

Favoriser une transition efficace entre les modèles de prestation différenciée de services (PDS) dans le traitement du VIH

Supplément au Cadre décisionnel pour la prestation de traitements antirétroviraux



Favoriser une transition efficace entre les modèles de prestation différenciée de services (PDS) dans le traitement du VIH

Le présent supplément au [Cadre décisionnel pour la prestation de traitements antirétroviraux](#)^[1] explique comment favoriser une transition efficace entre les modèles de PDS dans le traitement du VIH. L'efficacité de la transition joue un rôle important dans la continuité du traitement et dans la rétention et l'observance à long terme.

Le présent document vise à fournir :

- **Une présentation générale du concept de PDS**
- **Des explications concernant les transitions entre les modèles de PDS et les raisons de leur importance**
- **Une présentation des trois types de transition de la PDS**
- **Des recommandations visant à favoriser une transition efficace de la PDS**
- **Des études de cas illustrant les différentes approches en matière de transition de la PDS**
- **Une présentation des mesures prioritaires à adopter pour faciliter la planification et la mise en œuvre de la transition de la PDS**

Ce supplément s'adresse aux gestionnaires des programmes des traitements antirétroviraux (TAR) au niveau national et de district, ainsi qu'aux partenaires de mise en œuvre, aux partenaires communautaires et aux donateurs. Il convient de le lire parallèlement aux lignes directrices complètes fournies dans le [Cadre décisionnel pour la prestation de traitements antirétroviraux](#)^[1].

Qu'est-ce que la prestation différenciée de services ?

La PDS est une approche axée sur la personne qui vise à simplifier et à adapter la cascade des services liés au VIH en vue de tenir compte des attentes des personnes vivant avec le VIH tout en réduisant les charges inutiles pesant sur le système de santé. En ce qui concerne les clients sous TAR, les ministères de la santé ont mis en place des modèles moins intensifs de PDS liés au VIH à destination des personnes qui suivent leur traitement.

Dans la mise à jour de 2021 de ses recommandations, l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) a insisté sur le point suivant : « La stabilité des clients sous TAR doit répondre aux mêmes critères pour l'ensemble des populations, y compris les personnes recevant un traitement de deuxième ou troisième intention, les personnes présentant des comorbidités sous contrôle, les enfants, les adolescents, les femmes enceintes et allaitantes et les populations clés^[2] ».

En outre, les lignes directrices de l'OMS distinguent quatre modèles de PDS pour le traitement du VIH :

- Les modèles de groupes gérés par les agents de santé, tels que les clubs d'observance ou les clubs d'adolescents. Un agent de santé anime le groupe à des fins d'éducation, de soutien et de distribution des renouvellements de TAR.
- Les modèles de groupes gérés par les clients, tels que les groupes communautaires de TAR (GCT). Les membres se relaient pour la collecte des renouvellements de TAR et se réunissent au sein de la communauté pour procéder à leur distribution.
- Les modèles individuels en établissement, tels que les modèles de renouvellement « accéléré ». Les clients vont directement chercher leur renouvellement de TAR au sein de l'établissement de santé, sans file d'attente ni consultation avec un médecin.
- Les modèles individuels hors établissement. Les clients viennent chercher leur renouvellement de TAR auprès de points de distribution communautaires fixes ou mobiles, ou dans des pharmacies communautaires.

Qu'est-ce qu'un processus de transition entre deux modèles de PDS et pourquoi est-ce important ?

Les besoins et les préférences des personnes peuvent évoluer au cours de leur gestion du traitement du VIH tout au long de leur vie. On peut distinguer quatre catégories de changements susceptibles de justifier une transition vers un nouveau modèle de prestation de services : l'âge, la grossesse, la stabilité clinique et les autres circonstances personnelles (voir la figure 1).

Lorsqu'une personne choisit un nouveau modèle pour le traitement et la prise en charge du VIH, on parle de transition de la PDS.

Figure 1. Changements susceptibles de justifier une transition de la PDS



* ou inversement

Les transitions de la PDS doivent être réduites au strict minimum afin de limiter la perturbation du traitement et les difficultés qui en découlent, aussi bien pour le client que pour le système de santé. Lorsque la transition s'avère nécessaire, le client doit être soutenu par un système de santé capable de favoriser l'efficacité de la transition. Lorsque cette efficacité n'est pas optimale, le client risque de se montrer insatisfait, ce qui accroît le risque d'interruption du traitement et de désengagement.

