

Prestation différenciée de services pour les maladies chroniques

Supplément au Cadre décisionnel pour la prestation de traitements antirétroviraux



Prestation différenciée de services pour les maladies chroniques : Supplément au *Cadre décisionnel pour la prestation de traitements antirétroviraux*

Le présent Supplément au *Cadre décisionnel pour la prestation de traitements antirétroviraux* [1] définit comment les principes de la prestation différenciée de services dans le cas du traitement du VIH pour les clients suivant un traitement peuvent être appliqués aux personnes vivant avec une maladie chronique ou ayant d'autres besoins de santé chroniques.

Il vise à fournir :

- **Une présentation des raisons pour lesquelles la prestation différenciée de services est nécessaire au-delà du VIH**
- **Les principaux facteurs de réussite de la prestation différenciée de services pour les maladies chroniques**
- **Des exemples d'utilisation des composantes de base de la prestation différenciée de services dans le cas des maladies chroniques**
- **Des exemples d'intégration de prestation de services pour les maladies chroniques**

Le présent supplément s'adresse aux responsables des programmes de prise en charge des maladies chroniques aux échelons national et des districts, aux responsables des programmes de réponse au VIH et aux maladies non transmissibles, aux partenaires de mise en œuvre, aux partenaires communautaires et aux donateurs.

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

La prestation différenciée de services 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 différents groupes de personnes vivant avec le VIH tout en réduisant les charges inutiles pesant sur le système de santé [1]. En ce qui concerne les clients sous traitement antirétroviral (TAR), les ministères de la Santé ont mis en place des modèles moins intensifs de prestation différenciée de services liés au VIH à destination des personnes qui suivent un TAR.



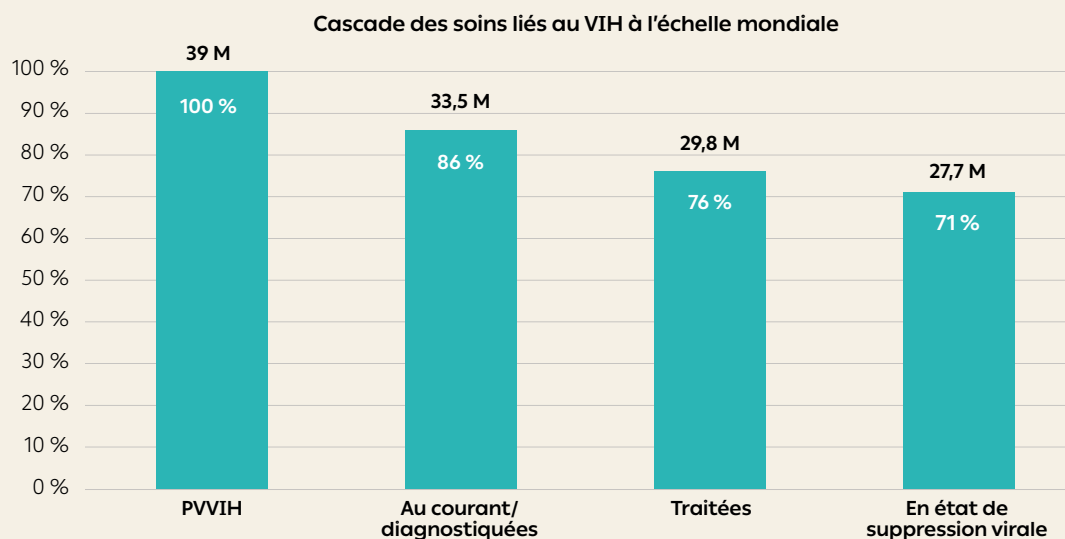
Pourquoi la prestation différenciée de services est-elle nécessaire pour les maladies chroniques autres que le VIH ?

Dans le monde, 39 millions de personnes vivent avec le VIH, 537 millions souffrent de diabète et 1,4 milliard sont touchées par l'hypertension [2-4]. De nombreuses autres personnes ont besoin d'un traitement à vie contre d'autres maladies chroniques. Parallèlement à cette syndémie de maladies chroniques, la population vivant avec le VIH est vieillissante. Aujourd'hui, la moitié des personnes sous TAR ont plus de 40 ans, et 22 % des personnes vivant avec le VIH qui participent à des programmes soutenus par le Plan d'Urgence Présidentiel de Lutte contre le SIDA des États-Unis (PEPFAR) ont plus de 50 ans [5].

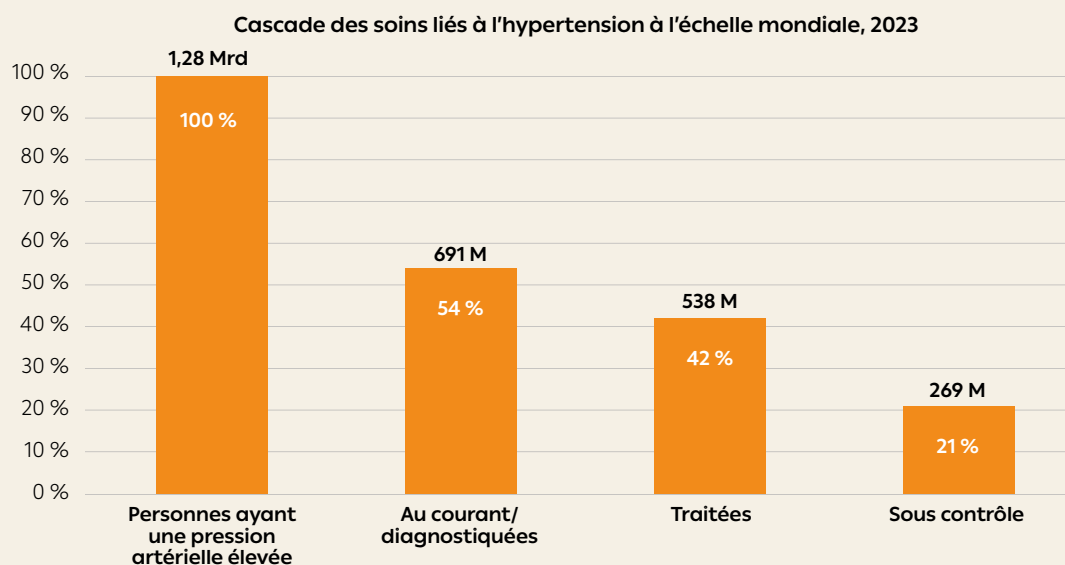
La prévalence de l'hypertension et du diabète chez les personnes vivant avec le VIH (PVVIH) dans les environnements marqués par une forte

