



**Modèles différenciés des soins VIH/TB dans les zones instables et en conflit:
Groupes communautaires de traitement antirétroviral (GCT ou CAG) Pharmacie de
dispensation rapide (PFT):
République centrafricaine**

MSF

Novembre 2018

Boîte à outils

Approche programmatique

Pour toute correspondance:

DR Charles Ssonko, HIV/TB advisor MSF OCA, London, UK;

charles.ssonko@london.msf.org

DR Ana Paula Cavalheiro HIV/TB advisor MSF OCA, London, UK:

ana.paula.cavalheiro@london.msf.org

Contributeurs:

Laurent Lwindi Mukota : CAR MSF HIV program Manager

Peeters Muntu : CAR MSF HIV program Supervisor

Christ Kopoanomo : Encodeur des données médicales

Carla Martnez : CAR MSF HOM support

Ania Łuczyńska : Epidémiologiste

Bienvenu Sakpioko : Infirmier responsable de programme VIH à Zemio

Dr Marcel MBEKO SIMALEKO: Directeur General au MSPP RCA

Contenus

Acronymes	4
Présentation de la ligne directrice:	5
1. Introduction:.....	5
2. Objectif de la ligne directrice:.....	6
Modèles différenciés des soins:	6
1. Que sont les groupes communautaires de TAR (GCTou CAG) et la Pharmacie de dispensation rapide (PFT).....	6
2. Pourquoi MSF a établi les CAG et PFT à Zemio et Boguila?	7
3. Bénéfices des CAG	8
4. Objectifs du modèle CAG [2]	9
Comment mettre en œuvre les CAG dans les centres de santé	9
1. Analyse de situation.....	9
2. Promotion des CAG.....	9
Formations des CAG.....	10
1. Cartographie.....	10
2. Liste des patients.....	11
3. Critère pour rejoindre un CAG et PFT.....	11
4. Contacter les membres et assignation à un CAG:.....	12
5. Jour de l'activation du CAG	12
6. Consultations annuelles des CAG et collecte des médicaments	13
Comment les CAG fonctionnent-ils?.....	13
1. Un responsable du CAG:	13
2. Représentants des CAG:	14
3. Réunions communautaires des CAG:	14
4. Collecte des médicaments par les CAG (réapprovisionnement par le responsable CAG ou un représentant):.....	14
5. Consultation annuelle du CAG et réapprovisionnement en ARV:	15
6. Pair volontaire (patient) au centre de santé:.....	15
Comment fonctionne la PFT (Pharmacie de dispensation rapide) ?.....	15
Difficultés rencontrées par les GCT/PFT :	16
Annexes : Protocoles et procédures opérationnelles standards	16

Annexe 1. Modèle, étape par étape, de mise en œuvre des GCT/PFT.....	16
Annexe 2 : Protocole pour la prise en charge des nouveaux patients et des patients présentant une charge virale élevée (« Pré-GCT »)	20
Annexe 3 : Protocole de prise en charge des échecs du TAR (patients présentant une CV élevée et passant au traitement de 2e ligne).....	23
Annexe 4 : Protocole pour le soutien aux patients et les conseils éducatifs pour les patients avec charge virale élevée et/ou passant au traitement de 2 ^{ème} ligne.....	24
Annexe 5 : Enfants en GCT	28
Annexe 6: Depliants CAG	33
Annexe 7: Cahiers CAG	35
Annexe 8: Reunions CAG - Suggestions.....	36
Annexe 9: Sensibilisation et formations	37
Annexe 10: Surveillance et évaluation.....	39
Références.....	51

Acronymes

CPN	Consultation prénatales
CPON	Consultation post-natale
ABC	Abacavir
AM	Avant-midi
AP	Après-midi
TAR	Traitement antirétroviral
ARV	Médicaments antirétroviraux
ATV	Atazanavir
AZT	Zidovudine
3TC	Lamivudine
CAGs/GCT	Community Art Group ou Groupes communautaires de TARV
RCA	République centrafricaine
CHW/RECO	Community Health Worker / Relais Communautaire
CoGes	Comité de gestion
EFV	Efavirenz
RDC	République Démocratique du Congo

ID	Identification
IPD	In patient département/Département d' hospitalisation
MG	Milligramme
KG	Kilogramme
MSPP	Ministère de la Santé publique et de la population
MSF	Médecins Sans Frontières
NVP	Névirapine
OPD	Out-patients Département /Département des soins ambulatoires
OMS	Organisation Mondiale de la Sante
PFT	Pharmacie Fast Track/pharmacie de dispensation rapide
PCR	Polymérase Chain réaction (Test de laboratoire)
RCA	République Centrafricaine
RTV	Ritonavir
TDR	Test de diagnostic rapide
SIDA	Syndrome d'Immunodéficience Acquis
VIH	Virus de l'immunodéficience humaine
PVVIH	Personne vivant avec le VIH
PTPE	Prévention de la transmission du VIH des parents à l' enfant
SSA	Afrique subsaharienne
TB	Tuberculose
CV	Test de charge virale
> :	Supérieur
< :	Inferieur

Présentation de la ligne directrice:

1. Introduction:

La République centrafricaine (RCA) a souffert de conflits chroniques et d'urgences sanitaires prolongées qui ont été aggravés par les récents cycles de violence associés à une instabilité politique. Les problèmes de santé liés aux maladies infectieuses, maternelles et pédiatriques, contribuent à la lourde charge de maladies dans le pays et représentent des priorités continues en termes de santé.

Le VIH et la TB demeurent une crise exceptionnelle en RCA et sont responsables du plus grand taux de mortalité parmi les adultes. La RCA a une prévalence du VIH de 4.9%, un des plus hauts taux dans les

régions d’Afrique de l’Ouest et Centrale, et seul les 24% des PVVIH sont actuellement sous traitement antirétroviral (TAR) [1].

Depuis 2011, MSF encourageait les activités médicales intégrées à Zemio (Haut-Mbomou), une ville rurale située au sud-est du pays. MSF a fourni des soins ambulatoires pour un large groupe de personnes vivant avec le VIH/SIDA. C’est le plus grand centre offrant un accès aux thérapies antirétrovirales dans la région du Haut-Mbomou.

Le projet MSF à Zemio a été clos en décembre 2017 sans le soutien d’un nouveau partenaire en dehors du MoH. MSF a envisagé des modèles alternatifs simplifiés de centres pour les soins VIH que le ministère de la Santé (MoH) et la communauté VIH seraient capables de gérer afin d’assurer la durabilité des soins et de bons résultats cliniques.

MSF a présenté les modèles différenciés de soins VIH (les CAG et PFT) à Zemio (Haut-Mbomou) fin 2016 et à Boguila (Ouham) en 2018. Ces modèles avaient fait leurs preuves dans d’autres pays d’Afrique subsaharienne, particulièrement au Mozambique, en Afrique du Sud, au Zimbabwe et en République Démocratique du Congo (RDC) [2]. En RCA, MSF a établi des groupes d’adhésion communautaire/TAR (CAG) et la Pharmacie de dispensation rapide (PFT) en lien avec des consultations une fois par année et une surveillance de la charge virale annuelle. Tester et traiter et liens avec les modèles de soins différenciés réduisant la progression des maladies VIH et la morbidité et mortalité adjacentes.

2. Objectif de la ligne directrice:

Ce document s’appuie sur l’expérience de MSF dans la mise en œuvre programmatique des groupes communautaires de TAR (GCT ou CAG) et de la pharmacie de dispensation rapide (PFT) dans les zones instables et en conflit de Zemio (Haut-Mbomou) et Boguila (Ouham) en RCA.

Il fournit les connaissances et les outils nécessaires au personnel (MSF/MSPP et autres acteurs) pour établir les modèles communautaires de soins VIH (CAG et PFT) y compris: installation, suivi, surveillance et évaluation dans des milieux instables/en conflit.

Ce document ne remplace pas les lignes directrices de traitement VIH existantes, les traitement ARV devraient suivre les mises à jour nationales existantes ou les lignes directrices internationales en place.

Modèles différenciés de soins:

1. Que sont les groupes communautaires de TAR (GCT ou CAG) et la pharmacie de dispensation rapide (PFT)

Les CAG ou GCT sont des groupes formés de et par des patients séropositifs stables qui sont sous traitement antirétroviral (TAR) et qui habitent dans la même zone géographique. Les membres se soutiennent mutuellement en allant à tour de rôle récolter les médicaments ARV à la clinique, pharmacie ou dispensaire et en les distribuant ensuite dans la communauté aux autres membres du groupe. Ils se soutiennent également en ce qui concerne l’adhésion/adhérence au traitement.

Tous les membres de chaque CAG recevront chaque année une consultation en clinique VIH-OPD ainsi qu’un test de la charge virale exécuté le même jour.

Les membres de chaque CAG organisent, avec l’aide de leur responsable, la distribution des médicaments aux autres membres. Afin de faciliter la distribution des médicaments ARV dans les groupes, les médicaments antirétroviraux sont pré-emballés à la pharmacie/dispensaire et étiquetés avec le nom/identification du patient. En cas de problème médical, les patients ou responsables CAG se rendront à la clinique.

La pharmacie de dispensation Rapide (PFT) concerne les patients stables qui ne sont pas dans des CAG, soit parce qu’ils ne veulent pas, soit parce qu’ils habitent dans un endroit où il n’y en a pas d’autres

patients, et qui collectent/renouvellent leurs médicaments ARV tous les 6 mois et reçoivent une consultation clinique plus un test de charge virale une fois par année au centre de santé.

Tous les patients stables de MSF Zemio et les cohortes VIH de Boguila collectent leurs médicaments VIH tous les **six mois**, livrés pour eux par la clinique, dispensaire ou pharmacie.

Réapprovisionnement des médicaments

Le réapprovisionnement pour les CAG et PFT est effectué tous les 6 mois. Cela permet d'économiser du temps et de diminuer les coûts de trajet jusqu'à la clinique et de fournir un approvisionnement de prévoyance pour minimiser les interruptions de traitement s'ils rencontrent des problèmes pour prendre leurs médicaments individuellement en raison d'obstacles tels que l'insécurité ou un manque de transport.

Surveillance de la charge virale (CV)

La surveillance de la charge virale est une composante essentielle des programmes CAG et PFT pour évaluer l'adhésion/adhérence des patients au traitement ainsi que le résultat général du traitement du programme. Les membres des CAG/PFT devraient idéalement effectuer un test de charge virale lors de leur entrée dans le CAG/PFT (base de référence) s'ils sont sous TAR depuis 6 mois ou plus. S'ils sont sous TAR depuis moins de 6 mois, ils n'ont pas de test de la CV (voir critères pour rejoindre les CAG/PFT). Après avoir rejoint un CAG/PFT et que le niveau de la charge virale de référence est supprimé (< 1000 copies/ml), la surveillance sera effectuée une fois par an.

Pour les cas où la CV est > 1000 copies par ml, les membres seront envoyés pour des séances de conseil d'adhérence renforcée et poursuivront le TAR de première intention dans les CAG durant 3 mois, après quoi le test de la CV sera répété. Si la CV est toujours > 1000 copies/ml, ils passeront au TAR de deuxième ligne et continueront les séances de conseil pour une meilleure adhérence. Ils seront suivis jusqu'à 6 mois, lorsque le test de la CV sera effectué.

Si, la charge virale est supprimée, ils seront éligibles pour un approvisionnement de 6 mois selon le modèle CAG/PFT.

Si, elle n'est pas supprimée, des séances supplémentaires de conseil pour une adhérence renforcée seront nécessaires (voir annexe 3).

2. Pourquoi MSF a établi les CAG et PFT à Zemio et Boguila?

Les patients à Zemio et Boguila, comme dans beaucoup d'autres endroits en RCA, rencontrent de nombreux obstacles pour accéder au traitement VIH: un nombre insuffisant de cliniques offrent des soins de base et encore moins sont spécialisées pour les traitements VIH, les insécurités sur les routes, ne pas être capables d'arriver à l'heure à la clinique en raison d'habitation éloignées et un manque de ressources pour pouvoir suivre un traitement à vie.

En même temps, le système de santé ne dispose pas des capacités nécessaires en ressources humaines qualifiées pour pouvoir offrir des soins à des patients VIH à ressources très limitées qui sont de plus en plus nombreux.

Plusieurs stratégies cliniques et/ou basées sur la communauté, telles que la décentralisation des services VIH vers des centres et postes de soins de santé primaires, l'approvisionnement des médicaments aux patients pour une longue période et le réapprovisionnement à travers des systèmes accélérés, les groupes d'adhérence ainsi que les points de distribution communautaires ont été mis en œuvre dans d'autres endroits d'Afrique subsaharienne afin de réduire la charge du personnel soignant et des patients. Les groupes communautaires de TAR (CAG) à Zemio et Boguila sont une des stratégies pour une distribution

d'ARV où les patients forment volontairement des groupes et où un ou plusieurs de ces membres ou le responsable du groupe vont à tour de rôle récolter les médicaments pour les apporter à leurs pairs dans la communauté. Un soutien des pairs pour l'adhérence est assuré et tous les membres du groupe se rendent à la clinique une fois par an pour une consultation.