À présent que la plupart des pays confrontés à des taux élevés de VIH ont adopté des modèles de PDS, il est de plus en plus important de s'intéresser non

seulement aux critères d'éligibilité pour l'accès à des modèles moins intensifs, mais également à la transition vers et depuis un modèle donné, et entre différents modèles.

Les modèles moins intensifs de PDS correspondent à l'une ou l'autre des quatre catégories de modèles définies par l'OMS (modèles de groupes gérés par les agents de santé ; modèles de groupes gérés par les clients ; modèles individuels en établissement ; modèles individuels hors établissement), assortie de visites médicales semestrielles et de renouvellements de TAR d'une durée de six mois (dispensation multi-mensuelle).

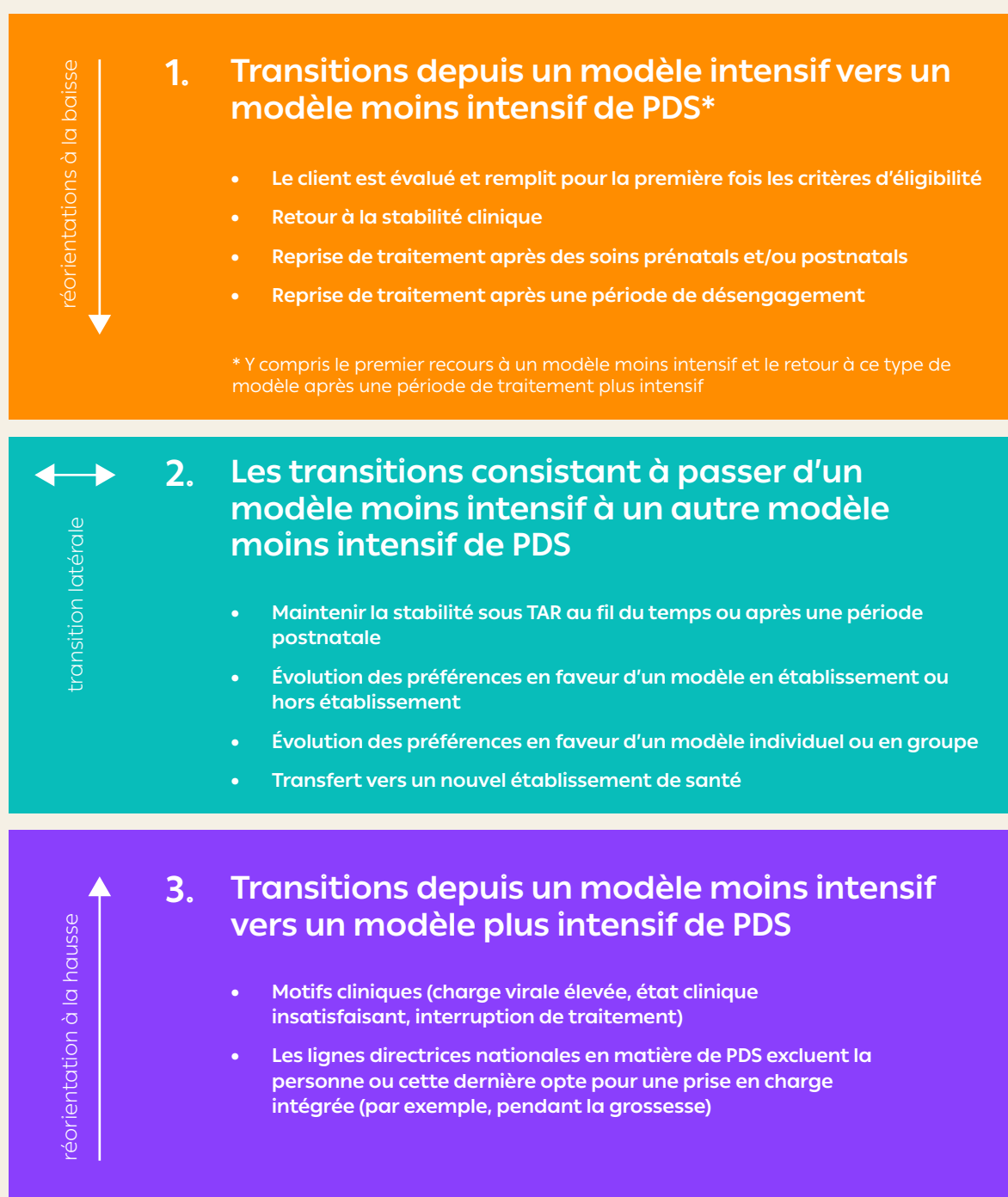
Les trois types de transition de la PDS

Il existe trois types de transition de la PDS (voir la figure 2) :