prévalence du VIH sur le continent africain est estimée à 27,5 % et 13,4 % [6] respectivement. Des données récentes suggèrent une hausse significative de la prévalence de l'hypertension chez les personnes suivant un TAR à base de dolutégravir. Les réponses mondiales à ces maladies chroniques présentent cependant des niveaux de maturité très différents (figure 1). Si la riposte au VIH a convergé vers les objectifs mondiaux « 95-95-95 », il n'existe pas d'objectifs mondiaux clairs ni d'action concertée pour atteindre des objectifs en cascade similaires aux initiatives touchant d'autres maladies chroniques. Les objectifs mondiaux pour le diabète sucré n'ont été fixés qu'en 2022, et on attend toujours ceux concernant l'hypertension.

Figure 1. Comparaison entre la cascade des soins liés au VIH et la cascade des soins ciblant l'hypertension à l'échelle mondiale



<https://www.unaids.org/fr/resources/fact-sheet>



<https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/hypertension>

La prestation différenciée de services pour le traitement du VIH a émergé en réponse au nombre croissant de personnes vivant avec le VIH et recevant un TAR. La prestation différenciée de services constituait une réponse aux orientations mondiales sur le VIH de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) qui recommandait la stratégie « Un traitement pour tous » et préconisait la mise sous TAR de toutes les personnes vivant avec

le VIH, indépendamment de leur numération de CD4 [7]. Nombreuses sont les personnes qui ont besoin d'un traitement contre l'hypertension et le diabète sucré, et les problèmes courants auxquels se heurtent les clients pour y accéder ainsi que la lourde charge de travail des agents de santé sont semblables aux difficultés rencontrées dans le cadre de la réponse au VIH (figure 2).

Figure 2. Difficultés d'accès aux soins pour les maladies chroniques : les perspectives du client et de l'agent de santé

Défis communs : Pourquoi il est temps d'aborder différemment la prestation de services



Perspective du client



Pourquoi dois-je attendre dans la file aussi bien pour voir une infirmière que pour aller à la pharmacie si je viens uniquement pour chercher mon renouvellement de TAR ?

Comment pouvons-nous venir en aide aux clients qui ne suivent pas leur traitement si nous sommes submergés de clients qui observent leur traitement ?



Perspective de l'agent de santé

Pourquoi devrais-je continuer à prendre un traitement si je me sens en bonne santé et que la clinique est remplie de gens qui sont malades ?

Comment vais-je prodiguer des soins de qualité à 100 clients aujourd'hui ?



Les principes de la prestation différenciée de services, tels qu'énoncés dans la définition figurant à l'encadré 1, peuvent être appliqués au-delà de la prestation de services liés au VIH et au TAR. C'est pourquoi nous proposons d'étendre la définition et la mise en œuvre de la prestation différenciée de services à des maladies chroniques autres que le VIH.

Encadré 1. Définition de la prestation différenciée de services pour le VIH et adaptation aux maladies chroniques

Prise en charge différenciée du VIH :

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 préférences et des attentes des différents groupes de personnes vivant avec le VIH tout en réduisant les charges inutiles pesant sur le système de santé.

Prestation différenciée de services pour les maladies chroniques :

une **approche axée sur la personne** qui vise à simplifier et à **adapter la cascade des services liés aux maladies chroniques** en vue de tenir compte des préférences et des attentes des différents groupes de personnes vivant avec des maladies chroniques, tout en réduisant les charges inutiles pesant sur le système de santé.

Les principes de la prestation différenciée de services ont également été appliqués à la cascade des soins, du dépistage et de la mise en route du traitement à l'adaptation de ce dernier afin de maîtriser la maladie et d'assurer la poursuite du traitement. Le présent supplément se concentre sur la prestation différenciée des services pour les clients suivant un traitement contre une maladie chronique.



La prestation différenciée de services dans le cas de maladies chroniques pour les personnes vivant avec le VIH et les autres personnes

Les principes de la prestation différenciée de services peuvent être appliqués à toute maladie chronique, y compris le VIH. La décision consistant à déterminer quelles maladies peuvent être prises en charge par un seul service s'appuiera sur l'épidémiologie locale et les modalités de planification et de financement des services existants. Deux exemples de la manière dont les services liés aux maladies chroniques peuvent être associés figurent ci-après dans la section relative à l'intégration des maladies chroniques.

La prestation différenciée de services implique d'adapter les composantes de base de la

prestation de services – « quand » (moment et fréquence des services), « qui » (l'équipe fournissant les services), « où » (le lieu de prestation des services) et « quoi » (l'ensemble des services) – pour répondre aux attentes et aux préférences de la personne dans le cadre du système public de santé.

Cependant, nous allons d'abord nous intéresser aux facteurs de réussite de la prestation différenciée de services pour les maladies chroniques.

Les facteurs de réussite de la prestation différenciée de services pour les maladies chroniques

Un certain nombre de facteurs de réussite clés a favorisé l'intensification de la prestation différenciée de services au cours des dix dernières années, tant à l'échelle clinique que politique.

Facteurs de réussite cliniques

Les facteurs cliniques qui ont facilité la prestation différenciée du traitement du VIH et qui peuvent s'appliquer à la prestation différenciée de services pour d'autres maladies chroniques sont les suivants :

- Transition d'un traitement entraînant de nombreux effets secondaires à un traitement moins toxique
- Élaboration d'orientations thérapeutiques simplifiées, dont la fourniture d'un traitement unique pour tous les groupes de population
- Utilisation d'une combinaison à dose fixe qui a contribué à réduire le nombre de comprimés à prendre pour les clients et à simplifier les chaînes d'approvisionnement pour les systèmes de santé

- Un outil fiable de suivi clinique de l'observance thérapeutique (charge virale) qui a permis aux cliniciens d'avoir confiance dans l'observance thérapeutique des clients ; un suivi et une évaluation solides des programmes

Combinés, ces facteurs ont permis aux auteurs de lignes directrices, aux échelons national et mondial, aux équipes nationales de programmes et aux partenaires de mise en œuvre de n'avoir aucune réticence à réduire la fréquence des visites cliniques et à prolonger les durées de renouvellement thérapeutique pour les clients suivant leur traitement.