3. Bénéfices des CAG

Pour le patient:

- Les groupes communautaires de TAR (CAG) facilitent l'accès aux traitements ARV pour les patients en réduisant les frais de transport à la clinique ainsi que le temps investi lors de visites fréquentes à la clinique et de l'attente durant les consultations.
- Les CAG encouragent **un soutien par les pairs** au niveau communautaire, permettant de pouvoir participer à ses propres soins et favorisant ainsi un tissu social des patients et diminuant la stigmatisation.
- Les CAG créent un **meilleur engagement communautaire** dans les soins VIH en permettant aux patients d'avoir un rôle critique dans la dispensation des ARV au sein de leurs communautés.
- En plus, les groupes de patients peuvent former **un mécanisme de responsabilité** destiné au système de santé pour réclamer des services adéquats et de qualité.
- En RCA spécifiquement, les CAG peuvent améliorer l'accès au TAR, et particulièrement durant les périodes de conflit et d'instabilité, en assurant un approvisionnement adéquat d'ARV (**6 mois**) aux patients qui fait également office de stock de contingence pour éviter une éventuelle interruption de traitement.
- Durant le conflit, le réseau des responsables CAG et le personnel de la clinique VIH peuvent assurer la continuité de TAR aux membres du groupe.
- Les CAG donnent un espoir de vie aux PVVIH, particulièrement à ceux qui ont perdu leurs proches.

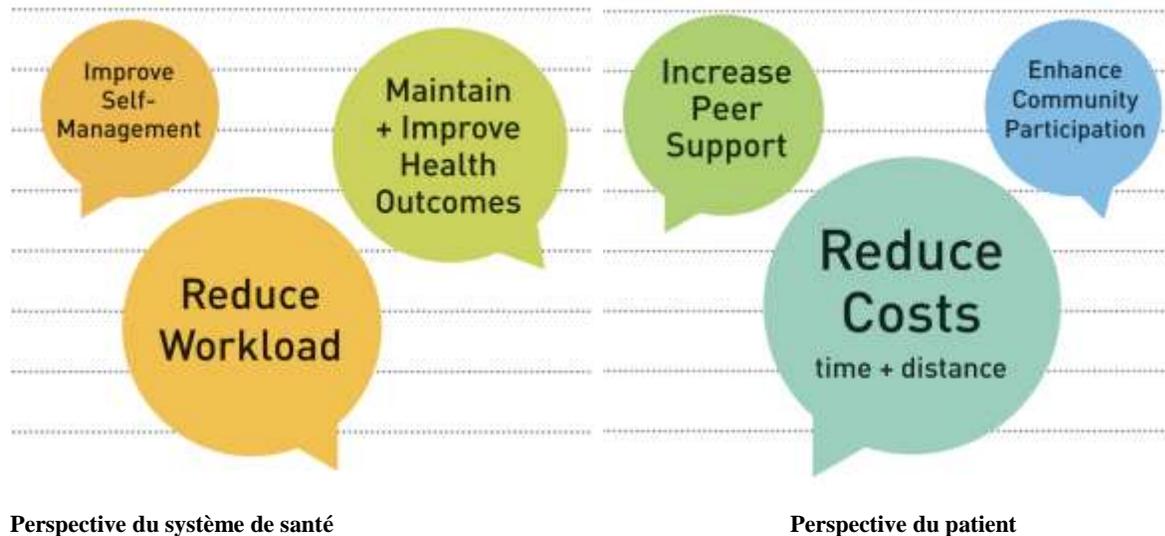
Pour le système de santé

- Durant le conflit à Zemio en 2017, une grande partie du ministère de la Santé (MSSP) a fui la zone en laissant seulement quelques membres de l'équipe dans le centre de santé. Les responsables CAG ont collaboré avec ces quelques personnes restant à la clinique et au sein du camp de déplacement afin de faciliter la collecte des médicaments pour les patients.
- Les CAG permettent de réduire la charge de travail **du système de santé et du personnel soignant** qui sont surchargés en diminuant le nombre de patients se rendant individuellement aux cliniques, tout en permettant d'obtenir de bons résultats pour les patients et le programme.
- Le modèle CAG pourrait permettre d'améliorer l'autogestion du patient et lui permettre d'être moins dépendant du système de santé.
- Le modèle CAG aide à décentraliser le VIH et les soins de santé au niveau communautaire.

Pour la communauté

- Les CAG améliorent l'engagement communautaire en sensibilisant sur le VIH et en améliorant la visibilité des PVVIH au sein de la communauté, ce qui permet de réduire la stigmatisation et d'augmenter le soutien de toute la communauté.
- À travers des rencontres régulières dans la communauté, les CAG encouragent le soutien par les pairs au niveau communautaire, comme l'adhérence, le soutien au malade, la facilitation des transports, etc.

4. Objectifs du modèle CAG [2]



Comment mettre en œuvre les CAG dans les centres de santé

1. Analyse de situation

Avant de décider de mettre en œuvre des CAG comme stratégie d'approvisionnement en ARV dans un lieu spécifique, une analyse attentive des obstacles à l'accès aux services de TAR et à la rétention dans les soins est nécessaire. À Zemio, ces obstacles ont été évalués par les **discussions matinales du groupe de soutien** entre les patients et le personnel soignant avant le début de la journée à la clinique et par une analyse en profondeur des données VIH de Zemio déjà existantes.

Une approche **unique** n'existant pas, il faudrait adopter d'autres stratégies visant à réduire les obstacles et la charge pour les patients et le personnel soignant. Augmenter l'approvisionnement en médicaments d'un mois à 3-6 mois et offrir un accès aux **services de procédure accélérée** dans le centre de santé pour une livraison rapide des médicaments ARV aux patients stables sont des approches à implémenter.

La stratégie ci-dessus a été adoptée en combinaison avec les CAG à Zemio et Boguila afin de satisfaire les besoins des patients, et plus particulièrement ceux qui choisissent de ne pas rejoindre de CAG. MSF a appelé ce système de services accélérés "Pharmacie de dispensation rapide" ou pharmacy fast track (PFT)

2. Promotion des CAG

La sensibilisation des patients est essentielle à la bonne mise en œuvre des CAG. L'objectif de la promotion de la santé est d'assurer que les PVVIH ainsi que l'ensemble de la communauté comprennent clairement les CAG et reconnaissent leurs bénéfices.

Durant la promotion de la santé, la sensibilisation aux CAG et à leurs bénéfices est accentuée. La promotion des CAG est effectuée de différentes façons ; à Zemio et Boguila, MSF avait fait la promotion des CAG à travers:

- **Discussions des groupes de soutien:** MSF a profité des rencontres des groupes de soutien déjà en place et se déroulant chaque matin avant les consultations pour sensibiliser les patients aux CAG.
- **Utilisation des dépliants CAG:** informations écrites au sujet des CAG et de leurs bénéfices, disponibles dans trois langues locales (français, Sango et Zandé). Les dépliants sont expliqués et distribués aux patients par l'intermédiaire des groupes de soutien, durant les consultations et par des "pairs soutien". (Annexe 6)
- **Durant les consultations:** le consultant explique les avantages des CAG au patient en utilisant le dépliant CAG. Il lui donne également des dépliants supplémentaires pour les distribuer à d'autres patients et au sein de la communauté.
- **Les Relais communautaires (RECO) et autres travailleurs de la santé non professionnels :** les RECO et les travailleurs non professionnels de la santé utilisent les dépliants CAG pour sensibiliser la communauté, à travers des pièces de théâtre, dans les églises, mosquées, marchés, rassemblements communautaires, écoles et porte à porte afin de passer le message au sujet des CAG.
- **Pairs éducateurs¹:** les patients experts sensibilisent les autres patients sur le CAG. Cette méthode est très efficace dans la formation des CAG car les patients connaissent et font confiance à leurs pairs.
- **Radio communautaire:** si disponible et faisable, la radio de la communauté est une méthode très efficace pour disséminer des informations à grande échelle au sujet des CAG en raison de sa grande portée par rapport à d'autres méthodes. Par exemple, à Zemio, MSF a utilisé des messages clairement écrits qui ont été diffusés comme annonces radio. En outre, l'équipe de traitement VIH a organisé un programme radio pour discuter des CAG, suivi de sessions questions/réponses avec le public. Les patients CAG ont parlé de leurs expériences à la radio, permettant ainsi de mieux faire connaître les CAG.

Formations des CAG

1. Cartographie

Lors de la première étape du processus de formation des CAG, le personnel du centre de santé doit rassembler tous les patients en fonction de leur emplacement géographique ou village.

L'objectif principal de cette cartographie est de permettre au personnel soignant d'avoir une idée sur la provenance des patients afin de pouvoir anticiper le nombre de CAG ainsi que le processus de répartition, par ex. les patients vivant aux mêmes endroits ou dans des localités/villages proches pourraient être affectés au même CAG.

Sources d'information:

¹ Les patients séropositifs retournant dans la communauté avec des dépliants et informant les autres patients au sujet des CAG. A Boguila, des pairs éducateurs formés ont sensibilisés les PVVIH au sujet des CAG dans leur communauté.

- Utilisez les informations géographiques des patients déjà existantes qui se trouvent dans les registres et bases de données.
- La cartographie devrait être effectuée par l'équipe en charge du VIH avec le soutien d'une personne connaissant bien les lieux.
- Les pairs éducateurs peuvent aider pour l'identification des réseaux des PVVIH et fournir leurs localisations actualisées.

2. Liste des patients

L'agent de santé demande aux patients durant la consultation de contacter d'autres patients séropositifs qu'ils connaissent, de leur parler des CAG et de leur donner le dépliant d'information (annexe 6) et, si ces personnes sont intéressées à rejoindre les CAG, de les mettre sur la liste. Ils doivent ensuite amener cette liste à la clinique et un rendez-vous de groupe est fixé. Les patients répertoriés retournent dans la communauté et contactent tous les membres inscrits sur la liste pour fixer un rendez-vous commun au centre afin de recevoir plus d'informations et de former un groupe.

3. Critères pour rejoindre un CAG et PFT

Dans le modèle CAG, les patients stables sont éligibles pour un approvisionnement en médicaments pour 6 mois et des consultations annuelles. Les enfants, adolescents, femmes enceintes et patients stables qui sont sous TAR de deuxième ligne sont également inclus.

Tableau1: critères d'éligibilité pour CAG/PFT

Critères cliniques	Critères virologiques	Zone desservie
Plus de 6 mois sous TAR	Dans les endroits où le test de la charge virale est disponible, cela devrait être le critère standard. Seuls les patients avec une CV < 1000 copies/ml devraient recevoir un approvisionnement en ARV de 6 mois ¹ Les patients avec une CV > 1000 copies/ml devraient recevoir un soutien des pairs CAG mais avoir un différent planning pour les consultations et la collecte des médicaments (voir gestion des échecs en annexe 3)	Les patients devraient vivre dans la même zone géographique (membres du groupe habitant dans un périmètre de 5km les uns des autres)
Adhérence/adhésion au régime TAR: connaître leurs médicaments et bien les avoir pris au cours des 3 derniers mois		
Pas de maladie actuelle ou d'infection opportuniste majeure		
Pas de tuberculose ² (si un membre CAG/PFT développe la TB, ils devraient suivre le traitement TB parallèlement au programme CAG ou PFT)		

¹ La charge virale n'est pas strictement considérée comme un critère initial car le test peut ne pas être disponible dans tous les environnements durant l'implémentation.

² Les patients TB sont considérés séparément puisqu'ils ont besoin de visites régulières pour récolter les médicaments TB qui sont dispensés différemment, comme requis par les lignes directrices TB.

Les patients qui ont été identifiés pour faire partie d'un CAG mais qui sont instables, et donc non éligibles pour une livraison de 6 mois de médicaments/consultation annuelle, peuvent et devraient participer aux rencontres de groupe dans la communauté afin de recevoir un soutien de leurs pairs. Cela les aidera pour les conseils, l'adhérence et l'identification des signes précurseurs nécessitant une visite urgente en clinique. Ils ne peuvent toutefois pas recevoir l'approvisionnement des médicaments pour 6 mois et ne sont pas considérés comme faisant partie du modèle CAG/PFT (voir annexe 2).

Lieux où le test de la charge virale est disponible et implémenté

- Dans l'idéal, tous les membres des CAG devraient avoir un test de charge virale de référence ayant été effectué avant le jour d'activation et dès leur entrée dans le CAG. Dans les endroits où le test n'est pas directement disponible, les patients cliniquement stables et sous TAR depuis plus de 6 mois (voir tableau 1) peuvent rejoindre un CAG.

Les membres avec une charge virale > 1000 copies/ml recevront un soutien et des conseils pour une meilleure adhérence à la clinique et/ou au sein de la communauté par des pairs CAG. Ils seront suivis différemment jusqu'à ce que leur charge virale soit supprimée < 1000 copies/ml (Annexe 3).

4. Contacter les membres et assignation à un CAG:

Les patients forment eux-mêmes le groupe dans leur communauté après la sensibilisation par le personnel de la clinique du premier patient durant une consultation (Zemio) ou par les pairs éducateurs (Boguila) au sujet des CAG en utilisant les dépliants d'information. Le personnel de la clinique donne rendez-vous au potentiel CAG à la clinique pour former officiellement le groupe. Ce processus de formation du CAG est appelé **activation** du CAG.

5. Jour de l'activation du CAG

Ce jour, tous les membres du groupe se rendent à la clinique pour recevoir plus d'informations au sujet des CAG et de l'adhésion, et leur éligibilité à joindre est évaluée (voir tableau 1).

