

GUIDE DE MISE EN PLACE DES POSTES DE DISTRIBUTION COMMUNAUTAIRE D'ARV

Comment rendre le traitement ARV plus accessible
aux personnes vivant avec le VIH



©Peter Casar



TABLES DES MATIÈRES

GLOSSAIRE

ACP	Animateur communautaire polyvalent
CDV	Conseil de dépistage volontaire
CV	Charge virale
DCP	Distributeur communautaire polyvalent
FM	Fonds Mondial
FOSA	Formation sanitaire
GS	Groupe de support
IO	Infection opportuniste
MSF	Médecins Sans Frontières
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
PPDV	Présumé perdu de vue
PEPFAR	President's Emergency Plan for AIDS Relief
PNLS	Programme national de lutte contre le SIDA
PODI	Poste de distribution de TARV communautaire
PDV	Perdu de vue
PVVIH	Personne vivant avec le VIH
RDC	République démocratique du Congo
RNOAC_GS/ PVVIH	Réseau national des organisations d'assises communautaires des groupes de support des personnes vivant avec le VIH
TARV	Traitement antirétroviraux
ZdS	Zone de Santé

PARTIE 1 : COMPRENDRE LES PODI D'UN COUP D'ŒIL	5
1. Pourquoi avons-nous besoin des PODI ?	5
2. Le fonctionnement du PODI	6
3. Les avantages des PODI	8
4. Conditions préalables à la mise en œuvre des PODI	11
PARTIE 2 : LA PRÉPARATION DE LA MISE EN PLACE DES PODI	12
1. Analyse de la situation	12
2. Identifier les parties prenantes	12
3. Définir le budget	14
4. Recruter et former le personnel des PODI	15
5. Identifier le local du PODI	17
6. Établir les heures d'ouverture du PODI	18
7. Définir les critères d'éligibilité pour les PODI	19
8. Préparer le personnel dans les formations sanitaires	19
9. Assurer l'approvisionnement des ARV	20
PARTIE 3 : LA MISE EN PLACE DES ACTIVITÉS PRINCIPALES DU PODI	21
1. Promotion des PODI chez les PVVIH sous ARV	21
2. Identifier les patients éligibles au PODI	21
3. Organiser l'arrivée des nouveaux patients au PODI	22
4. Organiser la collecte des ARV au PODI	23
5. La recherche des patients qui manquent leur rendez-vous	24
6. Organiser les visites annuelles des patients aux formations sanitaires	25
7. Organiser la réorientation des patients vers les formations sanitaires	25
8. Gérer la pharmacie	26
9. Suivi et évaluation des PODI	27
10. Supervision des PODI	28
PARTIE 4 : LA MISE EN PLACE DES ACTIVITÉS COMPLÉMENTAIRES DU PODI	29
1. Le conseil et dépistage du VIH	29
2. Offrir des services d'éducation et de conseil	30
3. L'organisation des groupes de support	31
4. L'accompagnement social des personnes en situation critique	31
Annexes	32
Références	34

PARTIE 1 : COMPRENDRE LES PODI D'UN COUP D'ŒIL





JE M'ENGAGE...

1. POURQUOI AVONS-NOUS BESOIN DES PODI ?

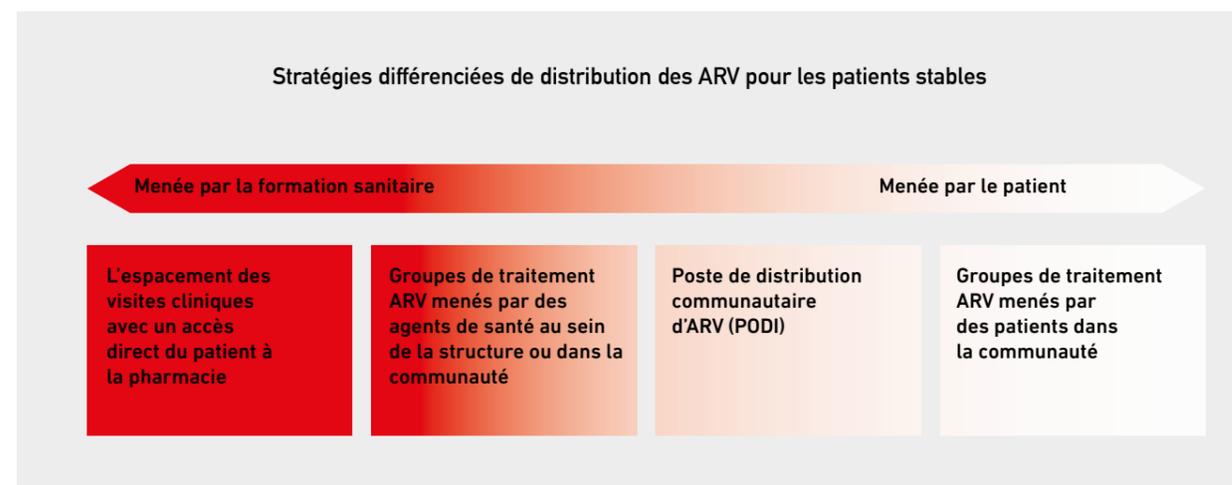
Malgré le développement rapide du traitement antirétroviral (ARV), les personnes vivant avec le VIH (PVVIH) restent confrontées à des obstacles pour accéder au traitement en Afrique subsaharienne. Parallèlement, les systèmes de santé luttent pour fournir des soins à un nombre croissant de patients sous TARV. En 2015, l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) a recommandé la mise en place de modèles différenciés d'accès aux traitements ARV pour des PVVIH stables¹. Cette recommandation est basée sur des expériences positives de stratégies mises en place au niveau des formations sanitaires telles que l'espacement des visites cliniques avec un accès direct du patient à la pharmacie pour la distribution d'ARV, ou des groupes de traitement ARV menés par des agents de santé au sein de la structure. D'autres stratégies plutôt communautaires ont aussi été pilotées comme les groupes TARV menés par des patients ou la distribution des ARV dans les postes de distribution communautaire gérés par les réseaux des PVVIH².

Les Postes de distribution communautaire d'ARV (PODI) relèvent d'une stratégie différenciée de distribution TARV qui a été pilotée en République démocratique du Congo (RDC). Le RDC connaît un taux de prévalence chez les adultes de 15 à 49 ans de 1,2% avec environ 450.000 personnes dans le pays qui vivent avec le VIH^{3,4}. Les besoins non couverts en dépistage du VIH restent très importants et seulement 29 % des adultes et enfants éligibles au traitement ARV y ont accès. La rétention dans les soins après 12 mois de traitement était de 86 % pour les patients mis sous ARV en 2014. Seulement 9 % des patients sous ARV ont eu accès au test de mesure de la charge virale en 2015, et la proportion des malades qui ont pu atteindre la suppression de leur charge virale n'est pas connue⁴.

Depuis 2010, Médecins Sans Frontières en collaboration avec le Réseau national des organisations des assises communautaires (RNOAC_GS/PVVIH), pilote les Postes de distribution communautaire d'ARV dans la mégapole de Kinshasa. Cette stratégie a été mise en avant pour répondre aux obstacles vécus à la fois par les patients et leurs agents de santé. La non-gratuité des soins est reconnue comme l'un des plus grands obstacles aux soins pour les habitants de Kinshasa⁵. De plus, les PVVIH se trouvent confrontés à des problèmes comme la stigmatisation dans les services de santé, le temps d'attente et des coûts élevés pour le transport vers les rares structures fournissant des ARV dans la ville. Les structures de santé sont souvent congestionnées et n'arrivent pas à gérer le grand nombre de PVVIH.

Deux premiers PODI ont été créés en 2010 et un autre a suivi en 2011. Le modèle PODI a évolué, d'un modèle vertical, géré par RNOAC et MSF, vers un modèle, intégré dans le fonctionnement de la Zds et toujours géré par RNOAC. Fin 2015, un total de 2297 PVVIH étaient suivis dans les 3 PODI dans la ville de Kinshasa⁶.

En 2014, le modèle du PODI a été reconnu dans le Plan Stratégique National 2014-2017 par le Programme national de lutte contre le SIDA (PNLS), et repris dans la note conceptuelle nationale du Fonds mondial et le Plan opérationnel de 2015 de PEPFAR. Une duplication du modèle PODI est prévue au niveau national et ce guide est destiné aux responsables qui, après évaluation, décident de mettre en place des PODI dans leur Zone de Santé. Ce guide propose des outils pratiques qui peuvent être adaptés en fonction des situations.