1. Les transitions consistant à passer de modèles intensifs à des modèles moins intensifs de PDS (« réorientation à la baisse »)
2. Les transitions consistant à passer d'un modèle moins intensif à un autre modèle moins intensif de PDS
3. Les transitions consistant à passer d'un modèle moins intensif à un modèle intensif de PDS (« réorientation à la hausse »)

La figure 2 présente les trois types de transition de la PDS, ainsi que les causes qui leur sont communément associées.

Figure 2. Les trois types de transition de la PDS et les causes qui leur sont communément associées



Recommandations pour favoriser une transition efficace entre les modèles de PDS dans le traitement du VIH

Pour chaque type de transition, il existe différentes interventions susceptibles de favoriser l'efficacité du processus au niveau du client et au niveau du système de santé. Les tableaux ci-dessous détaillent ces facteurs de réussite pour chaque type de transition, avec des précisions relatives à certaines populations spécifiques.

Tableau 1. Interventions susceptibles de favoriser l'efficacité des transitions consistant à passer de modèles intensifs à des modèles moins intensifs de PDS (« réorientation à la baisse »)

	Toutes catégories de population confondues	Enfants	Adolescents	Reprise de traitement	Toutes catégories de population confondues
Causes de la transition	Le client a fait l'objet d'une évaluation et est considéré pour la première fois comme une personne qui suit son traitement				Après une amélioration de l'état clinique ou un retour au statut de personne qui suit son traitement
Transition depuis (modèle)	Prise en charge individuelle en établissement sous l'autorité d'un médecin				
Transition vers (modèle)	N'importe quel modèle moins intensif de PDS				
Facteurs de réussite au niveau du client	<ul style="list-style-type: none"> • Informer le client des différents modèles de PDS disponibles, en répondant clairement aux questions suivantes : quand (fréquence des services) ; où (lieu de dispensation des services) ; qui (prestataire de services) ; quoi (nature des services) ? • Proposer la participation à un modèle de soins (pas de participation automatique) • La personne responsable du modèle de PDS est informée de la participation du client au programme de soins et peut lui adresser un rappel en amont de ses visites et prendre contact en cas d'absence lors du premier rendez-vous • Les processus d'inscription au modèle de PDS sont achevés dans les délais, notamment la notification du nouveau prestataire de services et la transmission des ordonnances (en cas de prestataire hors établissement) 	<ul style="list-style-type: none"> + Favoriser la participation des enfants, des personnes qui s'en occupent et des membres de leur famille à des modèles axés sur la famille (modèle commun et mêmes composantes de base). Il peut s'agir d'une transition de tous les membres de la famille qui se portent volontaires, ou d'une transition de l'enfant vers un modèle moins intensif de PDS auquel participent déjà un ou plusieurs membres de sa famille (voir l'étude de cas 1) 	<ul style="list-style-type: none"> + La divulgation totale du VIH a eu lieu + Des modèles de groupes destinés aux adolescents sont disponibles pour la PDS et sont proposés en priorité + L'état de préparation de la personne au processus de transition a fait l'objet d'une évaluation individuelle + L'adolescent a pris part à l'établissement d'un plan de transition en temps opportun + L'adolescent bénéficie d'un système de soutien par les pairs visant à faciliter le processus de transition (gestion de cas gérée par un pair pour une période de transition déterminée) + Orientation : organiser une visite des locaux et du nouveau groupe de pairs en amont de la transition 	<ul style="list-style-type: none"> + Lors de la visite de reprise du traitement, le prestataire de soins de santé communique au client un calendrier des visites de suivi auxquelles il devra se présenter avant l'évaluation de son éligibilité à un programme moins intensif de PDS + Adhésion du client au calendrier proposé 	<ul style="list-style-type: none"> • Évaluation opportune en vue de la reprise du programme de soins (adhésion au calendrier proposé) • Proposer la reprise du programme de soins (pas de reprise automatique) • Informer le client des différentes options disponibles en matière de PDS • Si le client le souhaite, privilégier la reprise du programme de soins antérieur, la réintégration au sein du même groupe ou l'affectation du même prestataire de soins de santé • La personne responsable du modèle de PDS est informée de la reprise du programme de soins par le client et peut lui adresser un rappel en amont de ses visites et prendre contact en cas d'absence lors du premier rendez-vous
Facteurs de réussite au niveau du système de santé	<ul style="list-style-type: none"> • Outils conçus pour aider les agents de santé à informer le client au sujet des différentes options disponibles en matière de modèles moins intensifs de PDS (voir l'étude de cas 2) • Lignes directrices opérationnelles nationales relatives à la PDS, afin de prendre en compte les facteurs de réussite pour la transition vers des modèles de soins moins intensifs (« réorientation à la baisse ») • Processus clairs, au niveau des établissements, pour la participation aux programmes de soins et la « réorientation à la hausse » vers des modèles intensifs de PDS 			<ul style="list-style-type: none"> + Algorithme national permettant de différencier la prestation de services au moment de la reprise de soins, notamment en évaluant l'éligibilité du client à une transition accélérée vers un modèle moins intensif + Mise en place de formations et d'outils de travail au sein des établissements en vue de faciliter la mise en œuvre 	<ul style="list-style-type: none"> + Dossier de suivi clinique du TAR comportant des informations relatives au précédent modèle moins intensif de PDS (en vue d'appuyer la reprise du programme de soins)