L'analyse des facteurs de réussite doit être prise en compte lors de l'élaboration d'orientations cliniques guidées par des questions de santé publique pour d'autres maladies chroniques. Des exemples de facteurs de réussite cliniques clés pour la prise en charge du VIH et de l'hypertension figurent dans le tableau 1.

Tableau 1. Facteurs de réussite cliniques de la prestation différenciée de services pour les maladies chroniques : exemples du VIH et de l'hypertension

| Facteurs de réussite | VIH | Hypertension |
|--|--|--|
| Traitement non toxique nécessitant un suivi minimal | Dolutégravir/lamivudine/ténofovir | Amlodipine et telmisartan |
| Orientations cliniques simplifiées | Un traitement unique pour tous les groupes de population | Algorithmes par étape assortis de doses d'agents identifiés et d'un délai défini entre les étapes d'ajustement des doses [4] |
| Utilisation de combinaisons à dose fixe (ce qui permet de réduire le nombre de comprimés à prendre et de simplifier la chaîne d'approvisionnement) | Triple association à dose fixe disponible | Double association à dose fixe disponible |
| Outil de suivi clinique pour déterminer le moment auquel la personne est considérée comme suivant un traitement | Charge virale | Mesure de la tension artérielle |

Pour pouvoir définir les composantes de base de la prestation différenciée de services pour les maladies chroniques, il est nécessaire de réaliser une analyse des politiques mondiales et nationales pertinentes. Les considérations en matière de politique à prendre en compte lors de l'élaboration d'un modèle de prise en charge différenciée pour toute maladie chronique sont présentées dans le tableau 2.

Tableau 2. Considérations en matière de politique pour les maladies chroniques au regard des composantes de base de la prestation différenciée de services

| Considérations stratégiques | |
|--|--|
|  QUAND | Quelle est la recommandation concernant la fréquence des visites avant que le client parvienne à maîtriser son traitement ? Quelle est la recommandation concernant la fréquence des visites cliniques et de renouvellement thérapeutique une fois que le client suit son traitement ? |
|  OÙ | À quel niveau du système de santé la prise en charge de la maladie chronique peut-elle être assurée (en tenant compte du diagnostic, et de la mise en route, de l'ajustement et du maintien du traitement) ? À quel niveau du système de santé les différentes classes de médicaments nécessaires pour chaque maladie chronique sont-elles autorisées ? |
|  QUI | Quels agents de santé peuvent prendre en charge la maladie chronique (en tenant compte du diagnostic, et de la mise en route, de l'ajustement et du maintien du traitement) ? |
|  QUOI | Quel est l'ensemble de services qui doit être fourni conformément aux orientations mondiales et nationales ? Quel suivi et quelle évaluation sont nécessaires pour démontrer les résultats ? |

Définir l'éligibilité à la prestation différenciée de services

En vue de réduire le fardeau des visites pour les clients et de diminuer la charge de travail pesant sur le système de santé, des modèles de prestation différenciée de services moins intensifs pour le traitement du VIH ont été conçus à destination des clients qui satisfont aux critères pour être considérés comme suivant un traitement contre le VIH. Bien que l'OMS n'ait pas encore fourni de définitions pour d'autres affections chroniques, des critères similaires (à savoir la durée du traitement, l'observance ou les preuves du succès du traitement) peuvent être utilisés pour d'autres maladies chroniques. Certains pays du continent africain dont l'Afrique du Sud, le Nigéria et le Zimbabwe, ont défini la stabilité des clients sous traitement antihypertenseur et antidiabétique en vue de permettre la prestation différenciée de services pour ces maladies chroniques [8-11]. Le tableau 3 propose des définitions de la stabilité des clients sous traitement dans le cas du VIH, de l'hypertension et du diabète.

Tableau 3. Exemples de définitions de la stabilité sous traitement

| | VIH | Hypertension | Diabète de type II |
|--|--|--|--|
| Durée du traitement | TAR suivi depuis au moins six mois | Traitement actuel suivi depuis au moins trois mois | Traitement actuel suivi depuis au moins trois mois |
| Autres maladies | Aucune autre maladie concomitante, ce qui n'inclut pas les maladies chroniques sous contrôle | Aucune autre comorbidité concomitante non contrôlée | Aucune autre comorbidité concomitante non contrôlée |
| Observance | Bonne compréhension de l'observance à vie | Bonne compréhension de l'observance à vie | Bonne compréhension de l'observance à vie |
| Preuves du succès du traitement | Au moins un résultat de suppression de la charge virale au cours des six derniers mois (si la charge virale n'est pas disponible : numération des CD4 > 200 cellules/mm ³ ou numération des CD4 > 350 cellules/mm ³ pour les enfants de 3 à 5 ans ou prise de poids, absence de symptômes et d'infections concomitantes) | < 140/90 mesurée en deux occasions à au moins un mois d'intervalle | Hémoglobine glyquée (HbA1C) < 7 % (ou telle que définie dans les directives nationales) mesurée au cours des trois derniers mois |

Le fait de déterminer la stabilité d'un client sous traitement contre une maladie chronique vise à réduire par la suite la fréquence des visites cliniques et de permettre la fourniture de renouvellements sur plusieurs mois (voir la composante de base « quand » à la page 10). En séparant les visites cliniques des visites de renouvellement, les renouvellements peuvent être distribués au moyen de modèles de prestation différenciée de services adaptés pour les clients suivant un traitement contre une maladie chronique (tels que décrits aux pages 11 et 12).