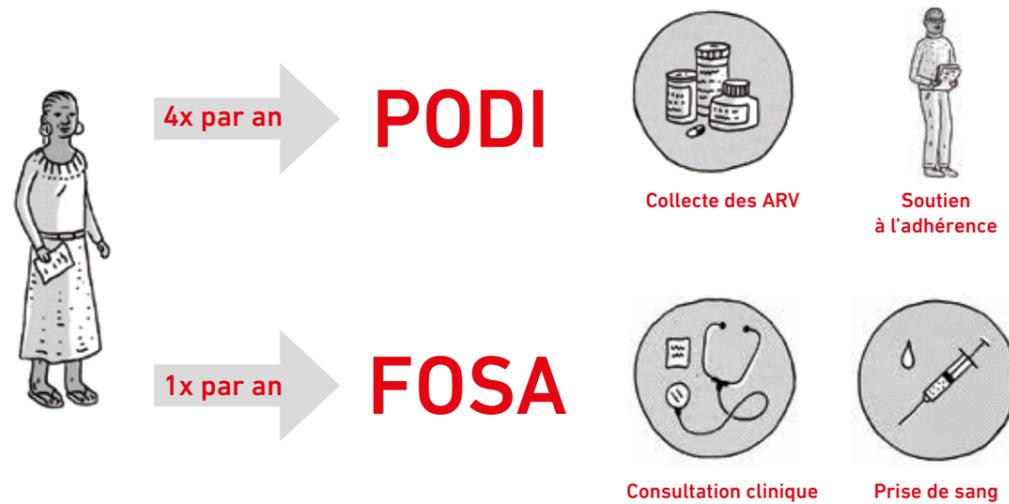


2. LE FONCTIONNEMENT DU PODI

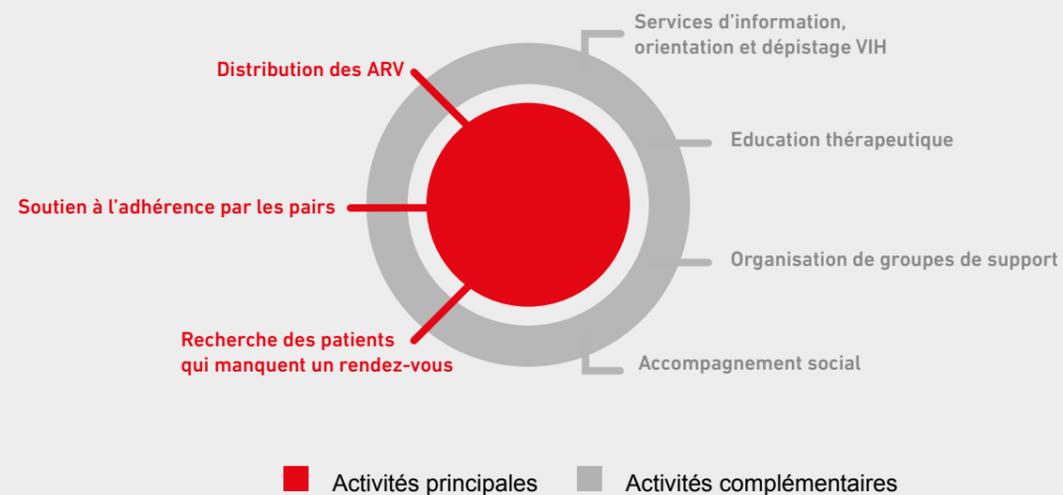
Les PODI sont des points de distribution communautaires des ARV, gérés par un réseau de PVVIH formés. Chaque patient stable sous ARV se rend trimestriellement au PODI pour la collecte de ses ARV et reçoit - en cas de besoin - un soutien à l'adhérence de ses pairs formés. Les patients qui ne se présentent pas à leur rendez-vous seront recherchés par leurs pairs par téléphone ou visites à domicile avec l'aide d'un réseau de volontaires au niveau local.

Une fois par an, le patient se rend au sein d'une formation sanitaire (FOSA) pour un test de mesure de la charge virale (CV) et une consultation clinique annuelle. En cas de plaintes médicales hors des visites annuelles, le patient peut toujours se rendre à la FOSA.

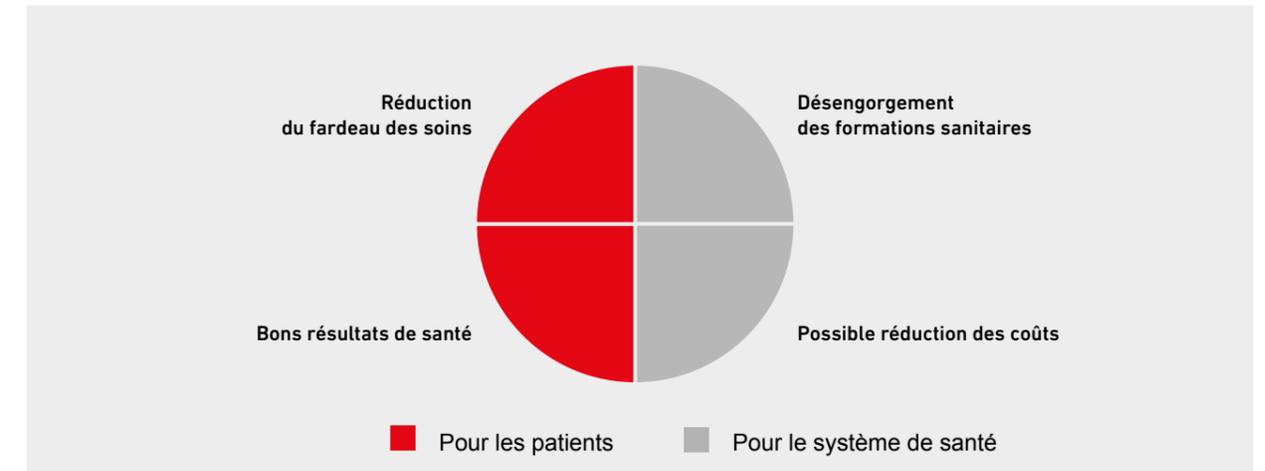
Les PODI ont comme activité principale la distribution des ARV, le soutien à l'adhérence et la recherche des patients qui manquent leur rendez-vous. Autour de ce noyau d'activités de distribution des ARV, en fonction des besoins du contexte et de la capacité du personnel, les PODI peuvent aussi offrir des services d'information sur le VIH, le dépistage du VIH et l'éducation thérapeutique du patient. Ils peuvent également organiser des groupes de support, et apporter un accompagnement social comme l'hébergement des patients en difficultés.



Activités principales et complémentaires des PODI



3. LES AVANTAGES DES PODI



3.1 Réduction du fardeau des soins pour les patients

Un accès rapide

Le parcours du PVVIH dans les PODI est plus rapide et moins contraignant que celui dans les structures de santé où le patient doit parfois passer de deux heures à une journée entière pour récupérer ses ARV. Des observations au PODI⁷ ont montré qu'un patient passe une moyenne de 19 minutes pour récupérer ses ARV, permettant au patient de retourner rapidement à ses activités régulières.

Un accès facile

Le jour de son rendez-vous, le patient peut se rendre au PODI le plus proche de chez lui pendant les heures d'ouverture, qui sont adaptées aux besoins des patients. Le PODI se situe souvent dans un endroit facilement accessible par les transports en commun. A Kinshasa, la majorité des patients suivis dans les PODI mettent moins de 45 minutes pour arriver à leur point de distribution d'ARV⁸.

Un accès non stigmatisant

Lorsqu'un patient se rend au PODI, il est accueilli par un pair et a la possibilité de partager ses expériences sans crainte avec d'autres PVVIH. Les prestataires, eux-mêmes PVVIH, connaissent les difficultés auxquelles font face les PVVIH chaque jour et peuvent apporter leur soutien, et ce dans le respect de la confidentialité des personnes. Le patient est donc moins exposé à la stigmatisation. Une évaluation de satisfaction des PODI⁹ montre que les patients apprécient la bonne attitude, la communication et l'empathie témoignée par les pairs envers les PVVIH.

Un accès responsabilisant

Les PODI favorisent l'autonomisation des patients dans la gestion de leur maladie, en leur donnant davantage de responsabilités : ils se rendent eux-mêmes à la

FOSA en cas de besoin et reçoivent leur traitement ARV pour une période de trois mois. Le fait que les PODI soient gérés par des PVVIH eux-mêmes montre l'implication des PVVIH dans leur propre prise en charge.

Un accès gratuit

Au PODI, le patient ne paie aucun frais : pas de frais d'enregistrement, ni de frais de visite. Tous les médicaments y sont gratuits. Le patient peut également s'y procurer des préservatifs masculins et féminins gratuitement. Le respect de la gratuité des ARV est aussi identifié comme un point fort apprécié pendant l'enquête de satisfaction⁹.



