

# COMPRENDRE LES LACUNES DANS LE CONTINUUM DE SOINS DU VIH DANS 11 PAYS D'AFRIQUE DE L'OUEST

Conclusions de l'Observatoire régional communautaire  
sur le traitement de l'ITPC

JUIN 2019

L'Observatoire régional communautaire sur le traitement en Afrique de l'Ouest (ORCT-AO) est un consortium dirigé par l'International Treatment Preparedness Coalition (ITPC) et ITPC West Africa. Le projet vise à accroître l'accès au traitement optimal du VIH dans 11 pays d'Afrique de l'Ouest grâce au suivi systématique des services par les réseaux nationaux de personnes vivant avec le VIH. Soutenu par le Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme, l'ORCT-AO collecte et analyse des données sur la disponibilité, **l'accessibilité, l'acceptabilité, le caractère abordable** et la **pertinence** des soins et des services liés au VIH. Le projet met particulièrement l'accent sur l'accès aux services de lutte contre le VIH et la qualité de ces services pour cinq populations prioritaires : les femmes enceintes, les jeunes, les hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes, les consommateurs de drogues injectables et les professionnels du sexe.

## Disponibilité

L'ORCT-AO a documenté la fréquence des ruptures de stock le long de la cascade à 8,8 % pour les kits de dépistage du VIH, 23,4 % pour les ARV et 17,2 % pour les tests de charge virale (Tableau 2). Les ruptures de stock d'ARV étaient les plus fréquentes au Libéria et au Togo (47,4 % et 46,7 % respectivement), et les moins importantes au Bénin (0 %) et au Ghana (10,3 %). En moyenne, les ruptures de stock ont duré 40,5 jours. Dans le cas le plus extrême, un établissement de santé de Côte d'Ivoire a signalé une rupture de stock de ténofovir et de lamivudine durant **près de 7 mois**. Dans les pays où les ruptures de stock d'ARV étaient plus fréquentes, les taux d'initiation du TAR étaient plus faibles ( $r = -.876, p < .05$ ).

**TABLEAU 1. Fréquence des ruptures de stock enregistrées dans les établissements de santé de l'ORCT-AO (janvier à juin 2018)**

Données qualitatives (juillet 2017 - juin 2018)	
ENTRETIENS AUPRÈS D'INTERVENANTS CLÉS	279
GROUPES DE DISCUSSION	110
Données quantitatives (janvier à juin 2018)	
NOMBRE TOTAL DE PAYS DANS L'ORCT-AO	11
NOMBRE TOTAL D'ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ SURVEILLÉS	103
<ul style="list-style-type: none"> <li><span style="color: #c4582d;">■</span> Bénin</li> <li><span style="color: #c4582d;">■</span> Côte d'Ivoire</li> <li><span style="color: #c4582d;">■</span> Gambie</li> <li><span style="color: #c4582d;">■</span> Ghana</li> <li><span style="color: #c4582d;">■</span> Guinée</li> <li><span style="color: #c4582d;">■</span> Guinea-Bissau</li> <li><span style="color: #c4582d;">■</span> Liberia</li> <li><span style="color: #c4582d;">■</span> Mali</li> <li><span style="color: #c4582d;">■</span> Sénégal</li> <li><span style="color: #c4582d;">■</span> Sierra Leone</li> <li><span style="color: #c4582d;">■</span> Togo</li> </ul>	3 19 13 7 13 2 6 5 16 20 11
# DE TESTS DE DÉPISTAGE DU VIH RÉALISÉS DANS LES ÉTABLISSEMENTS DE L'ORCT-AO	161,607
# DE PERSONNES SOUS TAR DANS LES ÉTABLISSEMENTS DE L'ORCT-AO	81,817
# DE TESTS DE CHARGE VIRALE EFFECTUÉS DANS LES ÉTABLISSEMENTS DE L'ORCT-AO	16,491
# DE JEUNES (ÂGÉS DE 15 À 24 ANS) ATTEINTS DANS LES ÉTABLISSEMENTS DE L'ORCT-AO	15,442
<ul style="list-style-type: none"> <li><span style="color: #c4582d;">■</span> Homme</li> <li><span style="color: #c4582d;">■</span> Femme</li> </ul>	4,877 10,565
# DE POPULATIONS CLÉS ATTEINTES DANS LES ÉTABLISSEMENTS DE L'ORCT-AO	9 357
<ul style="list-style-type: none"> <li><span style="color: #c4582d;">■</span> HSH</li> <li><span style="color: #c4582d;">■</span> PS</li> <li><span style="color: #c4582d;">■</span> CDI</li> </ul>	2,077 6,491 789