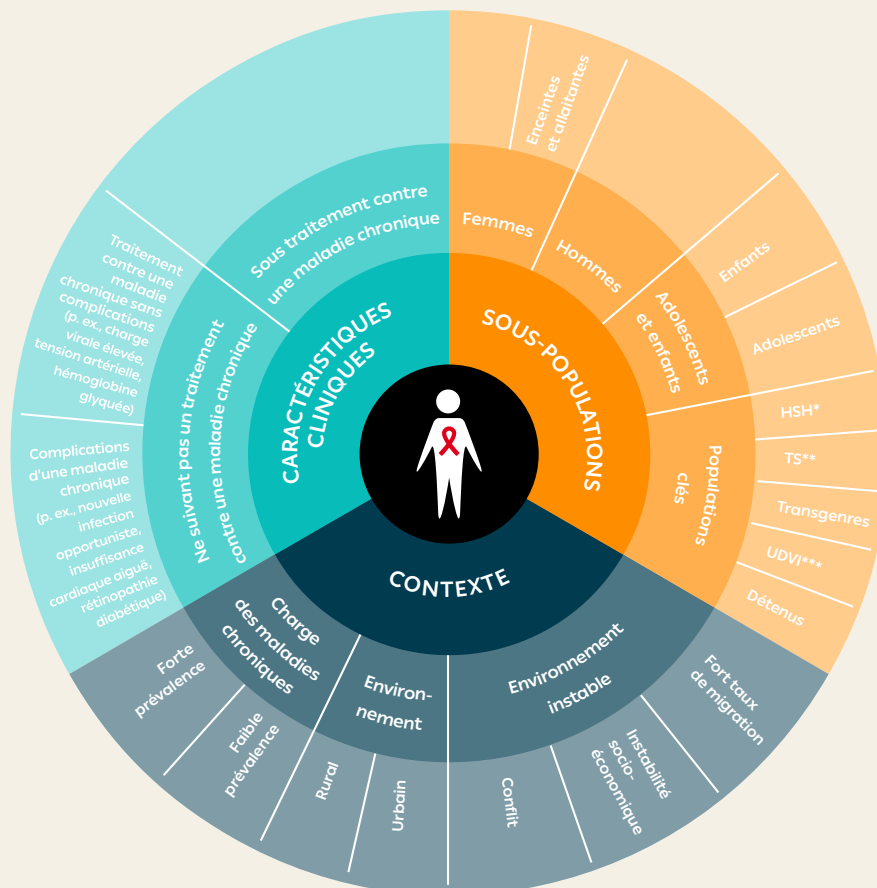
Les éléments de la prestation différenciée de services pour les maladies chroniques

Les modèles de prestation différenciée de services sont élaborés pour des sous-populations spécifiques, en tenant compte de leurs caractéristiques ou éléments communs. Ces éléments peuvent être répartis dans les catégories suivantes :

- Les caractéristiques cliniques, par exemple :
 - Client suivant ou ne suivant pas un traitement contre la maladie chronique
 - Une seule maladie ou multimorbidité
- La sous-population, par exemple :
 - Enfant, adolescent ou adulte
 - Femme enceinte ou allaitante
 - Autre sous-groupe, tel qu'une population clé
- Le contexte dans lequel le client reçoit les services, par exemple :
 - Environnement urbain ou rural
 - Environnement stable ou situation de conflit

Les éléments qui doivent être pris en compte lors de l'élaboration d'un modèle de prestation différenciée de services liés à des maladies chroniques pour les personnes suivant un traitement contre une maladie chronique sont définis à la figure 3.

Figure 3. Les éléments de la prestation différenciée de services






Les composantes de base de la prestation différenciée de services pour les maladies chroniques

Les quatre composantes de base pour l'élaboration d'un modèle de prestation différenciée de services sont les suivantes :

- **QUAND** : La fréquence des visites (qui doit être définie pour les visites cliniques et visites de renouvellement) et le moment de la journée auquel les services sont reçus
- **OÙ** : Le lieu de prestation des services
- **QUI** : Les agents de santé (professionnels ou non) fournissant les services
- **QUOI** : L'ensemble des services à fournir, conformément aux directives nationales

Le tableau 4 montre comment ces composantes de base peuvent être appliquées à la cascade de soins pour les maladies chroniques, en prenant pour exemple l'hypertension. La composante de base « quoi » n'est pas définie dans cet exemple, car elle varie selon les directives nationales.




Tableau 4. Exemple de l'utilisation des composantes de base de la prestation différenciée de services au sein de la cascade de soins contre l'hypertension

| | Diagnostic | Mise en route du traitement | Ajustement de la dose | Poursuite pour les personnes suivant le traitement |
|--|---|---|--|--|
|  QUAND | <p>Pour les personnes vivant avec le VIH : lors de la mise en route du traitement, lors de l'inclusion dans la prestation différenciée de services ou à chaque visite clinique annuelle</p> <p>Pour la population générale : en fonction des critères de risques (par exemple, âge, indice de masse corporelle)</p> | <p>Pour les personnes vivant avec le VIH : lors de la mise en route du traitement, lors de l'inclusion dans la prestation différenciée de services ou à chaque visite clinique annuelle</p> <p>Pour la population générale : au moment de la pose du diagnostic</p> | <p>Visites mensuelles jusqu'à ce que la tension artérielle soit sous contrôle</p> | <p>Visites cliniques tous les six mois</p> <p>Renouvellements tous les trois mois</p> |
|  OÙ | <p>Service ambulatoire à l'hôpital</p> <p>Soins primaires</p> <p>Communauté</p> | <p>Service ambulatoire à l'hôpital</p> <p>Soins primaires</p> <p>Pour les personnes vivant avec le VIH : même clinique que pour le TAR</p> | <p>Service ambulatoire à l'hôpital</p> <p>Soins primaires</p> <p>Pour les personnes vivant avec le VIH : même clinique que pour le TAR</p> | <p>Service ambulatoire à l'hôpital</p> <p>Soins primaires</p> <p>Pour les personnes vivant avec le VIH : même clinique que pour le TAR</p> |
|  QUI | <p>Médecin, infirmier, agent de santé communautaire</p> | <p>Médecin, infirmier</p> <p>Pour les personnes vivant avec le VIH : même agent de santé communautaire qui fournit le TAR</p> | <p>Médecin, infirmier</p> <p>Pour les personnes vivant avec le VIH : même agent de santé communautaire qui fournit le TAR</p> | <p>Médecin, infirmier (visites cliniques et visites de renouvellement) ; agent de santé communautaire, pairs (visites de renouvellement)</p> <p>Pour les personnes vivant avec le VIH : même agent de santé communautaire qui fournit le TAR</p> |



Pour les personnes vivant avec le VIH qui suivent un traitement, l'OMS dispose de recommandations liées aux composantes de base « quand », « où » et « qui » (tableau 5). Par ailleurs, l'OMS a récemment formulé des recommandations pour les composantes de base « quand » et « où » concernant l'hypertension. Des orientations supplémentaires sur les composantes de base pour le diabète et d'autres maladies chroniques, dans le cas où le client suit un traitement, peuvent être fournies par les gouvernements nationaux et doivent être élaborées par des institutions normatives mondiales.