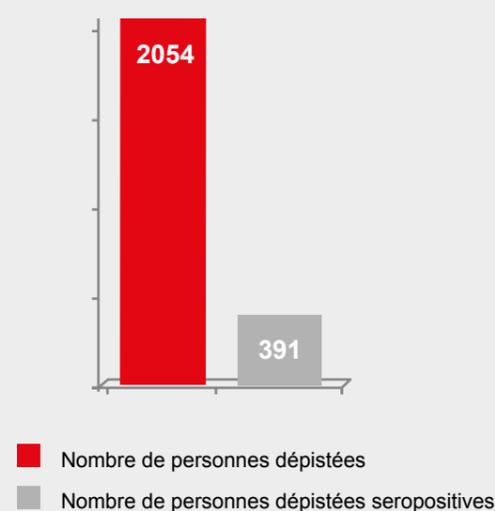
© Tommy Trenchard

3.2. Bons résultats de santé

Augmentation de l'accès au test de dépistage du VIH

Les PODI jouent un rôle important dans l'accès gratuit et facile au service de dépistage communautaire du VIH. En 2015, plus de 2000 conseils et tests de dépistage volontaire ont été menés. Souvent, les clients des PODI amènent les membres de leur famille ou réfèrent les personnes de leur communauté vers les PODI pour le dépistage. D'autres personnes viennent y reconformer le résultat d'un test de dépistage du VIH fait ailleurs. Ceci explique le taux de positivité élevé de 19 % rapporté sur l'ensemble des PODI en 2015⁶. Les personnes déclarées positives au VIH sont ensuite référées vers les formations sanitaires pour une prise en charge médicale.

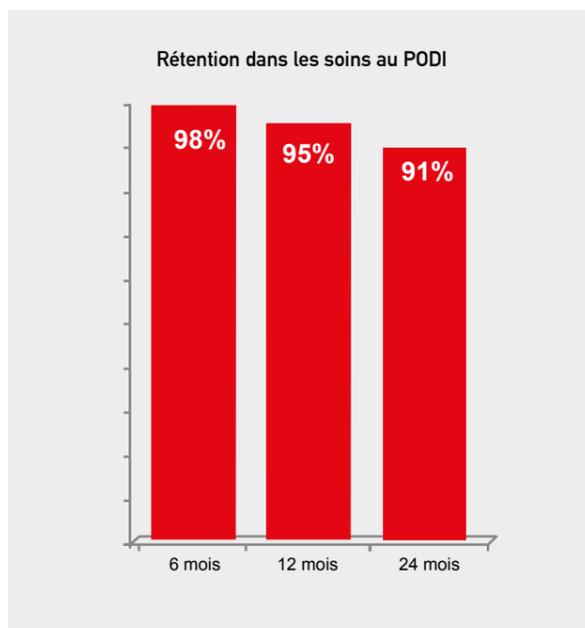
Conseil et dépistage volontaire au PODI en 2015



Bonne rétention dans les soins

La rétention dans les soins des patients issus des PODI est très élevée. Une analyse des données de 2259 patients qui ont rejoint un PODI entre juin 2011 et septembre 2014, montre que la rétention dans les soins est de 97,7 % à 6 mois, de 95 % à 12 mois et de 90,7 % à 24 mois⁸.

Le personnel des PODI et les volontaires communautaires identifient et recherchent les patients qui accusent un retard dans leur rendez-vous de plus de 4 jours. Cette stratégie est efficace afin d'éviter que ces personnes ne deviennent perdues de vue. En juillet 2015, dans un PODI avec une cohorte de 1000 personnes, 100 PVVIH étaient en retard de plus de 4 jours pour leur rendez-vous médical. Après une recherche par téléphone et/ou par visite à domicile, 45 % sont revenus dans le même mois et plusieurs sont retournés dans le mois suivant.



Bonne suppression de la charge virale

Une charge virale indétectable est l'un des critères d'éligibilité pour la référence de la FOSA vers le PODI. Ensuite, les patients suivis au PODI ont accès à un test de mesure de la charge virale annuel à travers la FOSA. Bien que la couverture du suivi de la charge virale reste à améliorer, on observe une très bonne suppression virologique parmi les patients des PODI. Une analyse faite en 2016 montre que 44 % des patients suivis au PODI ont eu accès au test de mesure de la charge virale. Parmi eux, 96 % présentaient une charge virale de moins de 1000 copies/ml¹⁰.

3.3. Désengorgement des formations sanitaires

Les PODI font partie d'une stratégie de décentralisation de la prise en charge du VIH plus globale et offrent d'importants avantages en termes de santé publique. Le référencement des patients stables vers les PODI permet de désengorger les centres de prise en charge du VIH, car ces patients stables n'y retournent qu'une fois par an. Les agents de santé peuvent ainsi consacrer plus de temps aux nouvelles mises sous traitement ARV et aux patients sous ARV instables qui nécessitent un suivi médical plus rigoureux.

A la fin 2015, la cohorte de PVVIH sous ARV de MSF à Kinshasa suivie au Centre Hospitalier de Kabinda et dans les structures médicales partenaires était de 4394. Parmi ces patients, 1506 obtenaient leurs ARV directement dans les PODI, ce qui correspond à 34 % de la cohorte totale.



© Rosalie Coifs

4. CONDITIONS PRÉALABLES À LA MISE EN ŒUVRE DES PODI

Quelques conditions sont indispensables afin d'assurer le bon fonctionnement des PODI :

- Le réseau des PVVIH joue un rôle primordial dans la gestion du PODI. Ce réseau doit avoir de bonnes capacités organisationnelles pour atteindre les objectifs. Un renforcement des capacités organisationnelles du réseau des PVVIH peut alors être nécessaire.
- L'intégration dans la Zone de Santé est un préalable au fonctionnement efficace d'un PODI. La ZdS est garante du système de référence des patients stables des FOSA vers les PODI, du suivi clinique des patients du PODI et de l'approvisionnement en ARV et intrants.
- Une gestion efficace des stocks de la pharmacie et de la chaîne d'approvisionnement au niveau central et local est essentielle pour mettre en place les PODI. Les failles dans la chaîne d'approvisionnement au niveau central et local peuvent mener à des ruptures de stocks de TAR au PODI. Il faut donc les repérer et les signaler systématiquement.
- Les PODI reposent essentiellement sur le travail effectué par des patients-experts faisant partie d'un réseau de PVVIH. Cette fonction n'est souvent pas reconnue au sein du ministère de la Santé. Ils doivent être rémunérés, formés et supervisés pour assurer un travail de qualité.
- Un suivi médical de qualité doit être offert au niveau de la formation sanitaire. Un minimum de surveillance clinique doit être assuré par le personnel du PODI (prise de poids, questions de santé de base) pour orienter promptement les patients avec plaintes médicales vers les formations sanitaires.
- Un système de suivi et d'évaluation, intégré dans le système de santé national, est nécessaire pour maintenir la qualité des services et suivre la chaîne d'approvisionnement en médicaments.
- Un cadre normatif national soutenant les modèles différenciés de ravitaillement des ARV facilitera la mise en place des PODI.

3.4 Possible réduction des coûts pour le système de santé

Une analyse des coûts annuels d'un PODI, faite en 2011, a démontré que le coût des ressources humaines par patient par année est moins élevé dans un PODI (8 USD) que dans un centre de santé (11,27 USD), à condition que le PODI serve au moins 2000 patients¹¹. Selon le nombre d'employés qui travaillent au PODI et les coûts opérationnels, le suivi dans un PODI d'un patient stable pourra alors être moins coûteux qu'un suivi au centre de santé.

PARTIE 2 : LA PRÉPARATION DE LA MISE EN PLACE DES PODI



1. ANALYSE DE LA SITUATION

Avant de démarrer la mise en place des PODI, il est important de bien connaître le contexte national et local.

Quelques facteurs à explorer :

- Les procédures nationales en vigueur liées à la mise en place de la distribution des ARV : quand, où et qui peut ravitailler des patients stables sous ARV ;
- Le nombre des PVVIH et le nombre de PVVIH sous ARV dans la Zone de Santé (ZdS) ;
- Le nombre de structures dans la ZdS qui offrent le dépistage et la prise en charge médicale du VIH ;
- Les résultats thérapeutiques des patients de la ZdS ;
- Les barrières d'accès aux soins pour les patients dans cette ZdS ;
- Les barrières à l'approvisionnement en ARV rencontrées par les structures de santé dans la ZdS ;
- Les réseaux de PVVIH actifs dans cette ZdS et comment ils fonctionnent (capacités organisationnelles, implication des PVVIH, ancrage dans la communauté, ressources financières) ;
- Les endroits dans la ZdS facilement accessibles par les transports publics.

2. IDENTIFIER LES PARTIES PRENANTES

Différentes parties interviennent pour assurer un bon fonctionnement du PODI. Les responsabilités de chaque partie prenante doivent être formalisées par écrit dans une convention.