**TABLEAU 2. Fréquence des ruptures de stock enregistrées dans les établissements de santé de l'ORCT-AO (janvier à juin 2018)**

PAYS	RUPTURE DE STOCK DES KITS DE DÉPISTAGE VIH	RUPTURE DE STOCK D'ANTIRÉTROVIRAUX	RUPTURE DE STOCK DE FOURNITURES DE LABORATOIRE POUR LA CHARGE VIRALE
	% moyen des visites dans les établissements de santé où des ruptures de stock ont été enregistrées (IC à 95 %)		
Tous les pays	8,8 (6,4-11,2)	23,4 (19,8-27,0)	17,2 (14,0-20,4)
Bénin	0,0 (0,0-0,0)	0,0 (0,0-0,0)	16,7 (0,0-38,7)
Côte d'Ivoire	2,9 (0,0-6,1)	13,3 (6,8-19,8)	0,0 (0,0-0,0)
Gambie	0,0 (0,0-0,0)	16,2 (7,4-24,9)	50,0 (38,0-62,0)
Ghana	2,6 (0,0-7,7)	10,3 (0,7-19,8)	0,0 (0,0-0,0)
Guinée	45,5 (32,2-58,7)	34,5 (21,9-47,2)	54,5 (41,2-67,8)
Guinea-Bissau	8,3 (0,0-24,7)	16,7 (0,0-38,7)	0,0 (0,0-0,0)
Liberia	5,3 (0,0-12,4)	47,4 (31,3-63,4)	7,9 (0,0-16,5)
Mali	16,7 (0,0-34,0)	22,2 (2,9-41,6)	5,6 (0,0-16,2)
Sénégal	12,7 (3,9-21,5)	21,8 (10,9-32,8)	20,0 (9,4-30,6)
Sierra Leone	5,5 (0,8-10,2)	23,1 (14,4-31,7)	5,5 (0,8-10,2)
Togo	0,0 (0,0-0,0)	46,7 (32,0-61,4)	13,3 (3,4-23,3)

## Accessibilité

Les données qualitatives de l'ORCT-AO mettent en évidence l'accessibilité des services de dépistage du VIH comme un obstacle majeur à leur utilisation.

Plus du tiers des répondants (35 %) parmi les 289 entretiens et groupes de discussions ont déclaré que les longues distances à parcourir pour se rendre aux centres de santé où est effectué le test de dépistage sont la principale raison de la non utilisation de ce service (Schéma 1).

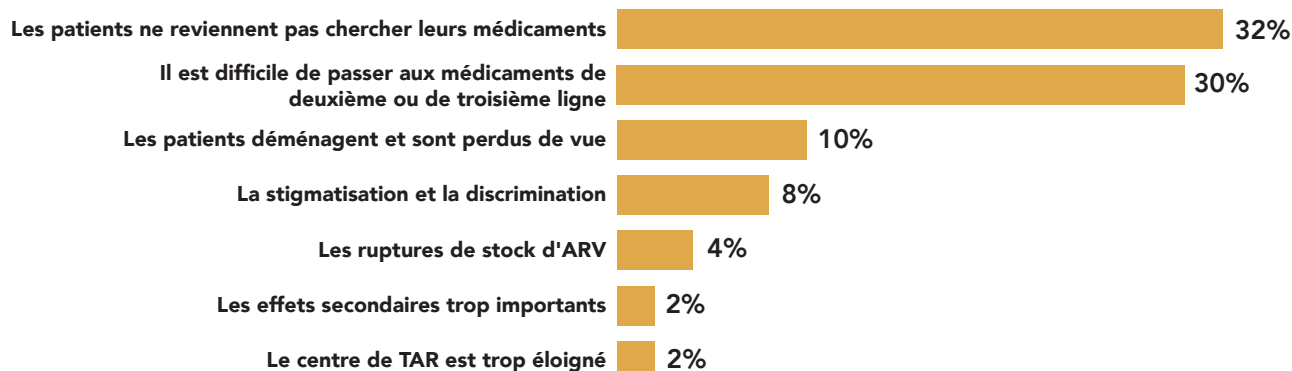
Pour ceux ayant utilisé les services de dépistage, il y avait un taux élevé d'orientation vers les services de prise en charge et d'initiation du traitement dans les établissements de l'ORCT-AO. Entre avril et juin 2018, 4 692 personnes ont été dépistées séropositives et 4 354 ont été mises sous traitement antirétroviral. Les taux d'initiation du traitement étaient plus bas chez les HSH (89 % ; n = 85/95), les professionnels du sexe (78 % ; n = 76/98) et les jeunes (72 % ; n = 300/414). Les mécanismes d'orientation variaient également selon les pays. En Sierra Leone, où le dépistage et le traitement n'ont débuté qu'en 2018, 905 personnes ont été dépistées séropositives et 647 ont été mises sous TAR (71 %). Au Libéria, où le

