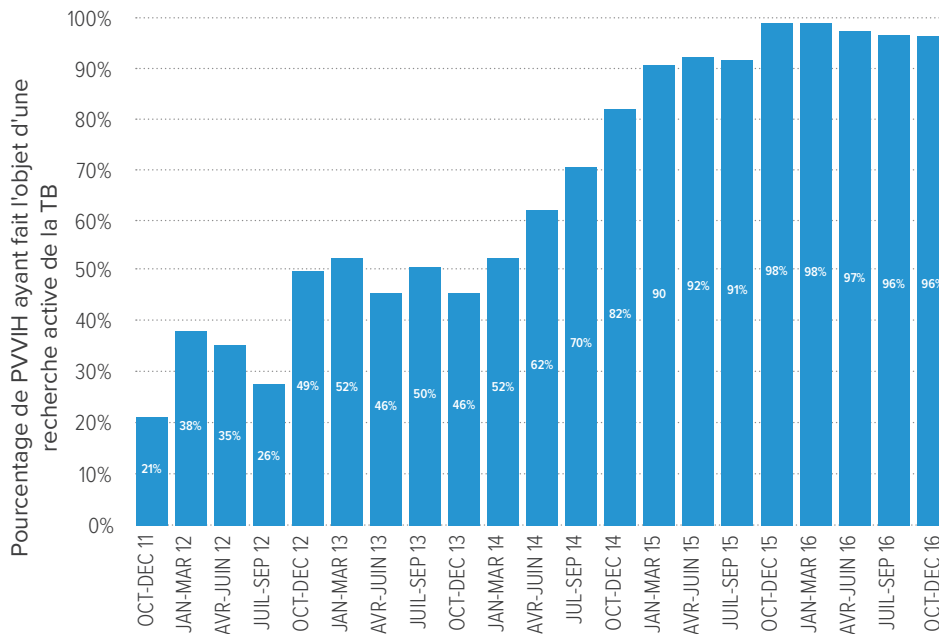


Figure 5. Pourcentage de PVVIH ayant fait l'objet d'une recherche active de la TB

LA STRATEGIE SAFE: LE SUIVI-ACTIF DE LA FEMME ET DE L'ENFANT

La stratégie SAFE (le suivi actif de la femme et de l'enfant) a commencée en 2015 et a été mise en œuvre sur 60 sites PTME. A travers cette stratégie, le personnel technique (les chargés de programme) d'EGPAF monitorait la délivrance d'un paquet minimum de services et soins aux femmes enceintes ou allaitantes séropositives et leurs nourrissons exposés au VIH (incluant les visites prénatales, la fourniture de TARV, le dosage des CD4, la recherche active de la TB, l'évaluation nutritionnelle pour les femmes et les enfants, le diagnostic précoce du VIH chez les enfants exposés la prophylaxie ARV chez les nourrissons exposés et le traitement des nourrissons infectés par le VIH) et effectuait des rappels de RDV par téléphone ou des visites a domiciles pour les femmes qui avaient manqué leur rendez-vous.

Le SAFE comporte les étapes suivantes:

- Identification de toutes les femmes enceintes séropositives en consultation prénatale et en salle accouchement par les prestataires de soins.
- Suivi de toutes les visites prénatales des femmes enceintes séropositives par le personnel technique d'EGPAF et les prestataires de soins.
- Suivi des accouchements des femmes enceintes positives dans les centres de santé par le personnel technique d'EGPAF.
- Appels téléphoniques/visites à domicile (par les conseillers communautaires et les travailleurs sociaux) pour les femmes enceintes séropositives qui ont manqué au moins un service (consultation prénatale ou prophylaxie) ou qui sont perdus de vue.
- Suivi hebdomadaire (par le personnel technique d'EGPAF) de la distribution de CTX aux nourrissons exposés au VIH à six semaines.
- Suivi hebdomadaire (par le personnel technique d'EGPAF) du diagnostic précoce du VIH entre 2 mois et 12 mois.

Le personnel technique d'EGPAF ont initié des changements là il était nécessaire pour améliorer les infrastructures et le fonctionnement du site. Au début du projet Djidja, la documentation des services de PTME et de soins et de traitement était insuffisante. EGPAF a mis en place des outils conviviaux pour documenter la délivrance des services de PTME, soins et le traitement aux patients et a formé les prestataires de soins sur leur utilisation.

Le dépistage précoce du VIH par la technique la réaction en chaîne de la polymérase d'échantillons de sang séchés (PCR DBS) est recommandée chez tous les nourrissons exposés au VIH. Cependant, seuls trois laboratoires dans le pays étaient capables d'effectuer des examens de PCR (tous situés à Abidjan). Au début de la mise en œuvre de la stratégie SAFE, le projet Djidja a établi un système d'acheminement des échantillons de sang à partir des sites PTME aux laboratoires de référence et à améliorer plus tard ce système pour assurer la disponibilité à temps des résultats des PCR au niveau des centres de santé.