2.1 Le réseau des PVVIH

Le principal rôle du réseau des PVVIH concerne la gestion au quotidien des PODI, ce qui présente différents avantages :

- Le PODI est géré par des pairs garantissant un accès aux ARV de manière non stigmatisante.
- Grâce à ses liens avec des groupes de support, le réseau a un bon ancrage dans la communauté. Ces liens facilitent le travail des PODI, comme leur promotion auprès des PVVIH et des groupes communautaires et la recherche à domicile des patients qui manquent leur rendez-vous.
- Le réseau représente la voix des PVVIH et peut donc à plusieurs niveaux réclamer les droits des PVVIH pour un accès facile aux ARV. Il est capable d'évaluer en continu les difficultés locales auxquelles font face les PVVIH comme des ruptures de stock et la non-gratuité des soins, et d'orienter et d'appuyer le plaidoyer en fonction de ces difficultés.

Les tâches du réseau des PVVIH sont les suivantes :

- Mise en œuvre et supervision au quotidien des PODI ;
- Partager les rapports des PODI avec les autres parties prenantes ;
- Promotion des PODI auprès des PVVIH ;
- Plaidoyer auprès du gouvernement et des partenaires.



Annexe 1 :

Exemple d'un partenariat entre MSF et RNOAC_GS/PVVIH

2.2 La Zone de Santé

La Zone de Santé, comme structure organisationnelle de la prise en charge du VIH au niveau opérationnel, doit faire le lien entre les formations sanitaires et le réseau des PVVIH/PODI. Elle a comme tâches de :

- Mettre à disposition la cartographie des centres de prise en charge des PVVIH de la Zone de Santé ;
- Promouvoir les PODI auprès des prestataires des FOSA ;
- Participer à la formation du personnel des PODI ;
- Assurer la commande et l'approvisionnement des ARV et autres intrants entre le niveau national et le PODI ;
- Incorporer les données rapportées par les PODI dans le système de validation des données et les rapports nationaux ;
- Assurer la supervision trimestrielle des PODI ;
- Assurer la supervision des formations sanitaires et leur lien avec le PODI.

2.3 Les formations sanitaires de la Zone de Santé

Le rôle des formations sanitaires consiste à :

- Identifier des patients éligibles pour les PODI et les y référer ;
- Assurer le suivi médical des patients stables des PODI une fois par an, notamment le bilan biologique et la consultation clinique, et le suivi médical des patients du PODI en cas de plaintes médicales, hors de leur visite annuelle, tout en respectant la loi protégeant les personnes vivant avec le VIH ;
- Communiquer mensuellement la liste des patients référés dans les PODI et ceux retenus pour un suivi médical dans la formation sanitaire, au superviseur des PODI.
- Assurer la prise en charge médicale des patients séropositifs dépistés au PODI.

2.4 Le partenaire

Le partenaire est responsable des activités suivantes :

- Organiser la collaboration entre les différentes parties prenantes ;
- Formaliser et harmoniser les accords et objectifs de chaque partie prenante pour améliorer la transparence, l'intelligibilité et la cohérence des activités du PODI ;
- Financer la préparation et le fonctionnement des PODI ;
- Assurer un encadrement technique du réseau des PVVIH dans la gestion du PODI et le plaidoyer.

L'appui d'un partenaire peut être temporaire, le temps que le modèle s'installe et que d'autres sources de financement soient identifiées.

3. DÉFINIR LE BUDGET

Afin d'assurer le bon fonctionnement des PODI, un budget détaillé doit être élaboré, prenant en compte différents types de coûts.

3.1 Les coûts d'installation d'un PODI

Les coûts d'installation d'un PODI couvrent :

- la garantie du local et un forfait d'aménagement de ce local ;
- l'achat du matériel comme les meubles, le téléphone, une balance, des seaux,...

3.2 Les coûts opérationnels du PODI

Les coûts opérationnels du PODI englobent :

- Les salaires du personnel ;
- Les coûts de formation du personnel du PODI ;
- Les coûts de fonctionnement comme le loyer, les consommables, le crédit pour le téléphone, les frais bancaires, les photocopies, l'eau, l'électricité et les frais de maintenance du local.

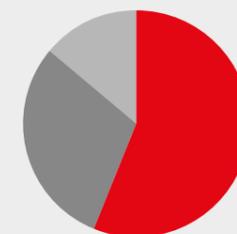
En 2016, le coût opérationnel d'un PODI de RNOAC_GS/PVVIH et MSF est constitué de 53 % en salaires et formation du personnel, de 28 % pour le loyer et de 18 % pour d'autres coûts opérationnels. Le personnel d'un PODI comprend 1 animateur, 1 distributeur, 1 conseiller CDV, 2 gardiens et 1 préposée au nettoyage.

Les coûts en salaires peuvent varier selon la cohorte des patients au PODI, ce qui est expliqué plus en détail dans le chapitre suivant.

3.3 Les coûts opérationnels de l'encadrement des PODI

Ces coûts couvrent les salaires d'un superviseur de PODI et d'un encodeur, faisant partie du réseau des PVVIH.

Les coûts opérationnels du PODI



- Personnel (salaires et formation)
- Loyer
- Autres coûts opérationnels

3.4 Les coûts d'installation de l'encadrement des PODI

Ceci couvre l'achat de meubles et d'autre matériel comme un téléphone et un ordinateur.



Annexe 2 :

Exemple du budget d'un PODI de MSF



4. RECRUTER ET FORMER LE PERSONNEL DES PODI

4.1 Les rôles du personnel

Dans sa forme actuelle, le PODI compte différents membres de personnel ayant des responsabilités et des tâches diverses :



- **L'animateur communautaire polyvalent (ACP)** gère les fiches d'identification des patients du PODI, suit l'arrivée des patients planifiés à leur rendez-vous trimestriel au PODI et le rendez-vous annuel au centre de santé, prend le poids des patients et lance la recherche des patients qui manquent leur rendez-vous.



- **Le distributeur communautaire polyvalent (DCP)** distribue les ARV, offre un soutien à l'adhérence et planifie les rendez-vous de suivi des patients. Il gère la pharmacie et planifie la commande des ARV et intrants auprès de la Zone de Santé.



- **Le conseiller de dépistage VIH** fait le conseil de pré-test, le test et le conseil de post-test pour le dépistage du VIH et réfère les patients vers les centres de prise en charge médicale. Il organise aussi le dépistage communautaire sous forme de campagne ou à domicile.



- **Le gardien** assure la sécurité des biens et des personnes au PODI
- **La préposée au nettoyage** assure la propreté des lieux et du mobilier

En termes d'encadrement des PODI, deux autres membres du personnel sont importants :



- Le **superviseur** du PODI visite chaque PODI une à deux fois par semaine. Le superviseur veille à ce que les procédures définies soient mises en place, analyse et agit sur les besoins des PODI. Il est responsable d'assurer la préparation des rapports du PODI. Le superviseur fait le lien entre le PODI et les autres parties prenantes.



- L'**encodeur** du PODI collecte les données du PODI et les introduit dans le logiciel «Tier.Net». Il les transmet au superviseur de manière mensuelle pour inclusion dans le rapport mensuel/trimestriel/annuel.

Il est considéré qu'un superviseur et un encodeur peuvent suivre trois PODI.

Chaque membre du personnel travaillant dans le PODI est une personne vivant avec le VIH, prête à partager son statut sérologique avec d'autres personnes, qui fréquente un groupe de support et qui sait lire et écrire dans la langue locale et en français. La personne doit avoir les compétences requises pour exécuter les tâches liées à son poste. Ces compétences sont décrites dans les profils des postes.

Les volontaires de PODI

Les PODI font appel à leur réseau de volontaires ou activistes pour la recherche à domicile des patients qui ont manqué leur rendez-vous et des visites à domicile des patients grabataires. Ces volontaires sont membres d'un groupe de support et ne sont pas rémunérés pour leur travail.



Annexe 3 : Profils des postes PODI

4.2 Planifier le personnel nécessaire

La charge de travail au PODI dépendra de la taille de la cohorte des patients au PODI. Cependant, le nombre de membres du personnel travaillant au PODI doit être adapté. La charge de travail pour les activités clés du PODI peut être calculée avec l'aide de "l'outil de planification de la charge de travail".

Dans ce guide, on propose une répartition des tâches décrites ci-dessus pour un PODI avec une cohorte d'environ 2000 patients, ayant un objectif de 100 CDV par mois et offrant des services 5 jours par semaine. Certains postes peuvent être combinés, et donc moins de personnel à recruter, si la cohorte au PODI est plus petite.



Annexe 4 : Outil de planification de la charge de travail de l'ACP/DCP/CDV

Charge de travail selon la taille de la cohorte du PODI

Pour un PODI avec une file active de 2000 patients et 100 tests de dépistage du VIH réalisés par mois, on estime que l'équipe aura à peu près 18 heures de travail par jour, si les services sont offerts 5 jours par semaine. On exclut ici les tâches de la préposée au nettoyage et du gardien. Trois personnes seront nécessaires, pour une charge de travail de plus ou moins 6 heures par jour.