Le symbole + indique les facteurs de réussite supplémentaires propres à certains groupes de population spécifiques

Étude de cas 1 (au niveau du client)

Les modèles de PDS axés sur la famille, à destination des enfants, des personnes qui s'occupent d'eux et des membres de leur famille en Afrique du Sud

En Afrique du Sud, les directives nationales relatives à la PDS favorisent l'adoption d'approches axées sur la famille. Les enfants de plus de 5 ans, les personnes qui s'occupent d'eux et/ou les membres de leur famille sont encouragés à choisir le même modèle de PDS. Parmi les options disponibles en matière de PDS axée sur la famille, on peut notamment citer les clubs d'observance organisés au sein des établissements ou des communautés (modèles de groupes gérés par les agents de santé), la collecte accélérée des renouvellements de TAR auprès des établissements (modèle individuel en établissement) et les points de collecte externes (modèle individuel hors établissement). Les critères d'éligibilité aux modèles moins intensifs de PDS stipulent que **les membres de la famille stables sous TAR doivent être encouragés à choisir la même stratégie de collecte d'ordonnance renouvelable (modèle de PDS), le même mode d'approvisionnement, le même point de collecte et les mêmes dates de rendez-vous, de manière à favoriser l'observance au niveau de la famille**[3].



Étude de cas 2 (au niveau du système de santé)

Des outils conçus pour aider les agents de santé du Zimbabwe à informer le client des différentes options disponibles en matière de PDS

En 2022, le Ministère de la santé et de l'enfance du Zimbabwe a mis à jour les directives nationales et les outils de travail relatifs à la PDS, afin d'aider les agents de santé à informer les clients des différentes options disponibles en matière de traitement[4-5]. Chacun de ces outils de travail présente un modèle donné par type de population, en précisant les composantes de base : quand (fréquence des services) ; où (lieu de prestation des services) ; qui (agents de santé assurant la prestation de services) ; quoi (nature des services fournis). Ces outils de travail aident les agents de santé à expliquer clairement quels sont les critères d'éligibilité pour des modèles moins intensifs de PDS, quels sont les modèles disponibles et comment chaque modèle fonctionne.

Tableau 2. Interventions visant à faciliter la transition entre deux modèles moins intensifs de PDS (« transition latérale »)