L'IMPACT DU SAFE

Le SAC et le SAFE ont utilisé des approches similaires et ont enregistré des résultats similaires. Dans l'ensemble, les stratégies SAC et SAFE ont contribué à réduire le nombre de rendez-vous manqués parmi les femmes enceintes séropositives au niveau de sites supportés, le personnel organisant des rappels avant les rendez-vous, ou des appels téléphoniques/des visites à domicile pour ceux ou celles qui ont manqué leur rendez-vous pour recevoir les soins.

DEFIS

La disponibilité des ressources humaines a été un obstacle à la mise en œuvre de toutes ces stratégies. Dans certains établissements, il y avait une insuffisance en personnel chargé de la gestion des données qui permettent une identification rapide des patients ayant manqué leurs rendez-vous. On notait également une insuffisance en travailleurs sociaux et conseillers communautaire pour effectuer les appels téléphoniques ou les visites à domicile afin de ramener les patients perdus de vue dans les soins.

Certains sites n'avaient de pas de base de données pour faciliter la gestion informatisée des données cliniques. Enfin, on a noté un manque de ressources financières durables pour effectuer les appels téléphoniques des patients et couvrir les frais de déplacement pour les visites à domicile.

PROCHAINES ETAPES

A travers le support du CDC, EGPAF travaillera avec les responsables des districts sanitaires et structures de santé pour renforcer les ressources humaines et s'assurer que les composantes du CAR, SAFE et du SAC sont bien mises en œuvre. Les prestataires de soins des structures de santé seront formés aux procédures opératoires standards qui encadrent la mise en œuvre des stratégies SAC, CAR et SAFE pour permettre de nouveaux progrès vers les objectifs 90-90-90. EGPAF appliquera la stratégie du SAC au suivi des cohortes à 24 et 36 mois après le début du TARV pour monitorer et améliorer la rétention sur le long terme.

REFERENCES

1. Sterne, J.A.C., Hernan, M.A., Ledergerber, B., et al. 2005. L'efficacité à long terme du traitement antirétroviral puissant dans la prévention du Sida et la mort: une étude de cohorte prospective. *Lancet* 366 (9483): 378-384.
2. Egger, M., Mai, M., Chene, G., et al. 2002. Pronostic des patients infectés par le VIH-1 qui commencent un traitement antirétroviral hautement actif: une analyse collaborative des études prospectives. *Lancet* 360 (9340): 119-129.
3. Ekouevi, D.K., Balestre, E. Ba-Gomis, et al. 2010. Faible rétention des patients infectés par le VIH sous traitement antirétroviral dans 11 centres cliniques en Afrique de l'Ouest. *Médecine Tropicale et Santé Internationale* 15 Suppl. 1:34-42.
4. Musheke, M., Bond, V., Merten, S. 2012. Les facteurs individuels et contextuels influençant l'attrition des patients des soins de la thérapie antirétrovirale dans une communauté urbaine de Lusaka, en Zambie. *Journal de l'International AIDS Society* 15 Suppl. 1: 1-9.
5. Harries, A.D., Zachariah, R., Lawn, S.D., et al. 2010. Strategies to improve patient retention on antiretroviral therapy in sub-Saharan Africa. *Tropical Medicine & International Health* 15:70-75.
6. Rosen, S., Fox, M.P., Gill, C.J. 2007. Patient Retention in Antiretroviral Therapy Programs in Sub-Saharan Africa: A Systematic Review. *PLoS Med* 4(10):1691-1701.
7. Côte d'Ivoire Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique (MSHP). 2008. Rapport sur le VIH 2007-2008. Abidjan: MSHP.
8. Côte d'Ivoire MSHP. 2009. HIV Report 2009. Abidjan: MSHP
9. Ekra, A. Évaluation de la qualité des services et vérification de la qualité des données dans les établissements de soins et de traitement avec le soutien du PEPFAR-Côte d'Ivoire. 2014. Abidjan: Les Centres Américains pour le contrôle et la prévention des maladies (CDC).

REMERCIEMENTS

Cette publication a été soutenue par l'accord de coopération numéro 5U2GGH000118 des Centres pour le contrôle et la prévention des maladies des États-Unis (CDC). Son contenu relève uniquement de la responsabilité des auteurs et ne représente pas nécessairement les opinions officielles des CDC. Nous tenons à souligner la précieuse direction et le partenariat du Gouvernement de la Côte d'Ivoire dans le cadre du projet Djidja, en particulier le Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique.