Tableau 5. Recommandations de l'OMS pour les composantes de base de la prestation différenciée de services pour le VIH et l'hypertension

| | VIH [12] | Hypertension [4] |
|---|---|--|
|  QUAND | <p>Les personnes sous TAR doivent bénéficier de services cliniques tous les trois à six mois, de préférence tous les six mois si possible (forte recommandation, preuves avec un degré de certitude modéré)</p> <p>Les personnes sous TAR doivent bénéficier de renouvellements du TAR d'une durée de trois à six mois, de préférence six mois si possible (forte recommandation, preuves avec un degré de certitude faible à modéré)</p> | <p>Suivi mensuel après la mise en route ou la modification du traitement antihypertenseur jusqu'à ce que les clients atteignent l'objectif (recommandation conditionnelle, preuves avec un degré de certitude faible)</p> <p>Suivi tous les trois à six mois pour les clients dont la tension artérielle est sous contrôle (recommandation conditionnelle, preuves avec un degré de certitude faible)</p> |
|  OÙ | <p>Mise en route du TAR dans les hôpitaux, avec un maintien du TAR dans les établissements de santé périphériques (forte recommandation, preuves avec un degré de certitude faible)</p> <p>Mise en route et maintien du traitement antirétroviral dans les établissements de santé périphériques (forte recommandation, preuves avec un degré de certitude faible)</p> <p>Mise en route du TAR dans les établissements de santé périphériques, avec un maintien à l'échelle communautaire (forte recommandation, preuves avec un degré de certitude modéré)</p> | <p>Aucune recommandation classée, mais appui à la fourniture de soins contre l'hypertension sur le lieu de prestation de soins primaires</p> |
|  QUI | <p>Des cliniciens non-médecins, des sages-femmes et des infirmiers dûment formés peuvent mettre en route le TAR de première ligne (forte recommandation, preuves avec un degré de certitude modéré)</p> <p>Des fournisseurs non professionnels dûment formés et supervisés peuvent distribuer le TAR (forte recommandation, preuves avec un degré de certitude faible)</p> | <p>Le traitement pharmacologique de l'hypertension peut être fourni par des professionnels qui ne sont pas des médecins, tels que des pharmaciens et des infirmiers, tant que les conditions suivantes sont réunies : ils disposent d'une formation appropriée et d'un pouvoir de prescription, suivent des protocoles de prise en charge spécifiques et bénéficient de la supervision d'un médecin (recommandation conditionnelle, preuves avec un degré de certitude faible)</p> |

Que faire si la durée de renouvellement des médicaments contre des maladies chroniques est limitée par la chaîne d'approvisionnement et les coûts ?

Au cours des dix dernières années, de nombreux programmes nationaux de riposte au VIH sont passés d'une fourniture de renouvellements de TAR d'une durée d'un ou deux mois à la distribution régulière de renouvellements de trois à six mois. En ce qui concerne d'autres maladies chroniques, dont l'hypertension et le diabète, la prolongation des renouvellements peut s'avérer difficile compte tenu des contraintes de la chaîne d'approvisionnement dans le secteur public et, bien souvent, de la nécessité pour les clients de payer de leur poche les médicaments par l'intermédiaire du secteur privé.

Malgré ces défis, lesquels s'accompagnent eux-mêmes d'un coût tant pour le système de santé que pour le client, veiller à la mise en place d'un système permettant **la prescription sur plusieurs mois** peut contribuer à améliorer les services. Grâce à la prescription sur plusieurs mois, le client peut aller chercher la première partie des articles de l'ordonnance lors de sa visite clinique. Les renouvellements ultérieurs à partir d'une même ordonnance peuvent être collectés dans le cadre d'un modèle de prestation différenciée de services, par l'intermédiaire du système de renouvellement sans que le client ait besoin de faire la queue pour voir un clinicien.

L'incapacité à fournir des renouvellements de plusieurs mois pour le traitement d'une maladie chronique ne doit pas empêcher de se servir de la prescription sur plusieurs mois ni de recourir aux modèles de prestation différenciée de services pour les clients suivant un traitement pour obtenir les renouvellements.

Quatre modèles de prestation différenciée de services pour les clients suivant un traitement contre une maladie chronique

Les quatre modèles de prestation différenciée de services décrits par l'OMS peuvent tous être utilisés en vue de faciliter les renouvellements thérapeutiques pour d'autres maladies chroniques. Pour chaque modèle, les renouvellements font l'objet d'une ordonnance délivrée lors des visites cliniques. Si la durée du renouvellement est inférieure à la fréquence de la visite clinique, l'un des quatre modèles de renouvellement peut être utilisé pour faciliter les renouvellements thérapeutiques qui sont plus efficaces pour le client et pour le système de santé.

Les modèles de prestation différenciée de services pour les clients suivant un traitement sont classés comme suit :

- **Modèles individuels en établissement** (par exemple, renouvellement accéléré, collecte rapide) – les personnes viennent chercher leur renouvellement de médicaments directement auprès de la pharmacie de la clinique sans avoir à faire la queue pour voir le clinicien. Pour voir comment ce modèle fonctionne, [veuillez visionner cette vidéo](#).
- **Modèles individuels hors établissement** (par exemple, points de collecte communautaires, pharmacies communautaires, pharmacies privées, services mobiles, livraison à domicile) – les personnes viennent chercher leur renouvellement de médicaments dans un lieu situé en dehors de la clinique. Il existe de nombreux exemples de ce modèle, notamment les cliniques mobiles qui se rendent dans un lieu spécifique à des dates données, les pharmacies communautaires liées à l'établissement ou encore les services de livraison à domicile. Pour voir comment ce modèle fonctionne, [veuillez visionner cette vidéo](#).
- **Modèles de groupes gérés par les agents de santé** (par exemple, les clubs d'observance thérapeutique ou les clubs d'adolescents et adolescentes) – des groupes de 10 à 15 personnes se réunissent à un moment défini dans un lieu convenu situé à l'intérieur ou à l'extérieur de l'établissement de santé. Chacun de ces groupes est dirigé par un infirmier, un conseiller, un agent de santé communautaire ou un pair. Du temps est consacré au soutien par les pairs et les médicaments sont préemballés pour faciliter une collecte rapide. Pour voir comment ce modèle fonctionne, [veuillez visionner cette vidéo](#).
- **Modèles de groupes gérés par les clients** (par exemple, les groupes de traitement communautaires, les groupes d'observance thérapeutique communautaires) – des groupes de 4 à 10 personnes, qui vivent à proximité les unes des autres, se réunissent dans un lieu de la communauté convenu pour aller chercher leur renouvellement auprès d'un membre du groupe. Le groupe nomme un chef et, pour chaque renouvellement, désigne un membre chargé d'aller chercher les renouvellements thérapeutiques pour le groupe tout entier. Pour voir comment ce modèle fonctionne, [veuillez visionner cette vidéo](#).