Selon les mêmes conditions, on estime qu'un PODI avec une file active de 1000 patients et 50 tests de dépistage du VIH par mois, aura 9 heures de travail par jour pour servir tous les patients. Les tâches de l'ACP, du DCP et du conseiller pourront être combinées en deux postes, afin d'arriver à une charge de travail réaliste.

4.3 La formation du personnel du PODI

Au lancement du PODI, tout le personnel doit être formé pour effectuer leurs tâches. Une formation doit être suivie d'un coaching intensif par le superviseur du PODI.



Annexe 5 : Modules de formation PODI

5. IDENTIFIER LE LOCAL DU PODI

Pour l'identification du local du PODI, il est important de considérer :

- L'**accessibilité** du site : Le PODI doit être facilement accessible par transport commun.
- La **provenance** des patients : Le PODI est le mieux placé dans une communauté d'où parviennent beaucoup de PVVIH. Une cartographie de la provenance des patients peut être faite pour aider à identifier le meilleur endroit.
- **Nombre de pièces disponibles** : au moins quatre pièces sont nécessaires, sauf si certains postes sont combinés :
 - une salle d'attente
 - une salle d'enregistrement où se trouve l'ACP
 - une salle adaptée pour le dépôt et la distribution des ARV avec une bonne aération, sans humidité, et permettant le verrouillage de la pièce à l'aide d'une grille, où se trouve le DCP
 - une salle pour le CDV qui garantisse la confidentialité et une bonne aération du lieu, où se trouve le conseiller CDV



6. ÉTABLIR LES HEURES D'OUVERTURE DU PODI

Sur la base d'une analyse de la situation, on est capable de définir le nombre de patients suivis à atteindre dans le PODI et on connaîtra les obstacles identifiés par les patients en termes d'heures et de jours d'ouverture pour le ravitaillement en ARV. Ceci vous aidera à établir les heures d'ouverture du PODI.

Le PODI dans sa forme actuelle est ouvert chaque jour de la semaine de 8 h à 15 h, sauf le samedi et le dimanche. Si vous avez beaucoup de PVVIH qui travaillent, il est possible de décider d'ouvrir le PODI aussi le samedi matin, ou d'ouvrir plus tôt afin que les patients puissent venir avant d'aller au travail. Si vous vous attendez à une petite cohorte au PODI, vous pouvez décider d'ouvrir le PODI que quelques jours par semaine, afin de concentrer les visites des patients et garder une charge de travail acceptable. L'outil de planification de la charge de travail de l'ACP/DCP/CDV (Annexe 4) peut vous aider à estimer la charge de travail par jour, selon le nombre de jours d'ouverture.

Charge de travail par jour selon le nombre de jours d'ouverture

Un PODI avec une cohorte de 750 patients et 40 tests de dépistage du VIH fait par mois, représentera pour les postes de l'ACP, du DCP et du conseiller combinés :

- 7 heures de travail avec des heures d'ouverture sur 5 jours par semaine ;
- 8,8 heures de travail avec des heures d'ouverture sur 4 jours par semaine ;
- 11,7 heures de travail avec des heures d'ouverture sur 3 jours par semaine.

7. DÉFINIR LES CRITÈRES D'ÉLIGIBILITÉ POUR LES PODI

Les critères d'éligibilité proposés par RNOAC_GS/PVVIH et MSF pour que les patients puissent être suivis dans un PODI sont :

- Être un adulte de plus de 18 ans ;
- Être sous traitement ARV de 1^{ère} ou de 2^{ème} ligne depuis 6 mois ;
- Avoir une charge virale de moins de 1000 copies/ ml ou indétectable. En l'absence de la charge virale, le patient devra avoir un taux de CD4 > 350 ou un gain de 25 à 50 cellules au cours des 6 premiers mois ;
- Ne pas avoir d'infections opportunistes et ne pas avoir été hospitalisé pour des infections opportunistes au cours des 3 derniers mois ;
- Ne pas être enceinte ou ne pas être mère d'un enfant exposé.



© Tommy Trenchard

Appartenance à un groupe de support

Au début, les patients devaient obligatoirement faire partie d'un groupe de support pour pouvoir rejoindre un PODI. Seulement 20 % des patients sous ARV faisaient partie d'un groupe de support. Ce critère limitait largement le nombre de patients éligibles aux PODI et a donc été abandonné. Actuellement, les PODI encouragent la création de groupes de support, mais l'appartenance à l'un d'eux n'est plus un critère d'éligibilité pour rejoindre un PODI.

8. PRÉPARER LE PERSONNEL DANS LES FORMATIONS SANITAIRES

Les membres du personnel des formations sanitaires sont des acteurs clés pour informer et référer les patients éligibles vers les PODI. Il est donc indispensable que le personnel comprenne bien le rôle et le fonctionnement des PODI et soit capable de référer des patients vers le PODI selon les critères d'éligibilité. Une présentation des PODI au personnel est donc nécessaire pour atteindre cet objectif.

L'expérience de MSF a montré que les agents de santé peuvent être réticents au début à référer des patients dans les PODI, craignant que le suivi donné soit de moins bonne qualité pour les patients, ou qu'ils puissent perdre une partie de leur activité. Il peut être très utile de suivre la référence vers le PODI au moyen d'un indicateur et de communiquer de façon régulière avec le personnel sur l'avancement des références vers les PODI, tout en cadrant ceci dans l'optique de libérer de la place dans les formations sanitaires pour des nouvelles mises sous ARV ou le suivi des cas plus compliqués.



Annexe 6:

Présentation sur les PODI pour le personnel des formations sanitaires



Annexe 7:

Affiche de promotion des PODI pour le personnel FOSA

9. ASSURER L'APPROVISIONNEMENT DES ARV

Les intrants tels que les ARV, les préservatifs, les tests de dépistage du VIH et autres produits doivent être disponibles dans les PODI en quantité suffisante, comme il est décrit dans la « Liste standard des produits disponibles au PODI ». La commande de ces produits s'inscrit d'ailleurs dans le processus standard de la Zone de Santé.

Au lancement du PODI, une commande doit être faite pour la première fois en se basant sur une estimation du nombre de patients attendus au PODI. Selon l'expérience de MSF, la référence de la FOSA au PODI est lente au début, donc on estime que 5% de la cohorte attendue viendra au PODI dans le premier trimestre après son ouverture. On aborde plus en détail la commande des produits dans la partie 3, au chapitre 8 « Gérer la pharmacie ».



Annexe 8:

Liste standard des produits disponibles au PODI



© Rosalie Colfs

**PARTIE 3 :
LA MISE EN PLACE
DES ACTIVITÉS
PRINCIPALES DU PODI**



1. PROMOTION DES PODI CHEZ LES PVVIH SOUS ARV

Pour que les patients soient capables d'exiger un accès plus facile aux ARV par le PODI, il est important qu'ils soient au courant de ce modèle. Ceci peut être fait via différents canaux, en fonction des caractéristiques de la population :

- Des sessions dans la salle d'attente de la formation sanitaire peuvent être prévues pour faire connaître à l'ensemble des PVVIH le fonctionnement des PODI. Des outils comme une vidéo ou des affiches peuvent être utilisés.
- Des affiches et dépliants peuvent être utilisés pour des patients alphabétisés et mis dans les salles d'attente et de consultation des formations sanitaires.
- Egalement, dans les sessions de conseil et d'éducation des patients sous ARV, l'existence des PODI doit être incluse dans les messages et peut être une motivation pour les patients à atteindre une charge virale indétectable.
- Les groupes de support via les réseaux de PVVIH jouent aussi un rôle important pour diffuser les messages sur le PODI.



Annexe 9:
Vidéo sur les PODI



Annexe 10:
Messages clés concernant les PODI à l'intention des patients

2. IDENTIFIER LES PATIENTS ÉLIGIBLES AU PODI

Le clinicien de la formation sanitaire est responsable de vérifier que le patient réponde aux critères de référence vers les PODI. Cette vérification de l'éligibilité devra être effectuée lors de la consultation de suivi et après chaque résultat de test de la charge virale. Le clinicien vérifie les critères d'éligibilité de référence au PODI, à l'aide de la « Check-list éligibilité PODI ». Cette check-list reste dans le dossier du patient et peut-être ensuite consultée par le superviseur de la FOSA.

Sur la « Carte de suivi FOSA », le consultant marque le premier rendez-vous au PODI et le prochain rendez-vous médical annuel à la formation sanitaire.

Ensuite, le patient est envoyé vers le conseiller qui explique plus en détail comment le PODI fonctionne et explore l'intérêt du patient. Si le patient est d'accord, il note la référence du patient de la FOSA vers le PODI dans le « Liste des patients FOSA référés au PODI ».