- Les patients ont une consultation de base annuelle.
- Si, un test de charge virale a été fait avant de joindre le CAG, les résultats sont communiqués et expliqués ce jour-là.
- L'éligibilité individuelle est évaluée:
 - Si, les critères sont remplis, les membres éligibles du groupe reçoivent leur approvisionnement de médicaments pour 6 mois et on leur donne le même rendez-vous 1 an plus tard pour la consultation annuelle et 6 mois plus tard pour collecter les médicaments suivants.
 - Les membres non-éligibles sont suivis en fonction de leur statut clinique et de leur charge virale si disponible (annexe 2). Une fois que l'éligibilité est atteinte, ils reçoivent les médicaments jusqu'à la collecte suivante du groupe auquel ils appartiennent.

- Les membres CAG peuvent sélectionner un ou deux représentants qui récolteront les médicaments lors du ramassage des prochains 6 mois.
- Un rendez-vous annuel pour une consultation de groupe et pour un test de charge virale le même jour est donné au CAG. Tous les membres sont tenus d'être présents en personne ce jour-là.
- Si, un membre n'a pas participé à la réunion durant le jour d'activation, il lui est encore possible de rejoindre le groupe et il/elle devrait avoir les mêmes dates pour le ramassage des 6 mois de médicaments et la consultation annuelle.
- Les membres CAG se mettent d'accord sur la fréquence des réunions mensuelles du groupe dans leurs communautés.
- L'utilisation des cahiers CAG (Annexe 7), servant à répertorier les problèmes soulevés durant les réunions mensuelles, est expliquée au groupe et un cahier est donné au groupe/responsable.
- Les membres du CAG choisissent un responsable pour le groupe si ce n'est pas déjà fait.

6. Consultations annuelles des CAG et collecte des médicaments

La consultation clinique annuelle du CAG est effectuée une fois par année par l'infirmier à la clinique. Tous les membres du CAG doivent y être présents avec leurs cartes de traitement. Les CAG reçoivent les résultats de leur test VL précédemment obtenus et de nouveaux échantillons de sang pour une surveillance de la charge virale sont pris ce même jour. La rencontre en clinique donne aux membres du groupe l'opportunité de se rencontrer et de partager leurs inquiétudes avec le personnel soignant. Tous les membres prennent leur approvisionnement en ARV pour 6 mois en personne et sélectionnent un ou plusieurs représentant(s) qui viendra collecter les médicaments pour le groupe à la collecte suivante. À cette occasion, le groupe a l'opportunité de parler de ses expériences avec le personnel de la clinique ainsi que des problèmes actuels et de discuter des solutions possibles.

Il est conseillé de planifier les rendez-vous pour une semaine avant la fin des médicaments afin d'avoir un petit stock de réserve. Les patients et groupes devraient être orientés au sujet de ces comprimés supplémentaires et éviter d'attendre de les avoir finis pour se rendre à la clinique. Si, une personne ne se présente pas au centre de santé (pour le rendez-vous clinique ou la collecte en pharmacie) un suivi devrait être effectué par le responsable CAG/Reco.

- Un guide résumé étape par étape pour l'implémentation des CAG/PFT peut être trouvé en annexe 1.

Comment les CAG fonctionnent-ils?

1. Un responsable du CAG:

Les responsables CAG sont choisis par les membres du groupe, en principe le jour de l'activation du CAG au centre de santé ou au sein de la communauté avant le jour d'activation. Le rôle du responsable CAG est d'être en charge du groupe et d'assurer que les membres se rencontrent régulièrement dans la communauté et de prendre note, dans le cahier, des activités du CAG et des défis rencontrés (annexe 7). Si, le responsable n'est pas capable de prendre des notes, il/elle délègue la tâche à un autre membre du groupe ou, si ce n'est pas faisable, à une personne n'appartenant pas au groupe mais acceptée par tous les membres du groupe. Le responsable s'assure que le groupe organise la collecte des médicaments des 6 mois durant les réunions et que tous les membres se rendent à leur consultation annuelle de groupe en personne et donnent du sang pour le test de la charge virale. Les responsables CAG devraient être informés par les autres membres au sujet d'éventuels plans de voyage ou des raisons d'absence aux réunions ou consultations annuelles. Le responsable s'assure que les membres qui ont une charge virale élevée soient informés à temps afin de se rendre à la clinique (recevoir des services de conseil renforcés

pour une meilleure adhérence et/ou passer au traitement ARV de deuxième ligne). Chaque responsable CAG a un adjoint choisi par ses membres celui-ci assure la responsabilité du groupe au cas où le responsable est empêché

2. Représentants des CAG:

Un ou plusieurs membres du groupe, autres que le responsable, est choisi par le groupe ou délégué par le responsable afin de collecter les médicaments pour le groupe. Les représentants sont choisis durant l'activation du CAG, les réunions mensuelles ou lors de la réunion de consultation annuelle.

Les représentants devraient être en mesure de fournir des informations au sujet du statut de tous les membres durant la collecte des médicaments des 6 mois.

3. Réunions communautaires des CAG:

Le CAG fournit un moyen d'accéder aux TAR aux membres du groupe et une source de soutien social dans la communauté.

Le groupe devrait se rencontrer dans la communauté avant le réapprovisionnement en médicaments afin qu'un (des) représentant(s) ou le responsable CAG puisse(nt) collecter toutes les cartes de traitement des membres pour les amener à l'établissement afin de faciliter la collecte des médicaments à leur livrer ensuite - soit au domicile du responsable ou d'un membre ou dans un autre lieu communautaire fixé au préalable (église ou école ou sous un arbre). Des réunions mensuelles sont ensuite tenues chaque mois à une date, heure et lieu définis jusqu'à la prochaine collecte des médicaments ou lors du rendez-vous annuel où tous les membres se rendent à la clinique.

Durant les réunions, le responsable du CAG, ou un représentant délégué, prendra des notes dans le cahier. Les membres que l'on constate malades et en besoin de soins sont encouragés à se rendre immédiatement au centre de santé. Ceux qui n'arrivent pas à adhérer à leur traitement médicamenteux sont conseillés et soutenus par le groupe.

Des exemples de sujets pouvant être adressés lors des réunions mensuelles, et suggérés par des groupes de Zemio, se trouvent dans l'annexe 8.

4. Collecte des médicaments par les CAG (réapprovisionnement par le responsable CAG ou un représentant):

Six mois après l'activation du CAG, le responsable ou un (les) représentant(s) choisi(s) se rend(ent) à la clinique pour récolter les médicaments pour le groupe. Le responsable CAG ou le représentant revient directement de la pharmacie ou du dispensaire avec le cahier CAG et les cartes de traitement de tous les membres du groupe, et les réserves de médicaments pour 6 mois leur sont distribuées.

Tous les membres sont répertoriés dans le registre de la pharmacie et un rendez-vous au 6e mois (consultation annuelle + test de charge virale) est rappelé ; et des instructions adéquates au responsable ou au représentant sont données.

Un nouveau ou l'ancien cahier CAG est donné au groupe afin d'être rempli durant les réunions mensuelles de la période suivante.

Durant cette visite, le responsable ou le représentant informe le personnel soignant (pharmacien) de la situation générale de santé de chaque membre.

Circonstances particulières:

- Les enfants de moins de 10 ans devraient être pesés dans un centre de santé à proximité de chez eux (information à inscrire sur la carte santé) afin d'ajuster le dosage médicamenteux si nécessaire. Voir annexe 5.
- **Les responsables CAG devraient être informés des femmes enceintes et transmettre à la clinique. Durant le ramassage des médicaments des 6 mois et la consultation annuelle, du sirop**

névirapine devrait être prescrit au 2^{ème} et 3^{ème} trimestre de grossesse pour les femmes qui ne prévoient pas d'accoucher dans un centre de santé offrant des services VIH. De cette façon, le traitement prophylactique pourra être administré au bébé peu après sa naissance (voir annexe 2).

5. Consultation annuelle du CAG et réapprovisionnement en ARV:

Tous les membres du CAG se rendent ensemble à l'établissement de santé pour la consultation annuelle et pour donner du sang pour la surveillance de la charge virale. Les membres verront l'infirmier pour une consultation individuelle, un conseiller pour une discussion de groupe relative aux difficultés rencontrées durant la période ainsi qu'un assistant de laboratoire pour le prélèvement sanguin du test de la CV.

À la fin, les membres se rendent à la pharmacie/dispensaire pour prendre leur réserve de médicaments de 6 mois. Le représentant chargé de récolter les médicaments lors du prochain réapprovisionnement peut être choisi à ce moment ou lors d'une des réunions mensuelles. Une date pour une nouvelle consultation annuelle peut être donnée et le cahier CAG échangé contre un nouveau.

Les patients devraient être informés qu'ils devront retourner à la clinique pour ramener les médicaments donnés en cas de charge virale élevée (> 1000 copies/ml).

Une attention particulière devrait être portée à ce moment aux enfants en ce qui concerne la divulgation du statut VIH et l'ajustement du dosage d'ARV et de Cotrimoxazole (CTX).

Du sirop névirapine peut être prescrit lors du 2^{ème} et 3^{ème} trimestre de grossesse aux femmes ne prévoyant pas d'accoucher dans un centre de santé disposant de services VIH. De cette façon, le traitement prophylactique pourra être administré au bébé peu après sa naissance (voir annexe 2).

6. Pair volontaire (patient) au centre de santé:

Les PVVIH vivant près du centre de santé peuvent être invités à faire du bénévolat à la clinique afin d'aider pour les activités liées aux CAG telles que l'emballage des médicaments et la distribution aux membres CAG durant la collecte, les conseils et le soutien aux pairs. Les conseils de programme PTPE peuvent être prodigués lors des visites en CPON par des mères séropositives qui ont l'expérience de ce service. Leur participation peut contribuer à renforcer la capacité des ressources humaines du MSSP/COGES .

Comment fonctionne la PFT (Pharmacie de dispensation rapides) ?

La PFT suit les patients stables qui n'appartiennent pas à un GCT, soit parce qu'ils ne le désirent pas, soit parce que cette structure n'existe pas là où ils habitent, cela est donc volontaire ou pas (comme pour les patients stables qui n'ont pas de GCT à leur disposition). Les critères d'intégration au PFT sont les mêmes que ceux du GCT (voir tableau 1).

Les patients sont soumis à un suivi individuel tous les 6 mois pour retirer leur traitement à la pharmacie, ainsi qu'à une consultation médicale et à une analyse de la charge virale une fois par an. La PFT permet aux patients qui en bénéficient de réduire la fréquence de leurs visites au centre de soins, et d'économiser ainsi du temps et le coût du trajet ; en outre, les 6 mois de traitement médical fournis constituent un stock de réserve dans les cas où ils auraient du mal à revenir au centre.

Contrairement au GCT, les patients utilisant la PFT ne bénéficient pas des réunions régulières du groupe de soutien pour les aider à observer à leur traitement ni du soutien d'autres patients en cas de détérioration grave de leur santé.

Difficultés rencontrées par les GCT/PFT :

MSF s'est retrouvée confrontée à plusieurs difficultés lors de la mise en œuvre des GCT/PFT à Zemio, le premier projet à utiliser les GCT/PFT en RCA.

- Des stocks pharmaceutiques suffisants et la continuité de l'approvisionnement en médicament entre la capitale, Bangui, et le projet Zemio. Les faiblesses et les défaillances dans la chaîne d'approvisionnement peuvent conduire à des ruptures de stock ; celles-ci doivent faire l'objet d'un examen critique et être signalées rapidement, notamment au début de la mise en œuvre des GCT. Il est important que la durée du traitement fourni soit adaptée aux besoins du patient, qu'il s'agisse de patients se présentant au centre de soins pour le renouvellement de leurs TAR ou de ceux qui appartiennent à un GCT. Les médicaments fournis doivent notamment avoir une date d'expiration suffisamment longue pour que le patient se voie délivrer 6 mois de traitement en une seule fois.
- Pour le bon fonctionnement du GCT, il convient d'expliquer clairement au personnel (infirmiers et secouristes) certaines tâches nouvelles et fondamentales concernant, notamment, la création des GCT, la formation, la sensibilisation / promotion de la santé (auprès des patients et de la communauté) et le suivi des groupes, et de rechercher le soutien des pairs éducateurs, patients bénévoles et d'agents de santé communautaires(Reco) (Annexe 9)
- **La prise en charge autonome** est essentiellement tributaire de la dynamique entre les membres du groupe et la capacité de leurs responsables à assurer une interaction efficace garant de l'observance thérapeutique du groupe et de leur capacité à aider rapidement les membres de la communauté dont la santé se détériore.
- **Des systèmes de suivi simplifié**, comprenant un ensemble minimal d'indicateurs, sont nécessaires pour garantir le maintien de la qualité et contribuer à l'approvisionnement continu des médicaments. La supervision systématique de la mise en œuvre et des résultats obtenus par le modèle devrait également constituer un prérequis à n'importe quel modèle communautaire. Se référer aux outils de suivi simplifiés du GCT à l'annexe 10

En raison des difficultés mentionnées ci-dessus, MSF œuvre à l'adaptation de son programme GCT à Boguila et dans d'autres lieux afin d'en maximiser les bénéfices potentiels.

Annexes : Protocoles et procédures opérationnelles standards

Annexe 1. Modèle, étape par étape, de mise en œuvre des GCT/PFT

1. Définition du plan	
Identifier la personne responsable qui sera le point focal local et se chargera de mener les analyses, de proposer des approches et de rendre de compte des progrès	
Évaluer les obstacles actuels à la prestation des services proposés et les ressources disponibles	Qui est le personnel s'occupant des activités VIH ? Quelle est la principale raison expliquant l'absence d'un patient à un rendez-vous ?