Des exemples de procédures opérationnelles standard pour chacun des modèles sont disponibles dans la boîte à outils intitulée « [Integrating Hypertension and HIV Management. A practical Differentiated Service Delivery toolkit](#) », élaborée par Resolve to Save Lives.



Options pour l'intégration des services liés aux maladies chroniques

Dans certains contextes, les modèles de prestation différenciée de services pour différentes maladies chroniques doivent être intégrés et offrir un soutien pour les maladies courantes. Les facteurs suivants doivent être pris en compte au moment de déterminer le modèle d'intégration des services liés aux maladies chroniques :

- Différences dans la prévalence des maladies courantes (par exemple, VIH, hypertension, diabète)
- Niveau du système de santé auquel les maladies sont prises en charge – cliniques existantes de grande capacité assurant une prise en charge verticale des maladies au niveau de l'hôpital par rapport à un service à guichet unique dans un établissement de soins primaires disposant d'effectifs moins nombreux
- Connaissances et capacités des agents de santé

Il existe deux exemples d'intégration des services liés au VIH et à d'autres maladies chroniques qui sont de plus en plus souvent adoptés et mis en oeuvre. Le modèle de clinique de TAR intégrée étend ses services à d'autres maladies chroniques pour les personnes vivant avec le VIH, tandis que les cliniques de soins chroniques fournissent des soins aussi bien pour les personnes vivant avec le VIH qu'avec d'autres affections chroniques. Un aperçu de chaque modèle figure ci-après, accompagné d'une étude de cas pour chacun d'entre eux.



Modèle 1. La clinique de TAR intégrée

Dans cet exemple, qui concerne généralement les environnements présentant une forte prévalence du VIH, les services liés aux maladies chroniques sont intégrés au sein de la clinique existante spécialisée dans les TAR/le VIH. Idéalement, il s'agit d'un guichet unique où les soins contre le VIH et d'autres maladies chroniques (l'hypertension et le diabète, par exemple) sont fournis le même jour, dans la même salle et par le même clinicien.

Lorsqu'il n'est pas immédiatement possible d'aligner toutes les composantes de base, il convient en priorité de dispenser les soins le même jour de sorte que le client ne soit pas contraint de se rendre plusieurs fois à la clinique.

Étude de cas 1

Intégration des soins contre l'hypertension dans une clinique du VIH à Kampala, Ouganda : Un modèle individuel en établissement [14, 15]

La prévalence de l'hypertension chez les personnes vivant avec le VIH en Ouganda est estimée entre 20 et 29 %. La tension artérielle des clients de la clinique de TAR est vérifiée à chaque visite clinique. Les agents de santé communautaires fournissant les TAR, dont les infirmiers, sont formés au diagnostic de l'hypertension et procèdent à la mise en route, à l'ajustement et au maintien du traitement contre l'hypertension. Un algorithme de traitement, qui s'appuie sur les *Lignes directrices pour le traitement pharmacologique de l'hypertension chez l'adulte* de l'OMS (2021), a été mis en œuvre avec des agents identifiés moins toxiques, des doses définies et des intervalles d'ajustement de dose établis.




Une définition de la stabilité des clients sous traitement, tant pour le TAR que pour le traitement de l'hypertension, a été fournie afin de déterminer l'éligibilité au modèle intégré de prestation différenciée de services (tableau 6).

Tableau 6. Critères pour qu'une personne soit considérée comme suivant un traitement contre le VIH et l'hypertension à Kampala, Ouganda : Modèle intégré de prestation différenciée de services

| Critères pour qu'une personne soit considérée comme suivant un traitement | VIH | Hypertension |
|---|--|--|
| Durée du traitement | Suit un traitement antirétroviral depuis au moins six mois | Suit un traitement antihypertenseur depuis au moins trois mois |
| État de santé | Ne souffre actuellement d'aucune maladie | Est en bonne santé clinique |
| Maladies chroniques | Maladies chroniques sous contrôle | Maladies chroniques sous contrôle |
| Observance | Bonne observance thérapeutique | Bonne observance thérapeutique |
| Succès du traitement | Charge virale < 200 copies/mL | Tension artérielle < 140/90mm Hg |
| Toxicité du médicament | Toxicité limitée du TAR | Pas de toxicité du médicament antihypertenseur |

Une fois que les personnes vivant avec le VIH et l'hypertension suivent un TAR et un traitement antihypertenseur, elles peuvent intégrer un modèle individuel en établissement. Dans ce modèle, les clients, qui doivent effectuer une visite clinique tous les six mois, reçoivent des renouvellements de trois mois du TAR et du traitement antihypertenseur directement auprès de la pharmacie (tableau 7).

Tableau 7. Composantes de base pour le modèle intégré individuel en établissement pour le VIH et l'hypertension à Kampala, Ouganda : Modèle intégré de prestation différenciée de services

| Composantes de base | Visites cliniques | | Visites de renouvellement | |
|---|---|-------------------|---------------------------------------|---------------------|
| | VIH | Hypertension | VIH | Hypertension |
|  QUAND | Tous les ans | Tous les six mois | Tous les trois à six mois | Tous les trois mois |
|  OÙ | Établissement de santé, clinique du VIH | | Pharmacie de l'établissement de santé | |
|  QUI | Médecin ou infirmier | | Pharmacien | |

Grâce à un algorithme déterminant, plus de 90 % des clients sont parvenus à maîtriser leur tension artérielle (< 140/90 mm Hg) au bout de quatre mois, ce qui leur a permis d'intégrer les modèles de prestation différenciée de services destinés aux clients suivant un TAR et un traitement antihypertenseur [13]. Sur les 1 082 clients inclus dans ces modèles, 96,4 % en faisaient toujours partie au bout de 12 mois. Ce programme montre qu'un modèle individuel intégré de prise en charge du VIH et de l'hypertension pour les personnes considérées comme suivant leur TAR peut faciliter un contrôle durable de l'hypertension et la suppression virale.