	Toutes catégories de population confondues		Enfants	Adolescents	Période postnatale
Causes de la transition	Évolution des préférences du client en matière de PDS	Transfert vers un nouvel établissement de santé	Passage de l'enfance à l'adolescence	Passage de l'adolescence à l'âge adulte	Passage du seuil des 18 mois
Transition depuis (modèle)	N'importe quel modèle moins intensif de PDS	N'importe quel modèle moins intensif de PDS reçu au sein de l'ancien établissement de santé	Modèle de PDS axé sur la famille	Modèle de PDS spécifiquement conçu pour les adolescents	Modèle de PDS spécifiquement conçu pour la période postnatale
Transition vers (modèle)	N'importe quel autre modèle moins intensif de PDS	N'importe quel modèle moins intensif de PDS proposé par le nouvel établissement de santé	Un modèle moins intensif de PDS à destination des adolescents non accompagnés	Un modèle moins intensif de PDS à destination des adultes	
Facteurs de réussite au niveau du client	<ul style="list-style-type: none"> Vérifier l'adéquation du modèle de PDS et la satisfaction des clients dans le cadre des examens cliniques annuels (voir l'étude de cas 4) Lorsque les besoins ou les préférences du client en matière de prestation de services évoluent, l'informer des différentes options disponibles en matière de PDS Proposer la participation à un modèle de soins (pas de participation automatique) La personne responsable du nouveau modèle de PDS est informée de la participation du client au programme de soins et peut lui adresser un rappel en amont de ses visites et prendre contact en cas d'absence lors du premier rendez-vous Les processus d'inscription au modèle de PDS sont achevés dans les délais, notamment la notification du nouveau prestataire de services et la transmission des ordonnances (en cas de prestataire hors établissement) 	<ul style="list-style-type: none"> Le cas échéant, donner aux personnes ayant choisi un modèle moins intensif de PDS les informations nécessaires pour choisir un nouveau lieu de collecte pour leur renouvellement de TAR Tout document relatif au transfert incluant des informations sur le précédent modèle de PDS Lors de la visite de transfert, évaluer l'éligibilité à un modèle moins intensif de PDS et, le cas échéant, proposer immédiatement la transition vers ce type de modèle 	<ul style="list-style-type: none"> La divulgation totale du VIH a eu lieu L'état de préparation de la personne au processus de transition a fait l'objet d'une évaluation individuelle L'enfant/l'adolescent a pris part à l'établissement d'un plan de transition en temps opportun L'enfant/l'adolescent bénéficie d'un système de soutien par les pairs (dans sa nouvelle classe d'âge) visant à faciliter le processus de transition (prise en charge gérée par un pair pour une période de transition déterminée) Dans la nouvelle classe d'âge, des modèles de groupes sont disponibles pour la PDS et sont proposés en priorité Transition progressive : intégrer les composantes de base du nouveau modèle de PDS au sein du modèle actuel (par exemple, augmenter les renouvellements ou intégrer l'évaluation de la méthode de contraception dans les services proposés) Orientation au sein du nouveau modèle de PDS : organiser une visite des locaux et du nouveau groupe de pairs en amont de la transition Transition groupée : dans la mesure du possible, plusieurs enfants/adolescents partageant le même modèle effectuent en même temps leur transition vers un nouveau modèle (voir l'étude de cas 3) 	<ul style="list-style-type: none"> Travailler avec les femmes en période postnatale à l'établissement d'un plan de transition (s'assurer que les femmes concernées savent quand la transition aura lieu et qu'elles ont eu l'occasion d'exprimer leurs préférences en matière de prise en charge) Accompagner la mère et l'aider à se repérer dans les nouveaux locaux en organisant une visite d'orientation en amont de la transition Transition groupée : dans la mesure du possible, plusieurs femmes en période postnatale effectuent en même temps leur transition vers un nouveau modèle Lorsque la transition directe vers un modèle moins intensif de PDS au sein du service général de TAR s'avère impossible, procéder à une évaluation et présenter les modèles moins intensifs disponibles au moment de la première consultation clinique 	
Facteurs de réussite au niveau du système de santé	<ul style="list-style-type: none"> De même que dans le tableau 1, lignes directrices opérationnelles nationales relatives à la PDS, afin de prendre en compte les facteurs de réussite pour la transition « latérale » vers d'autres modèles de soins 	<ul style="list-style-type: none"> Simplifier les processus permettant de choisir un nouveau lieu de collecte pour le renouvellement de TAR ailleurs dans le pays 	<ul style="list-style-type: none"> Planification de la transition au niveau des établissements en vue d'évaluer l'état de préparation des clients, de proposer des modèles adéquats de PDS, de mettre en place des transitions progressives et groupées, et d'offrir des outils d'orientation relatifs au nouveau modèle choisi 		





Étude de cas 3 (au niveau du client)