Définir un calendrier clair pour la mise en œuvre	Prendre en compte les délais de commande et de réception des stocks, pour les ARV p. ex.
2. Évaluation des besoins en ressources	
Évaluer la situation et la composition actuelles de la cohorte de patients avant de commencer	Nombre actualisé des patients présentant une tuberculose active, répartition par âge, traitements en cours
	Flux actuel de patients
	Processus de recueil des données, difficultés liées au recueil des données
Planifier l'approvisionnement en médicaments : la pharmacie a besoin des médicaments suffisants pour fournir 6 mois de traitement pourvu de dates d'expiration suffisamment longues	Prévoir, planifier et commander à l'avance en tenant compte du nombre de patients présentant une tuberculose active et des autres (p. ex. ceux perdus de vue qui reviennent se faire soigner attirés par le nouveau modèle)
Planifier les stocks pour l'analyse de la charge virale (si une CV < 1 000 cp/ml fait partie des critères d'admissibilité)	
Déterminer le personnel clé dans chaque service (centre de soins, pharmacie, laboratoire, maternité, communauté)	Assigner les tâches à des membres spécifiques du personnel
	Identifier les besoins en formation
Planifier les stratégies de communication auprès du personnel médical et des patients en matière de modèles différenciés (sensibilisation) : options possibles, manière dont elles fonctionnent, personnes admissibles, personnes à contacter	
3. Comprendre les besoins des groupes de patients et les obstacles auxquels ils sont confrontés	
Se mettre à la place du personnel local et des groupes potentiels de patients, comprendre leurs besoins spécifiques (p. ex. enfants, femmes enceintes/allaitantes) et les obstacles entravant la mise en œuvre du modèle	
Réaliser une cartographie avec l'aide de quelqu'un connaissant bien la région et d'un patient expérimenté	
4. Lancement de la mise en œuvre	
Avoir une idée claire des critères d'admissibilité	

Former le personnel	Modèle GCT et PFT : tout le personnel, y compris celui du service ambulatoire général et celui des autres services
	Comment mener les séances de conseil en groupe et les discussions sur la santé : personnel du centre de soins, agents de santé communautaires
	Outils de suivi : centre de soins, pharmacie, maternité, laboratoire
Promouvoir les GCT/PFT auprès des patients (sensibilisation)	Discussions sur la santé dans la salle d'attente du centre de soins
	Informations fournies pendant la consultation
	Dépliants / affiches présentant des informations sur les GCT/PFT
	Éducation par les collègues éducateurs
Mesurer la charge virale (si elle fait partie des critères d'admissibilité)	GCT : inviter le groupe prédéfini à se rendre au centre de soins le même jour pour que ce groupe soit vu en consultation et activé
	PFT : les inviter à se rendre au centre de soins lorsque les résultats de la CV sont prêts à être consultés
Jour d'activation	Rencontrer les patients : sensibilisation sur le modèle, séance de questions / réponses, signification de la CV et importance de l'observance thérapeutique
	Rencontrer les responsables de groupe : clarification de leur rôle, remise de la liste et du registre du GCT
	Consultation initiale par le personnel infirmier : décision concernant l'admissibilité des patients en fonction de leur CV et/ou de leurs symptômes cliniques
	Fixer la date suivante de consultation annuelle pour le groupe
	Délivrance de 6 mois de traitement à la pharmacie pour les personnes admissibles

	Conseils sur l'observance thérapeutique pour les patients présentant une charge virale élevée et programmation de visites de suivi pour 1 à 3 mois
	Remplir le formulaire d'inscription
5. Suivi et évaluation du modèle	
Assurer le suivi des indicateurs clés : il est nécessaire de disposer des valeurs de référence	P. ex. : proportion des retraits de médicaments manqués par le patient sur une période donnée (GCT/PFT), taux de rétention sur 12 mois (GCT/PFT), proportion de patients dont la CV a été supprimée après 12 mois (GCT/PFT)
Évaluer les notes consignées dans le registre GCT. Tenir un atelier avec les responsables des GCT afin d'aborder des difficultés rencontrées et des solutions suggérées.	

Annexe 2 : Protocole pour la prise en charge des nouveaux patients et des patients présentant une charge virale élevée (« Pré-GCT/PFT »)

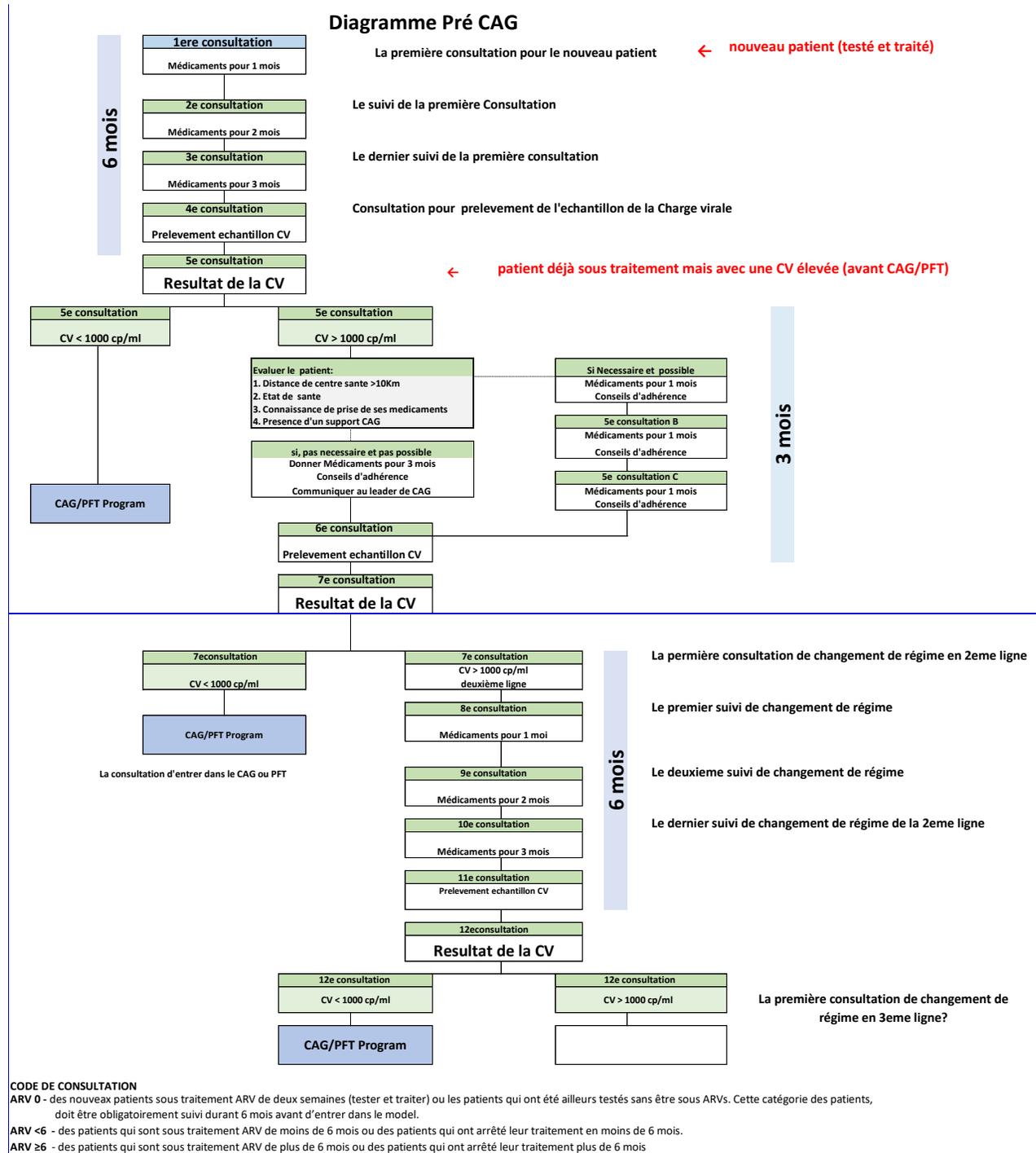


Figure 2.1 : Diagramme illustrant la prise en charge des nouveaux patients et des patients présentant une charge virale élevée « Pré-GCT »

2.1. Nouveaux patients inscrits au programme depuis une période inférieure à 6 mois, y compris les cas de PTPE

Ces patients ne répondent ni aux critères du GCT ni à ceux du PFT. Ils doivent être pris en charge selon le protocole « teste and traité ». En raison de problèmes d'accès, il est possible de simplifier le suivi et le retrait des médicaments pendant cette période conformément au diagramme (figure 2.1).

Les patients qui reviennent se faire soigner après avoir été perdus de vue sont inclus dans cette catégorie : ils doivent recommencer le même traitement ARV et subir une analyse de la CV après 6 mois.

Les femmes enceintes doivent recevoir les conseils adaptés sur le TAR à vie et sur la PTPE, notamment concernant les traitements prophylactiques, le cotrimoxazole, le soutien à l'allaitement et le test PCR à la 6e semaine du bébé. Suivre les directives nationales en matière de PTPE. S'il n'est pas possible à une femme d'accoucher dans un établissement médical offrant les services de prise en charge du VIH (en raison de la distance, par exemple), il faut prescrire de la névirapine en sirop pendant la consultation ou lors du retrait des médicaments de façon à pouvoir commencer la prophylaxie peu après la naissance.

Remarque : la grossesse n'est pas un critère d'exclusion des GCT ; le couple mère-enfant peut bénéficier du soutien des GCT 6 mois après l'entrée dans le programme ou plus tôt après suppression de la charge virale chez la mère.

Les femmes enceintes seront dissuadées de rejoindre le programme PFT, même si elles ont montré une bonne observance thérapeutique au cours des 6 premiers mois ; en effet, ce programme attend des patients qu'ils suivent leur traitement de manière indépendante et, contrairement au GCT, il ne procure pas le soutien des autres patients. Ces femmes bénéficient d'un suivi individuel après avoir présenté une suppression de la charge virale à 6 mois (voir la section PFT pour plus d'information).

2.2. Suivi des nouveaux patients (« Teste and Traite » et PTPE)

Après 1 mois	Vérifier l'observance, les effets secondaires
Après 2 mois	Vérifier l'observance, les effets secondaires, discuter des modèles différenciés (GCT/PFT)
Après 3 mois	Vérifier la charge virale ; en cas de suppression, orienter vers les GCT

2.3. Recommandations concernant la névirapine en sirop

L'utilisation de la névirapine (NVP) et la durée de la prophylaxie doivent être conformes aux directives nationales en matière de PTPE. La NVP peut être prescrite au 2^e et 3^e trimestre de grossesse à des femmes qui ne prévoient pas d'accoucher dans un établissement médical disposant de services de prise en charge du VIH. De cette façon, le traitement prophylactique peut être administré au bébé peu après la naissance. Le personnel soignant doit délivrer le sirop NVP accompagné du nombre approprié de seringues (p. ex. dix) indiquant distinctement (à l'aide de ruban adhésif, p. ex.) la dose de 1,5 ml devant être administrée (figure 2.2.).

Figure 2.2. Posologie simplifiée de l'OMS pour la prophylaxie chez le nourrisson

Age de l' enfant	Dosage de la NVP
De la Naissance à 6 Semaines	
Poids de Naissance 2000-2499 g	10 mg une fois par jour ou 1ml de sirop une fois par jour
Poids de naissance >= 2500 g	15mg une fois par jour ou 1ml de sirop une fois par jour
>6aemaines jusqu' à 12 semaines	
	20mg une fois par jour ou 2ml une fois par jour ou 2ml de sirop une fois par jour ou demi comprimé de 50mg une fois par jour

^a Pour les enfants dont le poids est < 2 000 g et ayant dépassé les 35 semaines d'âge gestationnel, la dose recommandée est : 2 mg/kg de NVP par dose, une fois par jour. Les nourrissons prématurés dont l'âge gestationnel est inférieur à 35 semaines doivent recevoir une dose déterminée par un spécialiste.