Modèle 2. La clinique de soins chroniques

Dans la clinique de soins chroniques, des services sont fournis pour toutes les maladies chroniques. Cette clinique accueille aussi bien les personnes vivant avec le VIH que les personnes séronégatives au VIH. En ce qui concerne les personnes atteintes de comorbidités, les soins sont dispensés dans le cadre d'un service à guichet unique, idéalement le même jour, dans la même salle et par le même clinicien.

Étude de cas 2

Une clinique de soins chroniques à Nairobi, Kenya : Un modèle de groupes gérés par un agent de santé communautaire en établissement [16, 17]




Les clubs d'observance thérapeutique s'adressaient aux personnes vivant avec le VIH et/ou souffrant d'hypertension et de diabète sucré. Les personnes vivant avec le VIH et/ou une maladie non transmissible ont été informées de la possibilité d'adhérer à un club d'observance thérapeutique par le biais de discussions quotidiennes dans les salles d'attente, de réunions d'autonomisation des clients et d'affiches accrochées aux murs de la clinique. Les clients étaient dépistés par des cliniciens au cours de leur suivi de routine, et s'ils satisfaisaient aux critères d'inclusion, c'est-à-dire, s'ils étaient considérés comme suivant un traitement pour leurs maladies chroniques (tableau 8), ils pouvaient alors rejoindre un club d'observance thérapeutique.

Tableau 8. Définition de la stabilité d'un client sous traitement dans les clubs d'observance thérapeutique

| Critères pour qu'une personne soit considérée comme suivant un traitement | VIH | Hypertension | Diabète de type II |
|---|---|---|--|
| Durée du traitement | Suit un traitement antirétroviral depuis au moins six mois | Suit un traitement antihypertenseur avec une tension artérielle sous contrôle depuis trois mois | Suit un traitement antidiabétique avec une hémoglobine glyquée (HbA1C) sous contrôle depuis trois mois |
| État de santé | Est en bonne santé clinique | | |
| Observance | Preuves de bonne observance (se présente aux rendez-vous à l'heure) | | |
| Succès du traitement | Charge virale < 1 000 copies/mL | Tension artérielle < 140/90 mesurée lors de deux visites à un mois d'intervalle | HbA1C < 8 % selon deux mesures prises à trois mois d'intervalle |

Les clubs d'observance thérapeutique consistaient en des groupes de 20 à 25 personnes suivant un traitement contre l'hypertension, le diabète sucré et/ou le VIH, animés par un infirmier ou un agent de santé communautaire. Ses participants se réunissaient tous les trimestres pour discuter brièvement de questions de santé et recevoir leurs renouvellements thérapeutiques préemballés. Une séance durait généralement entre 30 et 60 minutes. Le suivi clinique de routine avec des agents cliniques était effectué une fois par an ou lorsqu'un client souffrait de complications ou nécessitait un suivi plus fréquent (tableau 9).

Tableau 9. Composantes de base pour les clubs d'observance thérapeutique dirigés par des agents de santé à Nairobi, Kenya

| Composantes de base | Visites cliniques | | | Visites de renouvellement | | |
|---|---|--------------|-------------------|--|---------------------|---------------------|
| | VIH | Hypertension | Diabète | VIH | Hypertension | Diabète |
|  QUAND | Tous les ans | Tous les ans | Tous les six mois | Tous les trois à six mois | Tous les trois mois | Tous les trois mois |
|  OÙ | Établissement de santé, clinique de soins primaires | | | Salle de réunion de groupe (ou sein de la clinique de soins primaires) | | |
|  QUI | Médecin ou infirmier | | | Conseiller non professionnel/agent de santé communautaire | | |

Au cours de la première année de mise en œuvre, 2 208 consultations individuelles ont été assurées par l'intermédiaire des clubs d'observance thérapeutique, avec un taux de rétention de 96,5 %. Sur 5 000 personnes et quelques (n = 5 028) vivant avec des maladies chroniques qui recevaient des soins à la clinique de Kibera South, 44 % étaient éligibles pour rejoindre un club d'observance thérapeutique (n = 2 212) et, parmi elles, 65 % ont adhéré à un club d'observance thérapeutique (n = 1 428). Les clients se sont dits satisfaits de leur participation à un club d'observance thérapeutique avec des personnes vivant avec le VIH et d'autres maladies chroniques :

« C'est une bonne chose de les mélanger, car nous avons tous des maladies chroniques à vie. [L]es médicaments sont à vie...que vous souffriez du VIH, du diabète ou de l'hypertension. Et nous pouvons continuer à nous aider les uns les autres. Pour moi, c'est une bonne chose. » [17]

L'intégration de la prise en charge de l'hypertension et du diabète au sein d'une clinique du VIH existante, disposant de systèmes fiables et bien établis pour la prise en charge des maladies chroniques (par exemple, systèmes de rendez-vous, suivi et traçage, systèmes de suivi et d'évaluation), peut être une première étape vers la mise en place d'une clinique de soins chroniques, comme présentée dans cet exemple, et la capacité d'étendre la prestation différenciée de services à tous les clients suivant un traitement contre une maladie chronique.



Conclusion

La prestation différenciée de services constituait une réponse au besoin d'intensifier des services TAR de soutien pour toutes les personnes vivant avec le VIH. La prestation différenciée de services pour le VIH reconnaît les attentes et les préférences des personnes vivant avec le VIH ainsi que les avantages sous-tendant la séparation entre les visites cliniques et les visites liées uniquement au renouvellement thérapeutique.

Les personnes vivant et vieillissant avec des maladies chroniques étant de plus en plus nombreuses, les possibilités ne manquent pas en vue de tirer parti de la réussite de la prestation différenciée de services pour le VIH et de l'appliquer à d'autres maladies chroniques. En particulier, la réduction de la fréquence des visites cliniques des personnes suivant un traitement et le recours à des modèles de renouvellement sur plusieurs mois peuvent à la fois aider les personnes vivant avec des maladies chroniques et soutenir le système de santé.