Au cas où Tier.Net est disponible à la FOSA, le registre n'est pas nécessaire et une liste des patients référés au PODI peut être établie à partir du logiciel. Dans les FOSA où il n'y a pas de conseillers, le consultant peut effectuer ces tâches.

Suite au référencement du patient par le consultant, le conseiller élabore la « Liste des patients FOSA référés au PODI ». Cette liste est ensuite envoyée chaque mois au superviseur des PODI qui la transmet à l'ACP du PODI.



© Tommy Trenchard

Notre expérience avec la carte de suivi FOSA

La carte nationale de suivi pour les PVVIH n'indique que les rendez-vous des patients. Pour favoriser l'autonomisation du patient, RNOAC_GS/PVVIH et MSF estiment qu'il est important de mentionner également le régime ARV et les résultats du test de la charge virale sur la carte de suivi du patient. Ceci aide le patient dans l'auto-gestion de sa maladie et facilite aussi la communication entre la FOSA et le PODI.



Annexe 11:
Check-list éligibilité PODI



Annexe 12:
Carte de suivi FOSA



Annexe 13:
Liste des patients FOSA référés au PODI

3. ORGANISER L'ARRIVÉE DES NOUVEAUX PATIENTS AU PODI

Chaque nouveau patient qui arrive au PODI doit d'abord s'enregistrer.

- A son arrivée, le patient montre sa carte de suivi de la FOSA, qui indique la référence au PODI. L'ACP vérifie l'arrivée du patient en se basant sur la liste des patients FOSA référés au PODI qu'il a reçue du superviseur du PODI.



© Tommy Trenchard

- Ensuite, l'ACP notifie l'arrivée du patient dans le « Registre des nouveaux patients du PODI », ce qui permet d'attribuer un numéro PODI au patient.
- L'ACP ouvre ensuite une « Fiche d'identification du patient PODI » qui contient toute l'information du patient. Une fois remplie, cette fiche d'identification est déposée dans l'échéancier afin de suivre l'arrivée des patients à chaque rendez-vous.
- Enfin, le patient collecte ses ARV comme les autres patients du PODI, comme il est expliqué au chapitre suivant.



Annexe 14:
Registre des nouveaux patients du PODI



Annexe 15:
Fiche d'identification du patient du PODI

4. ORGANISER LA COLLECTE DES ARV AU PODI

A chaque visite du patient, les mêmes étapes se répètent :

4.1 Enregistrement auprès de l'ACP

- Le patient du PODI arrive d'abord chez l'ACP qui lui demande sa carte de suivi FOSA et retire de l'échéancier la fiche d'identification du patient. L'ACP notera les nouveaux éléments de la carte de suivi FOSA sur la fiche d'identification, comme par

exemple le dernier résultat du test de la charge virale et la date du rendez-vous annuel à la FOSA.

- L'ACP marque l'arrivée du patient dans l'agenda, sur lequel sont inscrits tous les rendez-vous des patients au PODI. S'il concerne un patient qui a manqué son rendez-vous de plus de 4 jours, l'ACP marquera aussi le retour du patient dans le registre de recherche des PPDV.
- Ensuite, l'ACP effectue la prise de poids et la note sur la fiche d'identification du patient. L'ACP rappelle au patient la date du prochain rendez-vous à la FOSA ou réfère le patient en cas de plaintes médicales au FOSA.
- Le patient, avec sa fiche d'identification PODI, est ensuite référé vers le DCP pour le ravitaillement en ARV.

Qu'est-ce que l'échéancier ?

L'échéancier est un bac en bois avec des compartiments répartis selon le mois des rendez-vous planifiés. L'échéancier permet de facilement retrouver les fiches d'identification des patients et permet d'agir sur des problèmes éventuels. En plus des compartiments par mois de rendez-vous, il y a des compartiments « Décès », « Présumé perdu de vue », « Perdu de vue », « Retenus à la formation sanitaire », « Sortie de cohorte » et autres. Pour plus d'information sur la façon d'organiser l'échéancier, se reporter à l'annexe 16.



Annexe 16:
Utilisation de l'échéancier

4.2 Distribution des ARV chez le DCP

- Le DCP prend le « Registre de distribution des ARV » et y copie les données nécessaires du patient qui se trouvent sur sa fiche d'identification et sa carte de suivi FOSA.
- Le DCP pose quelques questions au patient pour une évaluation d'adhérence avec l'aide de « l'Outil d'évaluation de l'adhérence ». En cas de besoin, il offre un soutien à l'adhérence. S'il s'agit d'un PPDV qui revient, le DCP procède à un entretien d'adhérence plus approfondi.
- Ensuite, le DCP distribue les ARV au patient. Le tout est notifié dans le registre de distribution des ARV et signé par le patient. Dans le cas d'un changement de traitement, le DCP explique la prise des médicaments et leurs effets secondaires.
- A la fin de l'entretien, le DCP note le prochain rendez-vous du patient sur la fiche d'identification du PODI et la carte de suivi FOSA.



© Tommy Trenchard



Annexe 17:

Registre de distribution des ARV



Annexe 18:

Outil d'évaluation de l'adhérence

4.3 Retour des fiches d'identification dans l'échéancier de l'ACP

Les fiches d'identification seront remises par le DCP à l'encodeur ou directement à l'ACP qui notera le date du prochain rendez-vous dans l'agenda et ensuite rangera la fiche d'identification dans l'échéancier selon le mois du rendez-vous planifié. Ensuite, le patient rentre chez lui.

Qu'en est-il des patients qui ne sont pas en mesure de venir au PODI ?

Certains patients ne sont pas en mesure de venir récupérer leurs ARV au PODI. Ils sont par exemple en voyage ou hospitalisés. Le patient peut envoyer une personne de confiance à sa place au PODI avec sa carte de suivi FOSA pour l'obtention des ARV. La collecte des ARV par un représentant est inscrite dans les commentaires de la fiche d'identification.

5. LA RECHERCHE DES PATIENTS QUI MANQUENT LEUR RENDEZ-VOUS

Sur la base de l'agenda et de l'échéancier, l'ACP peut identifier les patients qui ont manqué leur rendez-vous. Une recherche active est alors lancée pour éviter que ces patients ne deviennent perdus de vue.

Après 4 jours de retard au PODI, le patient est considéré comme « Présumé perdu de vue (PPDV) ». A la fin de chaque journée, l'ACP transmet les noms des patients PPDV dans le « Registre de recherche des PPDV ».

L'ACP essaie dans un premier temps de contacter les patients par téléphone. Si le patient n'est pas joignable, l'ACP transmet les noms des patients au volontaire, en utilisant la « Fiche de recherche PPDV par VAD ». Le volontaire passe régulièrement au PODI et prend la fiche. Ensuite, il lance la recherche des patients à domicile, à l'aide de son réseau dans la communauté. Il consigne le résultat de la recherche au domicile du patient sur sa fiche et la remet à l'ACP à son passage suivant au PODI.

Pour une recherche des PPDV par téléphone, l'ACP a besoin d'un téléphone et de crédits. Ceci doit être prévu dans le budget des PODI, comme coûts opérationnels. La recherche des PPDV ne peut être efficace que si les coordonnées du patient sont régulièrement mises à jour sur la fiche d'identification du patient par l'ACP. Parfois, la FOSA peut demander au PODI d'effectuer



© Tommy Trenchard

la recherche d'autres patients que ceux qui manquent un rendez-vous. Par exemple, les patients ayant une charge virale détectable doivent être recherchés et informés de se rendre à la FOSA le plus vite possible. La FOSA doit alors remettre la liste des patients à rechercher au PODI.



Annexe 19:

Registre de recherche de PPDV



Annexe 20:

Liste des patients à rechercher par VAD

6. ORGANISER LES VISITES ANNUELLES DES PATIENTS AUX FORMATIONS SANITAIRES

Le patient se rend une fois par an à la formation sanitaire pour faire la prise de sang de mesure de la charge virale / numération des CD4, ainsi que pour une consultation clinique.

La date de la prise de sang et du rendez-vous médical annuel est donnée par le clinicien au patient, qui la note sur la carte de suivi FOSA. Au niveau du PODI, l'ACP s'assure que le patient s'est bien rendu à son examen et rendez-vous médical et aide le patient à en comprendre les résultats. Si le patient ne s'est pas rendu à son examen, l'ACP et le DCP l'inviteront à se présenter au plus vite à sa FOSA.

Certains patients nécessitent un suivi médical plus intensif à la formation sanitaire et seront retenus de façon temporaire. Ces patients recevront alors leur ravitaillement en ARV à la FOSA. Les patients suivants doivent être retenus à la FOSA :

- Les patients diagnostiqués tuberculeux ou avec une autre infection opportuniste grave ou autre comorbidité ;
- Les patients avec une charge virale >1 000 copies/ml – ou en l'absence de CV, les patients touchés par un échec clinique ou immunologique avéré ;
- Les femmes enceintes et par conséquent le suivi du bébé exposé au VIH.