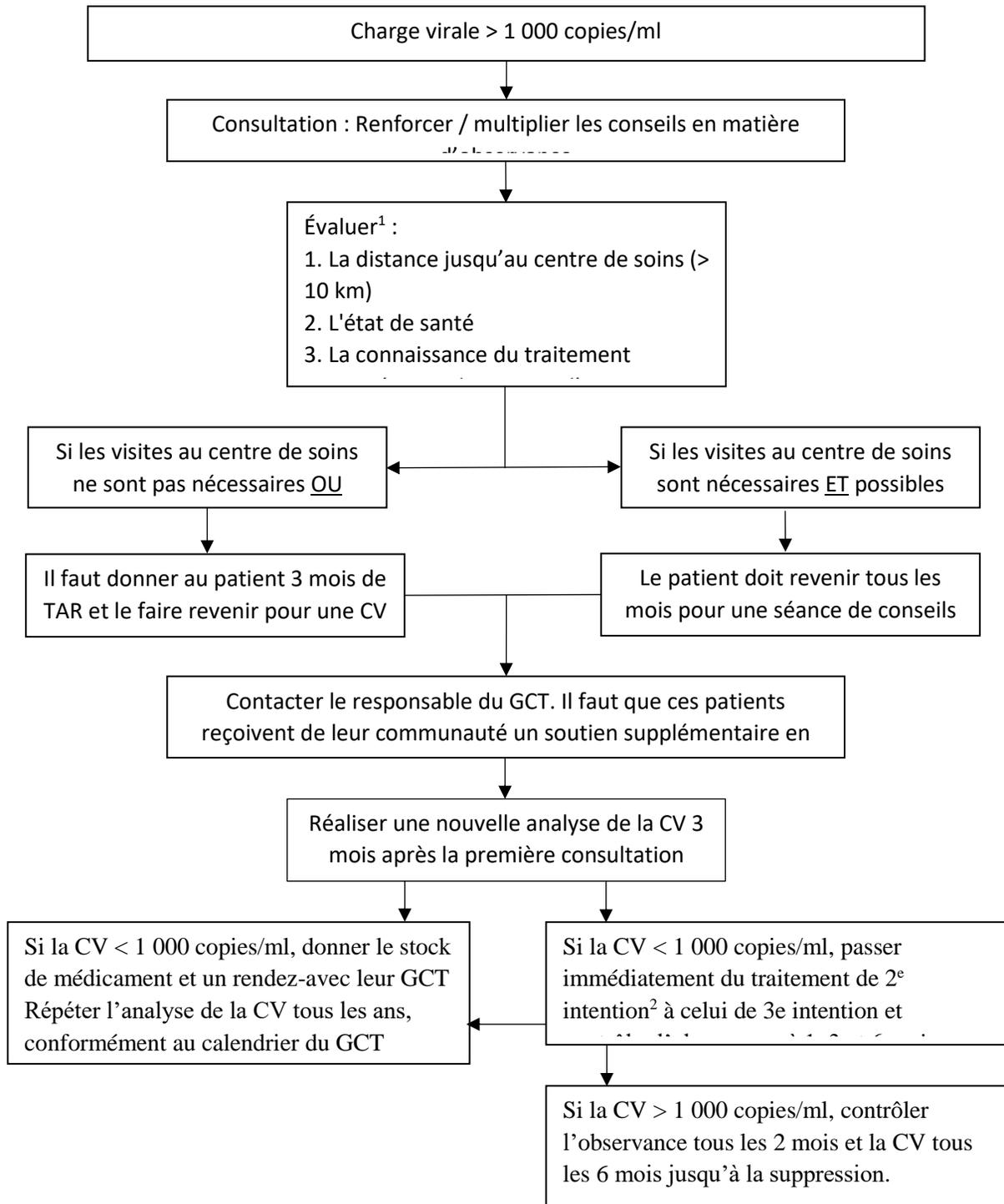
Un dépliant comportant les recommandations sur la prophylaxie chez le nourrisson doit être remis à la femme enceinte et au responsable du GCT.

- Le sirop à la névirapine contribue à empêcher la transmission du VIH à votre bébé.
- Il faut l'administrer immédiatement après la naissance, dès que le bébé est capable de téter
- Lui donner la dose appropriée une fois par jour, tous les jours pendant 6 semaines (il est possible que cette durée soit étendue à 12 semaines ; en discuter avec le personnel soignant du centre de soins VIH)
- Les jours suivant la naissance (dans les 7 jours, de préférence), aller au centre de soins ou poste de santé pour la consultation postnatale(CPON), les vaccins et l'ajustement de la dose de NVP, si nécessaire. Apporter le sirop, les seringues et ce dépliant pour le montrer au personnel de santé de façon qu'il puisse, le cas échéant, apporter les modifications voulues.
- Six semaines après la naissance, vous devez vous rendre au centre de soins VIH pour que votre bébé y passe un examen clinique et des tests

Remarques à l'intention du personnel de santé devant être incluses dans le dépliant :

- La plupart des bébés devront prendre 1,5 ml de sirop tous les jours pendant 6 semaines.
- Si, le bébé pèse moins de 2,5 kg, réduire la dose à 1 ml (vous êtes prié de changer la marque sur les seringues afin d'aider la famille à administrer correctement la nouvelle dose).

Annexe 3 : Protocole de prise en charge des échecs du TAR (patients présentant une CV élevée et passant au traitement de 2e intention)



¹ Les patients qui habitent près du centre de soins, qui ne se sentent pas bien, qui ont des difficultés à prendre leurs médicaments même après avoir reçu plus de conseils, et qui ne bénéficient pas du soutien d'un GCT devraient de préférence recevoir des conseils mensuels dans leur centre de soins jusqu'à la prochaine analyse de leur CV.

3.1. Prise en charge et suivi des patients présentant une charge virale élevée (CV supérieure à 1 000 copies par ml) inscrits au programme GCT/PFT

- Ces membres du groupe seront invités à revenir au centre de soins
- Ces membres du groupe seront informés par appel téléphonique ou courrier provenant du responsable du GCT ou des pairs éducateurs
- Ces membres se verront offrir des séances mensuelles de conseils renforcés en matière d'observance pendant 3 mois conformément aux **protocoles indiqués à l'annexe 4.1.a et. b** tout en poursuivant leur traitement de première ligne.
- L'analyse de la charge virale sera renouvelée après 3 mois de séances des conseils renforcés en matière d'observance.
- Lors du rendez-vous pour l'analyse de la CV, faire un prélèvement sanguin et donner 3 mois de traitement de première ligne (ou de 2^e ligne, si le patient suit déjà ce traitement) ainsi qu'un rendez-vous 1 mois plus tard.

À 3 mois:

- Si la CV < 1 000, ne pas contacter le patient, laisser ce membre du groupe continuer les 3 mois de TAR jusqu'au rendez-vous suivant, date à laquelle les résultats devraient être fournis et orienter vers les GCT. Lors de ce rendez-vous, l'approvisionnement en médicaments devrait correspondre à la quantité nécessaire jusqu'au rendez-vous suivant et au stock de médicaments du reste des membres du GCT.

3.2. Passage au traitement de 2^{ème} ligne (pour un soutien, voir annexe 4.2)

- Si la CV > 1000 copies après des sessions intensives de conseil pour l'observance thérapeutique cela signifie que le traitement de première intention a échoué pour ce patient. Contacter le membre par l'intermédiaire des responsables GCT et prévoir de passer au traitement de deuxième intention aussi vite que possible, conformément aux directives cliniques nationales pour le traitement du VIH. Tous les médicaments de première intention devraient être rapportés au centre de soins.
- Là où un soutien supplémentaire pour passer au traitement de seconde intention est nécessaire, il est essentiel de s'adresser immédiatement au spécialiste du VIH ou à l'équipe nationale de prise en charge du VIH.
- Assurer un suivi du traitement de seconde intention aux mois 1, 3 et 6, puis tester la charge virale.
- Si, la CV est supprimée (CV < 1 000 copies par ml), orienter le patient vers les GCTs et poursuivre le traitement selon le protocole GCT avec retraits semestriels.
- En cas de non suppression (CV > 1 000 copies par ml), continuer le soutien pour l'observance thérapeutique et les rendez-vous bimensuel, et suivre la charge virale chaque 6 mois jusqu'à la suppression.
- Il faudrait toujours discuter du cas de ce genre de patients compliqués avec les conseillers spécialistes du VIH ou l'équipe nationale de suivi VIH

Annexe 4 : Protocole pour le soutien aux patients et les conseils éducatifs pour les patients avec charge virale élevée et/ou passant au traitement de 2^{ème} intention

Un résultat élevé au test de charge virale, généralement défini comme une charge virale supérieure à 1 000 copies/ml, est un très bon indicateur que le patient a du mal à observer son traitement. Bien qu'il

puisse exister d'autres causes expliquant une charge virale élevée, les problèmes d'observance thérapeutique sont les plus courants.

Durant la période entre le premier et le deuxième test de charge virale (**habituellement d'environ 3 mois**), l'observance thérapeutique par le patient doit être renforcée afin d'assurer la suppression de la charge virale.

En l'absence de suivi de la charge virale, une suspicion de déficit immunitaire (basée sur le taux de CD4) ou d'échec clinique devrait servir de critère pour l'orientation vers l'**accompagnement des conseils d'adhérence**.

4.1. Observance thérapeutique renforcée et conseils pour les patients avec charge virale élevée

Idéalement, il faudrait effectuer au moins **3 sessions d'accompagnement des conseils d'adhérence** avec le patient ayant obtenu un résultat de test de la charge virale supérieur à 1 000 copies/ml. La première séance doit être offerte le jour où le résultat du test est obtenu. La deuxième séance est proposée un mois plus tard et la troisième durant le deuxième mois avant d'effectuer le 2ème test de charge virale. Une autre option est de réaliser la 3ème session le jour du 2ème test afin d'éviter tout délai. Il est possible de proposer plus de séances en fonction des besoins du patient.

Il est possible cependant que certains patients ne puissent pas se rendre régulièrement au centre de soins. Il faut donc que le personnel de santé évalue dans quelle mesure il est nécessaire et faisable pour une personne de se rendre aux consultations mensuelles d'observance thérapeutique. Distance jusqu'au centre de santé (> 10 km), état de santé, connaissances du traitement et présence du soutien d'un GCT devraient être envisagés (voir en annexe 3).

Les patients vivant près de la clinique, ne se sentant pas en forme, pouvant avoir du mal à prendre leur traitement même après des services de conseil renforcés, et n'ayant pas le soutien d'un GCT devraient, de préférence, venir au centre de soins pour des conseils mensuellement jusqu'au test de CV suivant. Les autres patients devraient recevoir 3 mois de TAR et être soutenus par un groupe GCT.

Les patients avec une charge virale indétectable peuvent être identifiés dans le groupe afin d'apporter un soutien aux autres membres (comment prendre leur traitement, stratégies pour maintenir l'observance thérapeutique).

- **Consultation en groupe:** Dans les endroits où le test de la CV est appliqué, les patients revenant pour les résultats peuvent effectuer une partie des séances de groupe pour le conseil sur l'observance thérapeutique (y compris les patients instables et ceux des GCT/PFT). Les conseillers évalueront ensuite individuellement en tenant compte de leur compréhension et les obstacles, et identifieront des stratégies pour améliorer l'observance thérapeutique.

4.1.a. Conseil renforcé pour l'observance thérapeutique 1

Quand : Le jour où le patient reçoit le résultat d'une charge virale élevée.

Mode : Groupe + Individuellement

Durée : 40 min

Objectifs

- Assurez-vous que le patient comprenne le résultat du test de la charge virale (ou CD4) et les raisons les plus communes liées à un résultat de charge virale élevée.
- Identifier les obstacles à l'observance thérapeutique aux niveaux comportementaux, émotionnels, socio-économiques et cognitifs.
- Identifier des stratégies pour assurer une bonne observance thérapeutique.

Sujets

- Annoncer et expliquer le résultat du test de la charge virale (groupe)
- Expliquez la procédure **d'accompagnement des conseils d'adhérence**. (Groupe)
- Évaluer les connaissances du patient sur les causes d'une charge virale élevée et expliquer en conséquence qu'un problème d'observance thérapeutique est le plus souvent la cause d'une charge virale élevée. (Groupe + individuellement)
- Expliquer qu'en résolvant le problème d'observance thérapeutique, de nombreux patients atteignent une charge virale indétectable dans les trois mois. (Groupe)
- Expliquer le déroulement des séances **d'accompagnement des conseils d'adhérence**. (Groupe)
 - Évaluez les problèmes d'observance thérapeutique anciens et récents (utilisez des outils d'auto-déclarassions). (Individuellement)
 - Explorez les obstacles à l'observance thérapeutique. (Individuellement)
- Explorer les lacunes dans les connaissances / obstacles cognitifs : compréhension, croyances (par exemple autour des médecines traditionnelles, se sentir mal...). (Groupe + individuellement)
- Explorer les obstacles comportementaux (horaire des prises des médicaments, que faire en cas d'oubli de dose...) en utilisant le plan d'observance thérapeutique. (Groupe + individuellement)
- Explorer les obstacles socio-économiques (divulgaration, soutien, discrimination, revenu...). (Groupe + individuellement)
- Explorer les obstacles émotionnels. (Groupe + individuellement)
 - Identifier des moyens d'avancer en fonction des problèmes identifiés. (Individuellement)

4.1.b. Conseil pour une meilleure observance thérapeutique 2&3

Quand : Un et deux mois après que le patient ait reçu le résultat d'une charge virale élevée.

Mode : Individuellement

Durée 40 min

Objectif : Évaluer les stratégies mises en place afin d'améliorer l'observance thérapeutique par le patient.

Sujets

- Évaluez l'observance thérapeutique par le patient depuis la dernière séance **d'accompagnement des conseils d'adhérence**.
- Évaluer la mise en œuvre des stratégies mises en place pour améliorer l'observance thérapeutique.
- Expliquer la prochaine étape du processus **d'accompagnement des conseils d'adhérence** (un 2^{ème} test de la charge virale doit être effectué après 3 mois) et la prochaine étape dépendra du résultat de ce 2^{ème} test.