Des ressources supplémentaires relatives à la prestation différenciée de services pour les maladies chroniques sont disponibles au [lien](#) suivant.



Références

1. International AIDS Society, *Prise en charge différenciée du VIH : cadre décisionnel pour la prestation de traitements antirétroviraux*. Durban (Afrique du Sud), 2016.
2. ONUSIDA, *The path that ends AIDS: UNAIDS Global AIDS Update 2023*. Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida, Genève, 2023.
3. Magliano D. J., Boyko E. J., comité de la Fédération internationale du diabète, IDF DIABETES ATLAS, 2021.
4. Organisation mondiale de la Santé, *Lignes directrices pour le traitement pharmacologique de l'hypertension chez l'adulte*, 2021.
5. Godfrey C., Vallabhaneni S., Shah M. P., Grimsrud A., *Providing differentiated service delivery to the ageing population of people living with HIV*. Journal of the International AIDS Society, vol. 25, Supplément 4 (Suppl. 4), 2022, e26002. doi : 10.1002/jia2.26002. PubMed PMID : 36176025 ; PubMed Central PMCID : PMCPMC9522630.
6. Chang D., Esber A., Dear N., Iroezindu M., Bahemana E., Kibuuka H., et al., *Non-communicable diseases in older people living with HIV in four African countries: a cohort study*. Lancet HIV, vol. 9, Supplément 1, n° S5, 2022. doi : 10.1016/S2352-3018(22)00070-4. PubMed PMID : 35304847.
7. Organisation mondiale de la Santé, *Consolidated guidelines on the use of antiretroviral drugs for treating and preventing HIV infection*. OMS, Genève (Suisse), 2016.
8. Ministère de la Santé et de la Protection de l'enfance du Zimbabwe, *Operational and Service Delivery Manual for the Prevention, Care and Treatment of HIV in Zimbabwe*, 2022. Disponible à l'adresse suivante : <https://www.differentiatedservicedelivery.org/wp-content/uploads/MSF-Zim-OSDM-Nov2022-WEB2.pdf>.
9. Ministère national de la Santé de l'Afrique du Sud, *2023 ART Clinical Guidelines for the Management of HIV in Adults, Pregnancy and Breastfeeding, Adolescents, Children, Infants and Neonates*, 2023.
10. Ministère national de la Santé de l'Afrique du Sud, *Differentiated models of care standard operating procedures. Minimum differentiated models of care package to support linkage to care, adherence and retention in care. Adherence guidelines for HIV, TB and NCDs*. Document mis à jour en avril 2023, 2023.
11. Ministère fédéral de la Santé du Nigéria, *Guidelines for Prevention and Management of Hypertension in Nigeria 2023-2028*. Disponible à l'adresse suivante : https://www.differentiatedservicedelivery.org/wp-content/uploads/HTN-GUIDELINES-2023_2028_21AUG_OK_131023.pdf. 2023.
12. Organisation mondiale de la Santé, *Consolidated guidelines on HIV prevention, testing, treatment, service delivery and monitoring: recommendations for a public health approach*. 2021, p. 594. Disponible à l'adresse suivante : <https://www.who.int/publications/item/9789240031593>.
13. Amutuhaire W., Semitala F. C., Kimera I. D., Namugenyi C., Mulindwa F., Ssenyonjo R., et al., « Time to blood pressure control and predictors among patients receiving integrated treatment for hypertension and HIV based on an adapted WHO HEARTS implementation strategy at a large urban HIV clinic in Uganda ». Journal of Human Hypertension, vol. 38, n° 5, 2024, p. 452-459. Epub 20240201. doi : 10.1038/s41371-024-00897-3. PubMed PMID : 38302611 ; PubMed Central PMCID : PMCPMC11076202.
14. Muddu M., Semitala F. C., Kimera I., Mbuliro M., Ssenyonjo R., Kigozi S. P., Katwesigye R., Ayebare F., Namugenyi C., Mugabe F., Mutungi G., Longenecker C. T., Katahoire A. R., Ssinabulya I., Schwartz J. I., « Improved hypertension control at six months using an adapted WHO HEARTS-based implementation strategy at a large urban HIV clinic in Uganda ». BMC Health Services Research, vol. 22, n° 1, article no 699, 25 mai 2022. doi : 10.1186/s12913-022-08045-8. PMID : 35610717 ; PMCID : PMC9131679.
15. Kimera I. D., Namugenyi C., Schwartz J. I., Musimbaggo D. J., Ssenyonjo R., Atukunda P., Mutungi G., Mugabe F., Ambangira F., Mbuliro M., Katwesigye R., Neupane D., Ssinabulya I., Semitala F. C., Delles C., Muddu M., « Integrated multi-month dispensing of antihypertensive and antiretroviral therapy to sustain hypertension and HIV control ». Journal of Human Hypertension, vol. 37, no 3, mars 2023, p. 213-219. doi : 10.1038/s41371-022-00655-3. Epub 4 mars 2022. PMID : 35246602 ; PMCID : PMC8896410.
16. Khabala K. B., Edwards J. K., Baruani B., Sirengo M., Musembi P., Kosgei R. J., et al., « Medication Adherence Clubs: a potential solution to managing large numbers of stable patients with multiple chronic diseases in informal settlements ». Tropical Medicine and International Health, vol. 20, n° 10, 2015, p. 1 265-1 270. Epub 15 juin 2015. doi : 10.1111/tmi.12539. PubMed PMID : 25962952 ; PubMed Central PMCID : PMCPMC4744994.
17. Venables E., Edwards J. K., Baert S., Etienne W., Khabala K., Bygrave H., « "They just come, pick and go." The Acceptability of Integrated Medication Adherence Clubs for HIV and Non Communicable Disease (NCD) Patients in Kibera, Kenya ». PLoS One, vol. 11, n° 10, 2016, e0164634. Epub 20 octobre 2016. doi : 10.1371/journal.pone.0164634. PubMed PMID : 27764128 ; PubMed Central PMCID : PMCPMC5072644.

Pour citer ce document : International AIDS Society (IAS), *Prestation différenciée des services pour les maladies chroniques. Supplément au Cadre décisionnel pour la prestation de traitements antirétroviraux*. 2024. Disponible à l'adresse suivante : www.differentiatedservicedelivery.org.

Photo de couverture : © Peter Casaer/MSF
Autres photos : © Isabel Corthier/MSF