Les noms des patients retenus à la FOSA sont mis sur la « Liste des patient retenus à la formation sanitaire ». Cette liste est transmise au superviseur des PODI qui la transmet à l'ACP. L'ACP relire les fiches d'identification des patients retenus dans les FOSA et les place dans la rubrique « Retenu à la FOSA » dans l'échéancier.



© N'gadi Ikram



Annexe 21:

Liste des patients du PODI retenus à la FOSA

7. ORGANISER LA RÉORIENTATION DES PATIENTS VERS LES FORMATIONS SANITAIRES

Au PODI, le personnel peut identifier des patients qui doivent être référés à la formation sanitaire, avant leur rendez-vous annuel. L'ACP et le DCP doivent référer le plus vite possible les patients suivants à la FOSA :

- Les patients avec une toux, de la fièvre, des sueurs nocturnes ou autres plaintes médicales ;
- Les patients avec une perte de poids de plus de 10 % ;
- Les patients avec une charge virale >1 000 copies/ml ;
- Les femmes enceintes ;
- Les patients perdus de vue et les patients présumés perdus de vue avec une rupture des ARV de plus d'un mois.

L'ACP ou le DCP fait un « Bon de référence du PODI vers la FOSA » qui explique brièvement le problème du patient. Il note aussi sur la fiche d'identification du patient qu'il a été référé à la FOSA. A la FOSA, le clinicien décidera si le patient doit être retenu dans la structure de santé ou s'il peut retourner après consultation au PODI.



Annexe 22:

Bon de référence du PODI vers la FOSA

8. GÉRER LA PHARMACIE

La gestion de la pharmacie permet de préparer les commandes, d'éviter les ruptures, les pertes et la péremption des médicaments et du matériel médical. La tâche de la gestion de la pharmacie revient au DCP.



8.1 Réception des médicaments et du matériel médical

La réception des médicaments et du matériel médical est faite par le DCP. Il vérifie d'abord si ce qui est reçu correspond à la quantité commandée et que les médicaments ne sont pas périmés. Il note ensuite l'entrée de chaque produit sur une « Fiche de stock ». En cas de problèmes, le DCP contacte le superviseur qui fait le suivi avec la Zone de Santé.

8.2 Rangement des médicaments et du matériel médical

Les médicaments sont rangés par famille sur l'étagère, et la date de péremption est notée sur chaque boîte. Les produits qui vont périmier le plus vite sont placés devant les autres. Certains médicaments, comme le Cotrimoxazole, doivent être conditionnés dans des sachets à l'avance. Cette activité doit être faite de façon hebdomadaire.

8.3 Faire le stock théorique

A chaque fin de semaine, le DCP effectue le stock théorique des produits disponibles au PODI. Sur la base du « Registre de distribution des ARV », le DCP note à la fin de la journée sur la « Fiche de pointage des médicaments » la sortie des médicaments. A la fin de la semaine, le DCP fait le total du stock sorti et le note sur la fiche de stock, pour chaque type d'ARV, ainsi que pour les autres médicaments et matériel médical.

8.4 Faire l'inventaire

Une fois par mois, le DCP fait l'inventaire ou le stock physique. Les médicaments sont comptés et la quantité est notée ensuite sur la fiche de stock. La comparaison du stock physique avec le stock théorique peut alerter le DCP ou le superviseur sur certaines anomalies, comme des pertes ou des vols de médicaments.

8.5 Faire la commande trimestrielle

La commande trimestrielle des ARV est faite par le DCP sur la base de la file active des patients. L'encodeur transmet la file active des patients au PODI par molécule ARV. Le DCP multiplie le nombre de patients par 4, ce qui inclut un stock de sécurité d'un mois pour être capable de gérer les fluctuations de patients et les retards de livraison des médicaments. La commande trimestrielle des autres médicaments et du matériel médical comme le test de dépistage du VIH se fait sur la base de la file active du PODI et des objectifs à atteindre.

Le DCP utilise la « Fiche de réquisition des médicaments du PNLS » pour effectuer la commande et la passe ensuite au superviseur qui la valide et la présente pour validation à la Zone de Santé.



Annexe 23:
Fiche de stock



Annexe 24:
Fiche de pointage des médicaments



Annexe 25:
Fiche de réquisition des médicaments du PNLS

9. SUIVI ET ÉVALUATION DES PODI

L'encodeur du PODI collecte les données sur les patients de façon hebdomadaire à travers les fiches d'identification des patients et les introduit dans le logiciel Tier.Net. L'ACP et le DCP remplissent également plusieurs registres chaque jour. Ces deux sources de données permettent au superviseur de rédiger le rapport mensuel, trimestriel et annuel du PODI. Ce rapport est ensuite partagé avec la coordination du réseau des PVVIH, la Zone de Santé et le partenaire.

Au niveau de la Zone de Santé et du partenaire, il est important d'identifier et de suivre quelques indicateurs clés des PODI, avec l'aide de Tier.Net, notamment :

- Le nombre de tests de dépistage du VIH effectués par le PODI ;
- Le pourcentage de la file active des FOSA utilisant les PODI pour le ravitaillement en ARV ;
- Le taux de rétention dans les soins à 12 mois dans les PODI ;
- Le pourcentage des patients suivis au PODI ayant une charge virale de moins de 1000 copies/ml.

Harmoniser la production des rapports entre les parties prenantes

Différentes parties prenantes utilisent différentes grilles de rapport pour le PODI. Pour éviter au superviseur du PODI de remplir plusieurs grilles et de régulièrement adapter ces outils de collecte de données et les grilles de rapport, il est important de clarifier les besoins et d'harmoniser la production de rapports entre les parties prenantes avant de lancer les PODI. Le rapport mensuel comme proposé en annexe est une base pour clarifier les données nécessaires. Il sera souhaitable que le format de rapport du PNLS soit adapté pour inclure les activités du PODI.



Annexe 26:
Rapport mensuel

10. SUPERVISION DES PODI

Le superviseur du PODI se rend au moins deux fois par semaine au PODI pour assurer le suivi quotidien. Cette supervision est faite à travers des réunions, l'observation et la revue des registres. Une « Grille de supervision pour les PODI » facilite cette tâche.

La supervision par la Zone de Santé et le partenaire est moins régulière et se base sur la revue du rapport mensuel. Des visites sur le terrain permettent aussi d'évaluer l'atteinte et la non-atteinte des objectifs et les mesures à mettre en place pour résoudre les difficultés.



Annexe 27:
Grille de supervision du PODI





**PARTIE 4 :
LA MISE EN PLACE DES ACTIVITÉS
COMPLÉMENTAIRES DU PODI**

1. LE CONSEIL ET DÉPISTAGE DU VIH

Le conseil et dépistage du VIH se fait gratuitement au PODI à l'initiative du client. Souvent, ce sont des patients suivis au PODI qui réfèrent des membres de leur famille ou de leur entourage au PODI pour se faire dépister, par exemple des membres de la communauté qui semblent être malades. D'autres sont des patients qui veulent confirmer le résultat d'un test de dépistage effectué dans une autre structure.

Le conseiller peut offrir le conseil et dépistage du VIH au sein du PODI, mais peut aussi offrir les services de conseil et dépistage à domicile, comme pour les membres de la famille d'une personne séropositive, ou dans la communauté par exemple pendant des campagnes de dépistage.

1.1 Promotion des services de dépistage du VIH

Pour augmenter le nombre de personnes qui viennent se faire dépister, certaines stratégies de promotion des services de dépistage peuvent être mises en place :

- Les services de dépistage peuvent être promus au moyen d'affiches ou de dépliants présentant des messages motivants dans la salle d'attente des PODI ;
- Une approche plus proactive consiste à vérifier la sérologie des membres de la famille des patients du PODI lors de leur rendez-vous et de les encourager pendant un entretien individuel à amener leur conjoint et/ou enfants pour le dépistage. Cette information se trouve dans la fiche d'identification du patient et doit être mise à jour régulièrement. Dans des cas spécifiques, un dépistage au domicile de la famille du patient peut-être organisé par le conseiller CDV.
- Des campagnes de promotion des services de dépistage peuvent être mises en place, en collaboration avec les leaders communautaires.

1.2 Le processus de dépistage du VIH

Le conseiller fait le conseil et dépistage du VIH selon les normes nationales. L'activité se fait dans une salle qui assure la confidentialité des personnes dépistées. Bien que ceci ne soit plus nécessaire du point de vue légal, les conseillers peuvent demander un consentement éclairé par écrit du patient, avant de démarrer le test. Un contrôle de qualité des tests de dépistage est fait à chaque ouverture d'un nouveau lot de tests.