4.1.c. Évaluation de l'observance thérapeutique auto-déclarée

Entretien	Notes	
Poser les questions de manière respectueuse et sans jugement :		
Introduction : Beaucoup de patients ont du mal à prendre leurs médicaments. « Quelles difficultés rencontrez-vous ? »		
« Pouvez-vous me dire quand/comment vous prenez vos médicaments ? »		
« À quel moment de la journée est-ce le plus difficile pour vous de prendre vos médicaments ? »		
« Est-il parfois difficile de prendre vos médicaments à l'heure prévue ? » « Combien de doses avez-vous manqué au cours des 3 derniers jours ? » [Après réponse du patient] Et au cours du mois dernier « ? »		
Échelle d'observance thérapeutique	Oui	Non
1. Vous arrive-t-il d'oublier de prendre vos médicaments ?		
2. Vous arrive-t-il, par moments, de ne pas vous soucier de prendre vos médicaments ?		
3. Lorsque vous vous sentez mieux, vous arrive-t-il d'arrêter de prendre vos médicaments ?		
4. Si vous vous sentez parfois moins bien lorsque vous prenez vos médicaments, arrêtez-vous de les prendre ?		
Conclusion	Oui à une ou plusieurs questions <ul style="list-style-type: none"> • Des services de soutien pour améliorer l'observance thérapeutique devraient être fournis 	Non à toutes les questions ; <ul style="list-style-type: none"> • Bonne observance thérapeutique

4.2. Conseils et éducation pour les patients passant au TAR de deuxième intention

Une fois que le patient est passé par le processus **d'accompagnement des conseils d'adhérence** et qu'un deuxième test de la charge virale a été effectué, il est possible que l'infirmier confirme qu'il y a échec du traitement, ce qui signifie que le patient devient résistant aux ARV et n'est plus en mesure de combattre le VIH avec le traitement actuel / de première intention. Le patient peut passer au TAR de deuxième intention.

- **Une séance d'initiation au TAR de 2^{ème} intention devrait être offerte afin de discuter des sujets suivants :**
 - Expliquez les raisons de ce changement.
 - Expliquez le fonctionnement du traitement de deuxième intention.
 - Expliquez la gestion du temps et posologie des médicaments de deuxième intention.
 - Évaluez à quel point le patient est prêt à commencer le traitement.
 - Expliquez l'objectif d'atteindre une charge virale indétectable.
 - Mettez en place des stratégies de bonne observance thérapeutique (horaires de prises des médicaments, stockage des médicaments, gestion des doses manquées).

- Les séances de conseil et de suivi du traitement de 2ème intention devraient être programmées **aux mois 1, 3 et 6** jusqu'à ce qu'un premier test de charge virale soit réalisé au moins 6 et devraient aborder les sujets suivants :
 - Identifiez les éventuels obstacles à son observance.
 - Identifiez des stratégies pour assurer une bonne observance thérapeutique.
- Après le mois 6 **un autre test de CV** aidera à évaluer si un patient a besoin de services de conseil pour une meilleure observance thérapeutique.
- Mettez en lien avec des GCT pour un soutien supplémentaire de la part des membres du groupe / du responsable GCT.

Annexe 5 : Enfants en GCT

Les nourrissons de moins de 18 mois devraient être testés selon l'algorithme de diagnostic précoce du nourrisson (consulter le protocole national). En RCA, les nourrissons exposés devraient avoir leur premier test PCR à l'âge de six semaines. Un TDR devrait être effectué à 9 et 18 mois (ou 3 mois après la fin de l'allaitement).

En-dessous de 18 mois, tout TDR positif devrait être confirmé par une PCR à cause des anticorps maternels anti-VIH encore présents dans le sang du nourrisson. Tout nourrisson présentant des symptômes ou signes présumés de VIH devrait être testé à un moment quelconque.

Si, la PCR est positive, commencer immédiatement le traitement et prélever un autre échantillon pour une PCR de confirmation au cours du mois suivant le résultat (de préférence le jour même).

Lorsque les enfants sont cliniquement stables, ils peuvent bénéficier d'un accès au GCT/PFT. Les services devraient être adaptés pour ne pas séparer les familles dans la mesure du possible, afin de faciliter l'accès et de réduire les coûts. La PFT n'est toutefois pas encouragé en raison d'un manque de soutien communautaire.

Il existe deux facteurs spécifiques pour cette population :

- Les jeunes enfants peuvent avoir besoin de changements dans la posologie / régime
- Une divulgation du statut VIH de l'enfant appropriée à l'âge devrait être effectuée puisque cela aide fortement à renforcer l'observance thérapeutique.

En théorie, il n'y a que cinq changements dans la posologie du TAR avant l'âge de 10 ans :

- Trois mois
- Un an
- Trois ans
- Cinq ans
- Sept ans

Pour le cotrimoxazole (CTX), une seule modification de posologie est nécessaire entre 10 et 19,9 kg (tableau 5.4).

Une divulgation appropriée selon l'âge est encouragée et le tuteur devrait être informé du processus complet de divulgation. Malgré cela, la divulgation ne devrait pas être requise pour la participation à des modèles de prestation de services différents.

Durant les consultations annuelles, il est important de vérifier le statut vaccinal et de réaliser les vaccins manquants. **Les enfants souffrant de malnutrition ne sont pas considérés comme stables** et il faut s'occuper d'eux en conséquence avant et durant leur participation aux GCT.

5.1. Observance au TAR

La capacité des enfants et des adolescents à prendre leur TAR de façon efficace dépend de nombreux facteurs psychosociaux qui sont hors de leur contrôle direct. La capacité de leurs tuteurs à prendre leur santé en charge est particulièrement importante.

Le taux d'échec du traitement chez les enfants et adolescents vivant avec le VIH est bien plus élevé que chez les adultes. Bien que de grands pas ont été faits dans le domaine du VIH pédiatrique au cours des 15 dernières années, il existe encore beaucoup de problèmes avec le traitement pédiatrique du VIH, mettant donc souvent les enfants et adolescents à risque d'échouer leur traitement. Ces problèmes comprennent :

- Le faible nombre d'ARV disponibles pour les enfants ;
- Le goût déplaisant des ARV existant ;
- Un manque de recherches et de développement en matière d'ARV pédiatriques ;
- Des complications dans la posologie avec les ARV pédiatriques ; et
- Le grand nombre de blocages psychologiques autour de l'administration d'un traitement chronique permanent et du maintien d'une observance thérapeutique sur le long terme.

Le tableau 5.1. Résume ces causes.

Tableau 5.1: Facteurs contribuant à une charge virale élevée chez l'enfant

Entité	Cause de charge virale élevée
Clinicien responsable	Ne pas double-doser le LPV/r avec la rifampicine
	Ne pas augmenter la dose à mesure que l'enfant prend du poids
	Ne pas passer au valproate si le patient est épileptique
	Ne pas détecter ou avertir le patient s'il y a des signes de diarrhée importante et/ou vomissements
	Le clinicien ne détectant pas de maladies de santé mentale ou de toxicomanie et ne faisant pas d'efforts pour aider
Système de santé responsable (Quelques exemples)	Mauvaises stratégies de conseil résultant en des conseils inadéquats dès le départ
	Mécanismes insuffisants pour le suivi des patients perdus de vue
	Peu d'opportunité pour le patient de poser des questions ou d'exprimer ses inquiétudes
	Rupture des stocks de médicaments
	Mauvaise gestion clinique des résultats des tests de la charge virale
	Régimes thérapeutiques compliqués
	Goût déplaisant des médicaments

Lié au patient	Fatigue liée au traitement
	Insécurité alimentaire
	Stigmatisation
	Abus d'alcool ou de substances illicites
	Pas de personne soutenant le traitement
	Tuteur malade / irresponsable
	Problèmes de divulgation
	Vie de famille instable

5.2. Directives sur le changement de la dose d'ARV pour les enfants dans les GCT

Tous les efforts possibles devraient être mis en œuvre pour peser l'enfant avant la collecte semestrielle des médicaments. Ceci peut être réalisé dans un centre de santé plus proche de la communauté et consigné dans le carnet de santé. Un échec de prise de poids ou une perte devraient susciter un examen immédiat.

Si les informations ne sont pas disponibles, la règle générale suivante peut être utilisée pour les enfants **en bonne santé** de moins de 10 ans :

≤ 20 kg : augmentation de 1 kg tous les 6 mois

> 20 kg : augmentation de 2 kg tous les 6 mois

Si, le poids de l'enfant est proche de la dose prescrite pour l'échelle de poids supérieure, cela devrait être prescrit dès la fois suivante. Par exemple : durant sa consultation annuelle, un enfant pèse 19,8 kg et utilise actuellement les tablettes dispersibles AZT/3TC/NVP 2.5 deux fois par jour. Pour la collecte semestrielle suivante, lui prescrire 3 tablettes deux fois par jour (tranche de poids 20-24,9 kg). Voir tableaux 5.2 et 5.3.

Tableau 5.2 : Posologie simplifiée de l'OMS des formulations solides à dose fixe adaptées aux enfants, pour une posologie à deux fois par jour pour les nourrissons et enfants de 4 semaines et plus* [3]

Médicament	Dosage de comprimé (mg)	Nombre de tablette par poids matin et soir										Dosage de comprimé adulte (mg)	Nombre de comprimé par poids matin et soir	
		3.0-5.9kg		6.0-9.9kg		10.0-13.9 kg		14.0-19.9 kg		20.0-24.9 kg			25.0-34.9 kg	
		AM	AP	AM	AP	AM	AP	AM	AP	AM	AP		AM	AP
AZT/3TC	Comprimé dispersible 60mg/30mg	1	1	1.5	1.5	2	2	2.5	2.5	3	3	300mg/150mg	1	1
AZT/3TC/NVP	Comprimé dispersible 60mg/30mg/50 mg	1	1	1.5	1.5	2	2	2.5	2.5	3	3	300mg/150 mg/200mg	1	1
ABC/3TC	Comprimé dispersible 60mg/30mg	1	1	1.5	1.5	2	2	2.5	2.5	3	3	600mg/300mg	0.5	0.5
ABC/3TC	Comprimé dispersible 120mg/60mg	0.5	0.5	0.5	1	1	1	1	1.5	1.5	1.5	600mg/300mg	0.5	0.5

* Pour les nourrissons de moins de 4 semaines, veuillez consulter les directives pour une posologie plus précise.

^a Pour les nourrissons de moins de 4 semaines, veuillez consulter les directives pour une posologie plus précise.

^b L'EFV n'est pas recommandé pour les enfants de moins de 3 ans et pesant moins de 10 kg.

^c L'ATV est utilisable seulement pour les enfants de 3 mois ou plus. Les capsules d'ATV à dose unique devraient être administrées avec 100 mg de RTV pour toutes les échelles de poids.

^d 200 mg devrait être utilisé pour les poids de 25.0-29.9 kg et des tablettes de 300-mg pour 30.0-34.9 kg.

^e Le TDF est approuvé seulement auprès des enfants de 2 ans ou plus.

Tableau 5.3 : Posologie simplifiée de l'OMS des formulations solides et liquides par voie orale adaptées aux enfants, pour une posologie une fois par jour pour les nourrissons et enfants de 4 semaines et plus^a

Médicament	Dosage de comprimé (mg)	Nombre de comprimés ou capsules par poids en une prise par jour					Dosage de comprimé adulte (mg)	Nombre de comprimé ou capsule par poids une fois par jour
		3.0-5.9kg	6.0-9.9kg	10.0-13.9kg	14.0-19.9kg	20.0-24.9kg		
EFV	Comprimé 200 mg	-	-	1	1.5	1.5	200 mg	2
ABC/3TC	Comprimé dispersible 60mg/30mg	2	3	4	5	6	600 mg/300 mg	1
ABC/3TC	Comprimé dispersible 120mg/60mg	1	1.5	2	2.5	3	600 mg/300 mg	1
ATV	Capsule 100 mg	-	-	1	2	2	300 mg	2(100 mg) ou 1(300 mg)
TDF	Poudre orale 40mg/cuillère	-	-	3	-	-	300 mg	1(200 mg) ou 1(300 mg)
	Comprimé à 100 mg ou 200 mg	-	-	-	1 (150 mg)	1 (200 mg)		

^a Pour les nourrissons de moins de 4 semaines, veuillez consulter les directives pour une posologie plus précise.

^b L'EFV n'est pas recommandé pour les enfants de moins de 3 ans et pesant moins de 10 kg.

^c L'ATV est utilisable seulement pour les enfants de 3 mois ou plus. Les capsules d'ATV à dose unique devraient être administrées avec 100 mg de RTV pour toutes les échelles de poids.

^d 200 mg devrait être utilisé pour les poids de 25.0-29.9 kg et des tablettes de 300-mg pour 30.0-34.9 kg.

^e Le TDF est approuvé seulement auprès des enfants de 2 ans ou plus.

Tableau 5.4: Posologie simplifiée de l'OMS des isoniazides et des prophylaxies co-trimoxazole pour les nourrissons et les enfants âgés de moins de 4 semaines.

Tableau 5.4: Posologie simplifiée de l'OMS d'isoniazide et de la prophylaxie co-trimoxazole pour les nourrissons et les enfants âgés de moins de 4 semaines.

Médicament	Dosage de comprimé ou suspension oral(mg ou mg/5ml)	Nombre de comprimés ou ml par poids en une prise par jour					Dosage de comprimé adulte (mg)	Nombre de comprimé par poids par prise
		3.0-5.9kg	6.0-9.9kg	10.0-13.9kg	14.0-19.9kg	20.0-24.9kg		
Isoniazide	Comprimé 200 mg	0.5	1	1.5	2	2.5	300 mg	1
Cotrimoxazole	Suspension 200/40 par 5 ml	2.5 ml	5 ml	5 ml	10 ml	10 ml	-	-
	Comprimé dispersible 120mg/20mg	1	2	2	4	4	-	-
	Comprimé 400/80mg	-	0.5	0.5	1	1	400 mg/80 mg	2
	Comprimé 800/160mg	-	-	-	0.5	0.5	800 mg/160 mg	1

Annexe 6: Dépliant CAG

6a. En français

QU'EST-CE QUE LE CAG ?

CAG signifie " **Groupe communautaire d'ARV** ". Il s'agit d'un groupe de patients séropositifs, qui s'organisent, se réunissent volontairement, se soutiennent et choisissent entre eux un responsable de leur groupe capable d'assurer l'approvisionnement des médicaments, antirétroviraux (ARVs) depuis le centre de santé de Boguila vers la communauté afin de les distribuer à chaque patient membre de son groupe.