Les clubs de transition pour adolescents et jeunes adultes en Eswatini

Depuis plusieurs années, l'Eswatini soutient et met en œuvre des clubs d'adolescents. En 2022, afin de mieux accompagner les adolescents qui entrent dans l'âge adulte, l'Eswatini a mis à jour ses lignes directrices nationales pour y inclure des recommandations relatives aux « clubs de transition »[6]. Les clubs de transition sont destinés aux adolescents et aux jeunes adultes âgés de 16 à 24 ans et partagent avec les clubs d'adultes la même fréquence de renouvellement de TAR et d'examen clinique. Les clubs de transition reposent notamment sur des composantes relatives à la santé sexuelle et reproductive, et aident les adolescents à se fixer des objectifs d'indépendance et de gestion autonome des soins, et à les atteindre. Ces clubs disposent d'une liste de contrôle spécifiquement conçue pour évaluer l'état de préparation des adolescents au processus de transition vers des modèles individuels de PDS à destination des adultes.

Étude de cas 4 (au niveau du système de santé)

Reconsidérer les préférences des clients en matière de modèle de PDS à chaque visite de suivi en Ouganda

En Ouganda, les consultations cliniques sont mises à profit pour revenir avec le client sur ses préférences en matière de modèle de prestation de services. Chaque consultation doit donner lieu à une évaluation de la catégorisation du client en matière de PDS et à l'identification de ses préférences en matière de modèle. Ces informations sont ensuite renseignées dans le dossier de suivi du client[7]. En Ouganda, la formation des agents de santé chargés de promouvoir la PDS s'appuie sur une approche en cinq temps :

- Évaluer les connaissances de la personne en matière de PDS.
- Aider la personne à identifier les obstacles à la continuité des soins.
- Conseiller la personne pour l'orienter vers les modèles de PDS les plus appropriés.
- Se mettre d'accord avec la personne sur un modèle de PDS à privilégier.
- Prendre les dispositions nécessaires pour que la personne puisse recevoir ses renouvellements de TAR et bénéficier d'une prise en charge clinique dans le cadre du modèle de PDS qu'elle a choisi.

Tableau 3. Interventions susceptibles de favoriser l'efficacité des transitions consistant à passer de modèles moins intensifs à des modèles intensifs de PDS (« réorientation à la hausse »)

Toutes catégories de population confondues	
Causes de la transition	Raisons cliniques, préférence pour une prise en charge intégrée ou inéligibilité à un modèle moins intensif de PDS au regard de la politique en vigueur
Transition depuis (modèle)	N'importe quel modèle de PDS adapté aux clients qui suivent leur traitement
Transition vers (modèle)	Prise en charge en établissement sous l'autorité d'un médecin (éventuellement sous la forme d'une prise en charge intégrée)
Facteurs de réussite au niveau du client	<ul style="list-style-type: none"> • Expliquer clairement quel est l'objectif du renforcement de la prise en charge clinique, quand la période postnatale doit prendre fin et quand aura lieu la prochaine évaluation de l'éligibilité à un modèle moins intensif de PDS (fournir un calendrier précis). • Si la personne recevait des soins dans le cadre d'un modèle communautaire individuel ou de groupe reposant sur un réseau bien établi de soutien par les pairs, lui proposer de conserver ce modèle en y ajoutant des soins cliniques complémentaires. • Si la personne présente un état clinique satisfaisant, continuer de lui fournir des renouvellements de traitement plus longs et envisager l'organisation de consultations cliniques et/ou de séances de suivi réduites à leur strict minimum (voir l'étude de cas 5). • Proposer une prise en charge clinique complète (non limitée aux renouvellements d'ordonnance et de médicaments) afin de vérifier la valeur ajoutée du changement de modèle de prise en charge. • Contrôler la présence de la personne à ses rendez-vous de suivi clinique.
Facteurs de réussite au niveau du système de santé	<ul style="list-style-type: none"> • Mettre en place des processus d'assurance qualité permettant de renforcer la qualité et l'exhaustivité des soins fournis aux personnes nécessitant une prise en charge clinique plus intensive. • Mettre en place des processus d'audit destinés à vérifier la qualité de la prise en charge clinique et le respect des délais d'évaluation, et permettant aux personnes de reprendre leur traitement dans le cadre d'un modèle intensif de PDS.