1.3 La référence des patients séropositifs

Les personnes qui sont identifiées comme séropositives sont référées à une formation sanitaire pour initier la prise en charge médicale. Le conseiller leur explique la gratuité des médicaments et des examens en laboratoire et remet un « Bon de référence de CDV » au patient. Pour assurer le recours aux soins des patients, les conseillers peuvent faire un suivi téléphonique des patients dépistés positifs.



Annexe 28:

Affiches de promotion des services de dépistage



Annexe 29:

Registre de CDV



Annexe 30:

Fiche de consentement écrit pour le CDV



Annexe 31:

Fiche de contrôle de qualité des tests de dépistage



Annexe 32:

Bon de référence de CDV

2. OFFRIR DES SERVICES D'ÉDUCATION ET DE CONSEIL

L'ACP ou le DCP sont toujours prêts à offrir un soutien à l'adhérence aux patients qui en ont besoin. Ils se basent sur leur propre vécu en tant que PVVIH pour aider les autres à surmonter les obstacles à l'adhérence et à la rétention. Ce soutien à l'adhérence est complémentaire des sessions d'éducation thérapeutique structurées et standardisées, qui sont pour la plupart offertes à la formation sanitaire et tenues surtout au début du traitement, avant que le patient n'arrive au PODI.

Des sessions d'éducation à la santé peuvent être organisées au PODI dans la salle d'attente pour un groupe de patients. Ces sessions sont structurées avec des messages clés identifiés à l'avance et à l'aide d'un



outil visuel pour faciliter le processus d'apprentissage du groupe. Des informations nouvelles ou des questions récurrentes peuvent être abordées dans ces sessions d'éducation qui ne durent souvent pas plus de 15 minutes, par exemple sur le thème de la charge virale ou des droits et devoirs des PVVIH. Des outils, comme des dépliants et des affiches, peuvent être utilisés pour renforcer les messages.

Selon le contexte, des sessions d'éducation et de conseil individuelles peuvent aussi être programmées pour pallier aux problèmes rencontrés dans les formations sanitaires. Dans les PODI RNOAC_GS/PVVIH appuyés par MSF à Kinshasa, par exemple, des sessions structurées de renforcement d'adhérence pour des patients avec une charge virale élevée sont organisées pour pallier au manque de services de conseil au sein de certaines formations sanitaires.



Annexe 33:

Boîte à Images ARV



Annexe 34:

Affiches d'éducation des patients



Annexe 35:

Dépliants d'éducation des patients

3. L'ORGANISATION DES GROUPES DE SUPPORT

Le PODI peut aussi être l'endroit pour créer de nouveaux groupes de support des PVVIH, des groupes fixes de personnes qui se rencontrent de façon régulière. L'ACP et le DCP peuvent mettre des personnes intéressées en contact ou même gérer les premières séances du groupe de support.

Les membres du groupe de support peuvent se rencontrer à un endroit de leur choix ou au PODI. Le PODI de RNOAC_GS/PVVIH est par exemple ouvert le samedi pour les réunions des groupes de support.

Chaque groupe est composé d'un président, d'un secrétaire, d'un trésorier et d'un animateur. Les groupes, souvent composé d'un maximum de 25 personnes, se réunissent une fois par mois autour de thèmes définis à l'avance par l'animateur (par exemple la vie positive, les difficultés éprouvées, la PTME, etc.). Chaque membre paie une cotisation pour venir en soutien aux personnes en situation critique. Le secrétaire de chaque groupe rédige un rapport mensuel remis à la coordination du réseau des PVVIH.

4. L'ACCOMPAGNEMENT SOCIAL DES PERSONNES EN SITUATION CRITIQUE

Selon les obstacles vécus par les patients, d'autres types de soutien peuvent être organisés à partir du PODI comme l'hébergement de certains patients dans les PODI pour une durée déterminée, lier des patients avec des activités génératrices de revenus, la médiation auprès de la famille, etc.

LISTE DES ANNEXES

Les annexes sont disponibles sur :

http://samumfsf.org/differentiated-care/PODI_community_ART_distribution_points_toolkit

- **Annexe 1** : Exemple d'un partenariat entre MSF et RNOAC_GS/PVVIH
- **Annexe 2** : Exemple du budget d'un PODI de MSF
- **Annexe 3** : Profils de postes PODI
- **Annexe 4** : Outil de planification de la charge de travail de l'ACP/DCP/CDV
- **Annexe 5** : Modules de formation PODI
- **Annexe 6** : Présentation sur les PODI pour le personnel des formations sanitaires
- **Annexe 7** : Affiche de promotion des PODI pour le personnel FOSA
- **Annexe 8** : Liste standard des produits disponibles au PODI
- **Annexe 9** : Vidéo sur les PODI
- **Annexe 10** : Messages clés concernant les PODI à l'intention des patients
- **Annexe 11** : Check-list éligibilité PODI
- **Annexe 12** : Carte de suivi FOSA
- **Annexe 13** : Liste des patients FOSA référés au PODI
- **Annexe 14** : Registre des nouveaux patients du PODI
- **Annexe 15** : Fiche d'identification du patient du PODI
- **Annexe 16** : Utilisation de l'échéancier
- **Annexe 17** : Registre de distribution des ARV
- **Annexe 18** : Outil d'évaluation de l'adhérence
- **Annexe 19** : Registre de recherche de PPDV
- **Annexe 20** : Liste des patients à rechercher par VAD
- **Annexe 21** : Liste des patients du PODI retenus à la FOSA
- **Annexe 22** : Bon de référence du PODI vers la FOSA
- **Annexe 23** : Fiche de stock
- **Annexe 24** : Fiche de pointage des médicaments
- **Annexe 25** : Fiche de réquisition des médicaments du PNLS
- **Annexe 26** : Rapport mensuel
- **Annexe 27** : Grille de supervision du PODI
- **Annexe 28** : Affiches de promotion des services de dépistage
- **Annexe 29** : Registre de CDV
- **Annexe 30** : Fiche de consentement écrit pour le CDV
- **Annexe 31** : Fiche de contrôle de qualité des tests de dépistage
- **Annexe 32** : Bon de référence de CDV
- **Annexe 33** : Boîte à Images ARV
- **Annexe 34** : Affiches d'éducation des patients
- **Annexe 35** : Dépliants d'éducation des patients



RÉFÉRENCES

- 1 WHO, Policy brief: consolidated guidelines on the use of antiretroviral drugs for treating and preventing HIV infection: what's new. 2015, World Health Organisation, Geneva.
- 2 Bemelmans M. et al., Community-supported models of care for people on HIV treatment in sub-Saharan Africa. 2014, Tropical Med Int Health. August 2014;19(8):968-977.
- 3 ONUSIDA, Estimations VIH et SIDA 2014, Téléchargé le 26 mai 2016 de <http://www.unaids.org/fr/regionscountries/countries/democraticrepublicofthecongo> : données 2015
- 4 PNLS, Rapport annuel 2015 : Cap vers l'objectif 90-90-90. 2016, Programme national de lutte contre le SIDA et les IST, Ministère de la Santé Publique, République démocratique du Congo.
- 5 Maketa V., et al. Perceptions of Health, Health Care and Community-Oriented Health Interventions in Poor Urban Communities of Kinshasa, Democratic Republic of Congo. 2013, PLoS ONE, 8(12), e84314.
- 6 Kalenga L. et al., Le traitement antirétroviral au niveau communautaire pour une meilleure rétention: Expérience des points de distribution (PODI) communautaires à Kinshasa, RDC. 2016, 8^e conférence internationale francophone VIH/Hépatites AfraVIH Bruxelles, présentation orale S9.03.
- 7 MSF, Time-motion observations PODI, Août 2016, MSF, rapport interne.
- 8 Vogt F. et al., Decentralizing ART supply for stable HIV patients to community-based distribution centres: Programme outcomes from an urban context in Kinshasa, DRC. 2016, AIDS, submitted.
- 9 MSF, Enquête de satisfaction des patients et staff PODI, Kinshasa novembre-décembre 2012. MSF, rapport interne.
- 10 MSF, Analyse d'activité charge virale aux niveaux de PODI, Août 2016, MSF, rapport interne.
- 11 Jouquet G. & Engels T., Economic evaluation of HIV/AIDS primary/Community Care in 4 selected MSF project settings (patient & health care provider perspective) - 1/4 Kinshasa AIDS project, DRC, July 2011. MSF, rapport interne.

NOTES

2016, Médecins Sans Frontières
Centre Opérationnel Bruxelles, projet SIDA Kinshasa

Plus de renseignements sur les autres modèles différenciés mis en oeuvre par MSF sont disponibles dans le rapport « Plus près des patients » disponible sur le site www.samumfsf.org. Les expériences de MSF et d'autres organisations se trouvent sur le site www.differentiatedcare.org.



© Tommy Trenchard



Médecins Sans Frontières
Rue de l'Arbre Bénit 46
1050 Brussels
Belgium

www.msf.org