COMMENT ÇA MARCHE ?

Chaque membre vient à la consultation une fois par an, le même jour que tous les autres membres de son groupe, il en profite pour un contrôle général, les analyses sanguines et une discussion avec un (e) conseiller (e)

Pour l'approvisionnement du traitement, un membre désigné viendra à Boguila prendre les médicaments pour tous les membres de son groupe qui contribuent au coût du transport.

Les membres du groupe doivent se réunir régulièrement une fois par mois pour discuter de leurs problèmes et s'assurer que chacun d'entre eux prenne correctement son traitement.

LE DEVOIR DES PATIENTS...

Le CAG est un groupe de support mutuel. Au sein du groupe:

- Les membres s'encouragent mutuellement pour toutes les activités liées à la prise en charge
- Partagent avec les autres les expériences vécues (bonnes et mauvaises)
- Contribuent au coût de transport des médicaments (du centre de santé vers le village)

RECOMMANDATIONS POUR LE BENEFICIAIRE

- Rencontres régulières avec tous les membres de sa communauté
- Discussion autour des difficultés rencontrées
- Un groupe CAG est totalement volontaire et dépend de votre disponibilité

LES AVANTAGES POUR LES PATIENTS

- Vous ne viendrez au centre de traitement qu'une fois par an.
- Vous économiserez sur les coûts de transport parce que vous viendrez au centre de traitement moins souvent.
- Vous connaîtrez d'autres patients et obtiendrez aussi leur soutien .
- Vous recevrez régulièrement et gratuitement les médicaments pour six mois.
- Vous réduirez les risques de ruptures de médicaments.

CAG COMMENT ÇA SE PASSE ?



Le personnel soignant est toujours disponible pour les conseils



Consultation régulière des membres du CAG



Le personnel soignant prépare les médicaments pour l'approvisionnement du groupe CAG



Un membre du groupe embaile les médicaments sur la moto pour les transporter.



Un membre du groupe transporte les médicaments vers sa communauté.



Les membres du groupe se réunissent régulièrement pour discuter et s'encourager mutuellement



QU'EST-CE QU'UN GROUPE COMMUNAUTAIRE "CAG" ?



Le " Groupe communautaire d'ARV " (CAG) est un groupe de volontaires vivant avec le VIH qui s'organisent, se réunissent, se soutiennent afin d'assurer leur approvisionnement des médicaments antirétroviraux (ARV) depuis le centre de santé de Boguila vers la communauté pour les distribuer à chacun des patients du groupe.



CAG a yékè gnin ?

CAG a yeke bombi ti a zo ti kodro oko so a yé da na bè ti ala ti douti na ndo oko, ti mou maboko na légué ti ouarango yoro ti kanga légué na makongo ti sionga hozo.

Na ya ti bombi ti CAG, mo yékè ouara moungo maboko ti a mbéni zo so nga a yékè na makongo ti sionga hozo tongana mo.

Mo yékè si na da nganga gui fani oko na ya ti ngou oko. Gui mbéni zo so bombi ti CAG ti mo à sôrô lo si lo yékè goé na da nganga ti Boguila ti mou yoro ti mo, nga na ti a zo kwè so a yékè na ya ti bombi ti CAG ti kangbi ni na ala.



6b. En Sango

CAG A YÉKÈ GNIN ?

CAG a yeke bombi ti a zo ti kodro oko so a yeke na makongo ti sionga hozo, so a yé da na bè ti ala ti douti na ndo oko, ti mou maboko na légué ti ouarango yoro ti kanga légué na makongo ti sionga hozo. Ayeke azo ti kobela so a ye da ti mou yoro ti goué na ni ti kangbi na ambéni zo ti kobela na ya ti akodro ti ala. Na nga ti sala si azo ti kobela ni a goué lakoué lakoué na da nganga pépé ti mou yoro.

CAG A TAMBOULA TONGANA GNIN?

Fadé azo ti kobela koué a goué légué oko na ya ti ngou oko na da nganga.

Azo ti kangbingo yoro nga assala gui tonga so, maie ala mou mbéni lango oko si ala koué agoué légué oko, si wa kodé koa ti seni a lingbi ti ba ya ti méné ti ala na nga si ala lingbi ti pika pastara na wa moungo ouango ti ala.

Fadé a membre ti a bombi oko-oko koué ayéké mou maboko tété foutango légué ti membre ti bombi ti ala.

A lingbi azo koué so ayéké na ya bombi so ouara téré ti ala légué oko na ya nze oko ti ghou ti ti ala na ndo ti a kpalé ti ala na ti hinga tonga na azi koué ayéké mou tonga ti ala nzoni.

YE SO E YEKE KOU NA MBAGUE TI AZO TI KOBELA

- A yeke ti hinga so bombi so a yeke ti mou maboko na popo ti azo ti kobela oko-oko koué, na nga tonga na mbéni zo a yeke na kobela fadé mbéni agoué na place ti lo nga.

- Ti kangbi na a ita ti lo so lo nga lo yéké na kobela tonga na ala.
- Ti mou maboko na zo so ayéké goué ti mou yoro ti bombi ti ala.
- Ti goué na ngbonga so wa kodé koa ti seni a fouda na mo si ga ti ba lo.

KOUSSALA SO AJO TI KOBELA ALINGBI TI SALA

- Fadé ala yeke ga gui légué-oko na ya ti ngou oko ti mou yoro.
- Fadé ala yeke bata koforo si ala si ala fouda nguza ti légué mingui pépé.
- Nga ti manda, na ti mou maboko na a mbéni zo ti kobela.

NZONI PASSA NI AYEKE TI SO

- Fadé ala yeke ga gui légué-oko na ya ngou oko ti mou yoro.
- Fadé ala yeke bata koforo si ala si ala fouda nguza ti légué mingui pépé.
- Nga ti manda, na nga ti mou maboko na a mbéni zo ti kobela.

CAG COMMENT ÇA SE PASSE?



Moungo wango na da nganga



Moungo méné ti Sango ya IV



Lébéngé yoro ni, si zo ni a mou ti goué na ni na a membre ti CAG



Mbéni zo ti CAG a yéké kanga a yoro so ti goué ti kangbi ni a membre ti CAG



Gouéngé na a yoro na kodro



Bombi ti a membre ti CAG



Annexe 7: Cahiers CAG

7a. Contenu des cahiers CAG

Contenu des cahiers de CAG

NB : Ce document devra être placé en début de cahier afin que le leader du CAG puisse s'y référer à chaque mise à jour.

.....

Nom du CAG:

Veillez utiliser les sujets ci-dessous comme un guide chaque fois que vous mettez à jour le cahier de votre CAG. Le cahier doit être actualisé :

- Mensuellement *ET / QU*
- Après chaque réunion du CAG *ET / QU*
- Quand il y a des problèmes spécifiques à noter.

1. Date de mise à jour/ réunion du CAG :
2. Nombre de membres actifs au moment de la mise à jour :
3. Nombre de nouveaux membres depuis la dernière mise à jour :
4. Nombre de membres ayant quitté le CAG depuis la dernière mise à jour :
5. Raisons pour lesquelles les membres ont quitté le CAG :
Veillez noter le code du patient, le date et la raison.

Défauts
CAG transféré
Zone abandonnée
Décès
Autre
Raison inconnue

6. Nombre de membres présents à cette réunion :
7. Problèmes vécus par les membres du CAG :
Veillez noter librement en considérant les questions suivantes :
 - a. L'adhérence au traitement
 - b. Le statut de la santé
 - c. La sécurité
 - d. Les dynamiques au sein du CAG
 - e. Autres

8. Solutions Proposées ou trouvées :

9. Expériences positives des membres du CAG :
Veillez noter librement en considérant les questions suivantes :
 - a. L'adhérence au traitement
 - b. Le statut de la santé
 - c. La sécurité
 - d. Les dynamiques au sein du CAG
 - e. Autres

Autres observations ou commentaires :

Merci pour la mise à jour du cahier de votre CAG. Si vous avez des questions par rapport à son utilisation, nous vous prions de contacter un/une membre de l'équipe du Ministère de la Santé ou d'appeler Peeters

7b. Fiche d'information au sujet des cahiers CAG

Fiche d'information sur les cahiers des CAG

Date

Nom du CAG Nom du responsable

Notre objectif est de proposer un système de cahiers de CAG pour faciliter la communication entre leaders de CAG et permettre au Ministère de la Santé, avec l'aide de MSF, de les soutenir de la façon la plus adaptée.

Que sont les cahiers des CAG ?
Chaque leader de CAG recevrait un carnet avec un contenu simple à mettre à jour (comme dans l'exemple) régulièrement. Le but est de documenter le statut de chaque CAG, les défis et les expériences positives, ainsi que toutes suggestions pour le futur. Une fois fini, le carnet serait remplacé par un nouveau.

Quel est l'objectif du cahier de CAG ?
L'objectif du cahier est de documenter les expériences de votre CAG :

- Afin que l'équipe du Ministère de la Santé, avec l'aide de MSF, puisse comprendre le statut des CAG et les soutenir de la meilleure des manières.
- Afin d'avoir un rapport du fonctionnement des CAG et de savoir comment ils contribuent à la connaissance et comment ils peuvent être mis en place dans d'autres contextes tels que Zemio.

Quelles sont les responsabilités des leaders des CAG ?
Les leaders des CAG sont chargés de :

- Obtenir l'autorisation des membres du CAG pour documenter leurs expériences dans ces cahiers.
- Mettre à jour le cahier ou alors déléguer cette tâche à un autre membre du groupe :



- Mensuellement et/ou
- Après chaque réunion de CAG et/ou
- Lorsque des problèmes spécifiques se présentent

- Garder le cahier en sécurité
- Communiquer le moindre problème à l'infirmière VIH et/ou le conseiller
- Echanger le cahier pour un nouveau :
 - A chaque prise de médicaments (tous les 6 mois), ou
 - Lorsque le cahier est plein, ou
 - Lorsque le CAG souhaite communiquer des informations spécifiques.

Le choix de tenir un cahier de CAG est entièrement volontaire ; il revient à chaque CAG d'en décider.

Avez-vous de quelques interrogations, problèmes ?
Nous vous prions de contacter un/une membre de l'équipe du Ministère de la Santé ou d'appeler Peeters, l'infirmière VIH de MSF pour.....

Envisagez-vous de tenir un cahier pour votre CAG ?

Oui

Non

Incertain(e)

Une fois que nous aurons répondu à toutes vos questions et que vous estimerez avoir suffisamment d'informations pour prendre une décision, nous vous prions de contacter un représentant MSF ou Ministère de la Santé si vous souhaitez tenir un cahier pour votre CAG.

Nous vous remercions d'avoir pris le temps d'écouter les explications sur notre système de cahiers / d'avoir accepté de tenir un cahier de CAG.

Nom de la personne qui donne l'explication :

Annexe 8: Réunions CAG - Suggestions

À Zemio, les chefs et membres des CAG avaient fait une liste des sujets qu'ils avaient considéré comme importants à traiter en fonction de leur expérience et pour servir de guide aux autres groupes. La liste n'est pas exhaustive et elle est présentée uniquement en tant que suggestion, les groupes devraient être libres de s'organiser au mieux de leurs intérêts.

Au début du groupe:

- **Tous les membres devraient se rencontrer dès le début du CAG** (règle de base)
 - a. Si un nouveau membre rejoint le groupe, planifiez le déroulement de la présentation
- Les membres devraient bien réfléchir au groupe qu'ils aimeraient rejoindre afin d'éviter d'éventuelles difficultés dans l'avenir. Tout changement doit être communiqué à la clinique (MSPP/MSF)
- Les membres devraient être conscients que s'ils ne se rendent pas à leur réunion mensuelle, il sera plus compliqué pour eux de recevoir leurs médicaments puisque les cartes de santé et les plans médicamenteux sont gérés à cette occasion (réunion).
 - a. Si, une personne ne se rend pas à la réunion, le groupe doit se mettre d'accord sur la façon dont le ramassage de la carte de santé et la livraison des médicaments de ce membre auront lieu.
- Discutez et décidez s'il y aura un fond commun pour le ramassage des médicaments des 6 mois.