Étude de cas 5 (au niveau du client)

Favoriser la dispensation multi-mensuelle pour les personnes présentant un état clinique satisfaisant et une charge virale élevée en Côte d'Ivoire, en Afrique du Sud et au Mozambique

Pour favoriser la continuité du traitement, les clients qui présentent un état clinique satisfaisant et une charge virale élevée peuvent bénéficier à la fois des séances renforcées de suivi de l'observance et d'un prolongement des renouvellements de TAR. En Côte d'Ivoire[8], la politique nationale de PDS pour cette catégorie de personnes préconise des renouvellements de TAR d'une durée de trois mois et des séances renforcées de suivi de l'observance. En Afrique du Sud, les personnes qui présentent un état clinique satisfaisant et une charge virale élevée bénéficient d'une seule séance renforcée de suivi de l'observance et de renouvellements de TAR d'une durée de trois mois jusqu'à l'examen clinique de suivi suivant, qui donne lieu à une nouvelle évaluation de la charge virale[9]. Au Mozambique, la politique en vigueur permet aux personnes présentant une charge virale élevée de conserver leur modèle de traitement en établissement avec des renouvellements de TAR d'une durée de trois ou six mois, à condition que l'augmentation de leur charge virale soit en partie liée à des difficultés logistiques d'accès à la clinique[10].

Mesures à adopter en priorité pour favoriser une transition efficace de la PDS

- Afin de limiter la perturbation du traitement et les difficultés qui en découlent, aussi bien pour le client que pour le système de santé, éviter autant que possible les transitions inutiles entre modèles de PDS.
- Renforcer le niveau d'information concernant la PDS et améliorer la communication entre agents de santé et clients au sujet des prestations de services.
- Identifier des approches susceptibles de favoriser l'efficacité des transitions et intégrer ces approches aux lignes directrices nationales en matière de PDS. Lorsque ces lignes directrices encouragent le recours à des modèles propres aux différentes populations, il convient de décrire l'approche à adopter pour effectuer une transition depuis un modèle donné vers un autre modèle.
- Identifier les transitions responsables du plus grand nombre d'interruptions de traitement et de désengagements dans des contextes donnés, mettre en place des stratégies d'appui aux processus de transition et évaluer la qualité de leur mise en œuvre.



Références

- 1 IAS – the International AIDS Society, [Cadre décisionnel pour la prestation de traitements antirétroviraux](#), 2016.
- 2 Organisation mondiale de la Santé, [Consolidated guidelines on HIV prevention, testing, treatment, service delivery and monitoring: recommendations for a public health approach](#), Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2021 (en anglais).
- 3 Département de la santé d’Afrique du Sud, [Differentiated Models of Care Standard Operating Procedures](#), Pretoria, Afrique du Sud, 2023 (en anglais).
- 4 Ministère de la santé et de l’enfance du Zimbabwe, [Operational and Service Delivery Manual for the Prevention, Care and Treatment of HIV in Zimbabwe](#), Harare, Zimbabwe, 2022 (en anglais).
- 5 Ministère de la santé et de l’enfance du Zimbabwe, [Consolidated HIV and AIDS job aide](#), Harare, Zimbabwe, 2022 (en anglais).
- 6 Ministère de la santé du Royaume d’Eswatini, [Guidelines for Differentiated Service Delivery](#), Mbabane, Eswatini, 2022 (en anglais).
- 7 Katureebe C., [Moving between DSD models as needs change](#), exposé présenté dans le cadre de la séance intitulée : « Differentiated service delivery for HIV treatment in 2022 – Session 2: Moving into, out of and between service delivery models: Changing needs, a changing DSD model », AIDS 2022, 24^e Conférence internationale sur le sida, 2022 (en anglais).
- 8 Ministère de la santé et de l’hygiène publique de Côte d’Ivoire, [Note circulaire no 0002. Directives techniques de prévention du sida et de prise en charge des personnes vivant avec le VIH](#), 2019.
- 9 Département de la santé d’Afrique du Sud, [2023 ART Clinical Guidelines for the Management of HIV in Adults, Pregnancy and Breastfeeding, Adolescents, Children, Infants and Neonates](#), Pretoria, Afrique du Sud, 2023 (en anglais).
- 10 Ministère de la santé du Mozambique, [Guião Orientador sobre MDS para o HIV/SIDA em Moçambique](#), Maputo, Mozambique, 2023 (en portugais).

Pour citer ce document : IAS – the International AIDS Society, *Favoriser une transition efficace entre les modèles de prestation différenciée de services (PDS) dans le traitement du VIH*, 2023. Disponible à l’adresse suivante : www.differentiatedservicedelivery.org.

Crédits photo : Isabel Corthier/MSF pages 1, 6-7, 9-10 ; Luca Sola/MSF page 8.