Sujets:

- Chaque membre partage ses expériences et offre un soutien mutuel
 - a. Au sujet du statut général de la santé
 - b. Au sujet des défis auxquels il faut faire face
 - c. Comment prennent-ils leurs médicaments et problèmes d'adhésion
- Offrez un soutien mutuel au sujet des problèmes d'alcool et de tabac
- Discussion générale de santé sur la façon de prévenir les maladies
- Signification de la charge virale et pourquoi elle est importante
- Soutien à l'adhésion pour les patients ayant une charge virale élevée
 - a. Les membres avec une charge virale indétectable peuvent servir de modèles au reste du groupe
- Les femmes enceintes et allaitantes ainsi que les enfants sont connus
 - a. Le groupe encourage et soutien leur traitement
 - b. Les femmes sont encouragées à accoucher dans un établissement médical et de commencer à donner le sirop névirapine au bébé directement après sa naissance
 - c. Aide pour une pesée régulière des enfants
 - i. Si l'enfant perd rapidement du poids, il est important d'en informer la clinique
 - ii. Il faudrait veiller à pouvoir peser au moins avant le ramassage des médicaments des 6 mois

Rencontres:

- Si nécessaire, des visites de courtoisie à d'autres membres sont encouragées
- Les responsables (ou autre personne désignée) devraient connaître les dates des consultations de chaque membre
 - a. Rappeler les rendez-vous médicaux et demander à être ponctuel est de la responsabilité du groupe
- Les responsables (ou autre personne désignée) devraient informer les autres membres de toute situation urgente et ordonner une séance extraordinaire si nécessaire

Annexe 9: Sensibilisation et formations

Au début du processus de mise en œuvre, les travailleurs de la santé devraient être formés sur la façon d'utiliser le modèle CAG/PFT (boîte à outils). Le module de la formation devrait contenir le contenu suivant:

9.1. Sensibilisation

Cible: Chaque PVVIH

Où: Rencontres des groupes de soutien de la clinique

Quand: Avant la formation des CAG (ex: pendant la collecte des échantillons de la CV) + jour d'activation CAG

- Explication du modèle communautaire des soins et avantages des CAG (Dépliants CAG, annexe 6)
- Discussion et critère d'éligibilité pour joindre un CAG

- Interprétation des résultats de la charge virale et importance de l'adhésion au TAR
- Comment les patients instables/nouveaux patients sont suivis avant de rejoindre le CAG
- Partage d'expériences entre les patients
- Formation sur l'importance du partage d'informations et sur la meilleure façon d'utiliser les cahiers
- Importance de la sensibilisation
- Distribution des dépliants en Sango et en Français
- Plan suivant pour l'activation des CAG

Points additionnels pour les responsables CAG

- Discussion sur la meilleure façon de gérer les CAG
- Discussion au sujet de la gestion des patients avec une charge virale élevée et comment promouvoir l'adhérence au traitement
- Aspects clés de la pharmacie, maternité et promotion de la santé en lien avec le VIH/CAG
- Formation détaillée sur la façon de remplir les cahiers fournis aux responsables d'équipe

Après la mise en œuvre (ex. lors du ramassage des médicaments des 6 mois ou de la consultation annuelle)

- Les responsables des CAG partagent leur expérience
- Discussion sur la meilleure façon de gérer/diriger les CAG
- Rafrâichissement des aspects clés de la promotion en pharmacie, maternité et santé en lien avec le VIH/CAG

9.2. Formation sur la boîte à outils CAG/PFT

Cible: personnel de santé exerçant des activités en lien avec le CAG/PFT (infirmier, conseiller, Reco/équipe de promotion de la santé, laboratoire, maternité, pharmacie...)

Pour le personnel de santé ne participant pas directement au CAG/PFT (ex. OPD, IPD, programme nutritionnel)

Où: Clinique

Quand: Avant que le CAG soit formé

- Formation générale sur la boîte à outils CAG/PFT
 - o Que sont les CAG/PFT
 - o Bénéfices des CAG
 - o Objectifs du modèle CAG
 - o Comment mettre en œuvre
 - o Formations des CAG
 - o Critères d'éligibilité
 - o Comment les CAG fonctionnent
 - o Comment les PFT fonctionnent
 - o Défis
 - o Importance du recueillement des données et de la communication entre les différents services

- Comment remplir les formulaires et registres de collecte des données (uniquement pour le personnel des CAG/PFT concerné)
- Sujet général du VIH
 - Traitement ARV
 - Gestion des tests de CV et PCR
 - Conseils et adhésion

Annexe 10: Surveillance et évaluation

La collecte et l'analyse des données sont essentielles pour permettre au programme de déterminer si, les objectifs ont été atteints et les résultats obtenus. Les indicateurs permettent d'aider à comprendre ce qui s'est passé ou ce qui a changé avec la mise en œuvre et également de comprendre comment ces changements ont eu lieu. Cela permet au programme d'ajuster certains points afin d'améliorer sa mise en œuvre et d'assurer une bonne qualité.

Le tableau 10.1 montre des exemples d'indicateurs pouvant être utilisés pour évaluer le programme CAG/PFT.

Indicateurs du tableau 10.1 pour le programme CAG/PFT

Indicateur	Description de l'indicateur	Objectif
Rétention dans les soins à 12 mois parmi les patients dans les CAG	Nombre de patients étant encore actifs dans les CAG 12 mois après inscription divisé par le nombre total de patients inscrits dans les CAG 12 mois avant la période de rapport (*100)	> 95%
Rétention générale dans les soins parmi les patients dans les CAG	Nombre de patients actifs dans les CAG à la fin de la période (12 mois) divisé par le nombre total de patients inscrits dans les CAG depuis le début du programme (*100)	> 95%
Rétention de 12 mois de soins parmi les patients dans les PFT	Nombre de patients actifs dans les PFT 12 mois après inscription divisé par le nombre total des patients inscrits dans les PFT 12 mois avant la période de rapport (*100)	> 95%
Rétention totale dans les soins parmi les patients dans les PFT	Nombre de patients actifs dans les PFT à la fin de la période (12 mois) divisé par le nombre total de patients inscrits dans les PFT depuis le début du programme (*100)	
Suppression de la VL parmi les patients CAG	Nombre de patients actifs dans les CAG ayant une suppression de la charge virale (CV < 1000 copies/ml) divisé par le nombre total de patient avec une charge virale mesurée (*100)	> 90%

	Pourcentage des patients CAG sans mesure de la CV.	
Suppression de la VL parmi les patients PFT	<p>Nombre de patients actifs dans les PFT ayant une charge virales supprimée (CV < 1000 copies/ml) divisé par le nombre total de patients avec une charge virale mesurée (*100)</p> <p>Pourcentage des patients PFT sans mesure de la CV.</p>	> 90%
Taux de mortalité parmi les patients CAG	<p>Nombre de patients décédés alors qu'ils faisaient partie de CAG sur une période de</p> <ul style="list-style-type: none"> - 12 mois - 24 mois - 36 mois, depuis l'inscription <p>Divisé par le nombre total de patients depuis l'inscription</p>	<p>< 5% en 12 mois</p> <p>< 10% en 24 mois</p> <p>< 15% en 36 mois</p>
Taux de mortalité parmi les patients PFT	<p>Nombre de patients décédés alors qu'ils faisaient partie de PFT sur une période de</p> <ul style="list-style-type: none"> - 12 mois - 24 mois - 36 mois, depuis l'inscription <p>Divisé par le nombre total de patients depuis l'inscription</p>	<p>< 5% en 12 mois</p> <p>< 10% en 24 mois</p> <p>< 15% en 36 mois</p>
Supervision mensuelle à distance du groupe de travail	Nombre de rapports mensuels complets reçus par projet	≥ 12 (1/mois)
Réunions mensuelles CAG	Nombre de réunions organisées dans la communauté et auxquelles les membres du CAG se rendent sur une période de 12 mois	≥ 12
Taux de participation aux réunions CAG	<p>Somme de tous les pourcentages de participation à chaque réunion CAG planifiée divisée par le nombre de réunions sur une période de 12 mois.</p> <p>Pourcentage de participation ((# patients présent/ #CAG) membres (*100))</p>	> 80%
Rupture des stocks durant la période (12 mois)	<p>Rupture des médicaments au point de livraison durant les 12 mois précédents</p> <p><i>Rupture - définie comme l'absence complète des médicaments nécessaires durant plus d'une semaine</i></p>	0 (zéro)

Statut de départ du groupe	a) Pourcentage des patients devant être inscrits au PFT avec une CV initiale de ≤ 1000 copies/ml b) Pourcentage des patients devant être inscrits aux CAG avec une CV initiale de ≤ 1000 copies/ml	
----------------------------	---	--

10.1. Collecte des données à la base de référence:

Avant la mise en œuvre du modèle de soins différentie (les informations relatives aux patients sont recueillies à partir des outils de mesure, dossiers des patients et registres). Les informations suivantes devraient être enregistrées dans la base de données des CAG au début du programme:

ID, sexe, date de naissance, âge (en années), méthode d'entrée (IPD, OPD, PTPE, transfert, tuberculose, autre), programme (général, PMTCT, tuberculose), sur ART (oui/non), ART - date du commencement, statut de groupe, date du changement de statut, cause du décès, commentaires au sujet du décès, premier test de la CV, date du test de la CV, poids au commencement, TB, code TB, date de la dernière consultation, date de la prochaine consultation

10.2. Formulaire CAG

Objectif: le formulaire CAG fait office de document principal pour les équipes durant la formation des CAG, l'allocation aux groupes et la surveillance des CAG au niveau de l'établissement.

Chargés de le remplir: consultant/infirmier à la clinique VIH/conseiller après consultation avec les responsables et patients CAG.

Quand doit-il être rempli: durant la formation et l'activation des CAG. Mises à jour tout au long de la durée du programme

Nom de CAG:

CAG No:

Président:

Date d'activation								
Le groupe communautaire ARV du Centre de Santé de Boguila (BOG-CAGs)								
<i>Donner l'information sur le CAGs</i>								
Axe								
Village								
Quartier								
Distance à partir de Boguila								
Nom du prochain patient qui retirera les médicaments lors du prochain rendez-vous								
Date du prochain retrait de médicament								
Date de rendez-vous pour consultation de tous les membres du groupe								
Fréquence de retrait de médicament						6 mois		
Fréquence de réunion du groupe avec tous ses membres						Une fois par mois		
La place de la réunion								
Information des patients dans les CAGs								
No.	Code	Nom et Prénom	Bon statut clinique?: (Oui/Non - spécifié)	Résultat de la première CV (date)	Résultat de la deuxième CV (date)	Régime	Date d'entrée dans le CAG	Date de sortie du CAG (raison)

10.3. Formulaire de distribution ARV

Objectif: Le formulaire de distribution d'ARV a pour objectif de suivre la distribution d'ARV à des patients stables du programme.

Responsables pour le remplir: Pharmacien/personne responsable de dispenser les médicaments

10.6. Formulaire du CAG et du patient

Objectif: Le formulaire du CAG et du patient a pour but de surveiller les changements dans le programme PFT/CAG (nouveaux patients rejoignant le programme, se déplaçant au sein du programme - CAG-CAG, CAG-PFT, PFT-CAG, se déplaçant entre les programmes (PTPE, General, TB), les changements dans le statut de groupe du patient ou dans les données individuelles) et de fournir des mises à jour sur le statut du patient lors du ramassage des médicaments

Chargés de le remplir: Consultant/Infirmiers à la clinique VIH/Conseiller/Pharmacien

Quand doit-il être rempli: chaque semaine

FOSA:

Date de rapport: ____/____/____

SEMAINE: ____

FICHE DE SUIVI ET MIS A JOUR DES PATIENTS CAG/PFT																				
N	Date	Code	Sexe (M/F)	Age (Ann)	Méthode_Entrée (PT, CAG, PFT, Tuberculose, CAC, Tuberculose, Autre)	Programme (General, PFT, TB)	TB (Oui/Non)	TB Code	TAR_Date _Debut	Statut_TAR (Oui/Non)	Statut_Cohorte (Actif, perdu de vue, décès, transféré, AC, AOP)	Date_changement_status	Cause de décès	Commentaire - information de décès	Modèle (CAG ou PFT)	Date d'entrée du modèle	CAG_Nom	Origine_Patient	CAG_Constante nom (ou/et)	Commentaire

10.8. Registre pour le dépistage et le diagnostic de l'infection par le VIH

DEPISTAGE											
N°	Date	Code	Sexe (M/F)	Age (Ans)	Origine Patient	Program (General, PTME)	TDR (interim, finale) pour enfant	TDR 1 (Determine) Résultat	TDR 2 (UniGold) Résultat	Date PCR	PCR Résultat

10.9. Registre de surveillance des patients avec une charge virale élevée

N°	Code	Date	Nom et Prénom	Age (Ans)	Sexe (M/F)	CV_1 date	Résultat CV_1 (Mettez juste la valeur)	Poids (kg)	Observations (IOs, si TB - Code TB, Stade Clinique)	Date RDV	Date 2° RDV	Poids (kg)	Observations (IOs, si TB - Code TB, Stade Clinique)	Date RDV	Date 3° RDV	CV_2 date	Résultat CV_2 (Mettez juste la valeur)	Poids (kg)	Observations (IOs, si TB - Code TB, Stade Clinique)	Changement régime (Oui/Non)	Régime	Date d'entrée du modèle	Modèle (CAG/PFT)	CAG_Nom (No)	

10.10. Registre de rendez-vous pour remplissages d'ARV et consultation annuelle

Les registres du MSSP devraient être utilisés et complétés.

10.11. Carte de santé du patient

La carte de santé nationale TAR utilisée en RCA outre les informations du patient (numéro ID, nom et prénom, âge, sexe, adresse, numéro de téléphone, régime initial d'ARV, CTM - oui/non, allergie, TB - oui/non, date) contient suffisamment d'espace pour inclure les informations de 19 visites du patient (date de visite CV, résultat de CV, date du rendez-vous du test CV, date de visite, poids, traitement - régime actuel et prophylaxie, observations, date du prochain rendez-vous)

Les informations ajoutées: PFT ou nom du CAG et spécification du type de visite - recharge d'ART ou consultation.

Références

1. UNAIDS 2017 (<http://www.unaids.org/en/regionscountries/countries/centralafricanrepublic/>)
2. MSF Prestation d'ART différenciée (toolkit CAG) (<https://samumsf.org/en/resources/hiv/differentiated-art-delivery>)
3. OMS 2016, lignes directrices consolidées sur l'utilisation des médicaments antirétroviraux dans le traitement et prévention des infections au VIH. (<http://www.who.int/hiv/pub/arv/arv-2016/en/>)