dépistage et le traitement n'ont pas encore déployés pour toutes les populations, 1 086 personnes ont été dépistées séropositives et 521 ont été mises sous traitement (48 %).

Comme pour les services de dépistage du VIH, les longues distances à parcourir pour se rendre dans les établissements de santé étaient la principale raison citée pour ne pas avoir accès au TAR (32 %), suivi des effets secondaires (30 %) et des ruptures de stock d'ARV (10 %) (Schéma 2).

Une fois le TAR initié, les données de l'ORCT-AO mettent en évidence un écart important en termes d'accès aux tests de charge virale. Parmi les 81 817 personnes sous traitement antirétroviral dans les établissements de l'ORCT-AO, seuls 16 491 tests de charge virale ont été effectués au cours de la période de six mois. Parmi ceux-ci, moins de la moitié (48 % ; n = 7 960) avaient atteint la suppression virale (<1000 copies/ml).

## SCHÉMA 1. Raisons invoquées pour ne pas avoir reçu de TAR, juillet 2017-juin 2018 (n = 321 entretiens/discussions de groupe)



## Acceptabilité

Les données de l'ORCT-AO montrent que plus d'un tiers des personnes consultées lors des entretiens et des groupes de discussion n'ont pas accordé de note supérieure à 3 sur 5 à la qualité de la prestation de service dans l'établissement de santé concerné. La qualité des soins était la plus faible en Sierra Leone (3,40/5,00) et la plus haute au Mali (5,00/5,00). La qualité des soins était la plus faible chez les HSH (3,16/5,00) et la plus haute chez les professionnels du sexe et les femmes enceintes (4,00/5,00). Les jeunes femmes âgées de 15 à 24 ans ont noté la qualité des soins à un niveau légèrement inférieur à celui des hommes (3,73/5,00 contre 3,86/5,00).

« L'établissement, comme dit précédemment, se porte bien après l'intervention de l'ITPC. Ils ont déclaré que les HSH étaient bien reçus depuis que l'un de leurs membres travaille dans l'établissement. Cela leur a donné espoir car il les aide à obtenir leurs services »

— Le répondant a attribué une note de « 5 » à la qualité du service, **Gambie**.



## Caractère Abordable

Malgré des dépenses de santé élevées à la charge des patients en Afrique de l'Ouest, le caractère abordable des services n'est pas cité comme un obstacle majeur à l'accès aux établissements de santé surveillés par l'ORCT-AO. Parmi les 334 entretiens et groupes de discussion, le paiement a été cité comme un obstacle par 2 % des répondants pour les services de dépistage du

VIH, 5 % pour le TAR et 3 % pour les services de test de charge virale. Il s'agit là d'une constatation déconcertante, que l'ORCT-AO explorera davantage lors des groupes de discussion organisés au cours de la deuxième année de la collecte de données.



## Pertinence

Les données de l'ORCT-AO permettent de déterminer si les services de santé fournis sont ciblés et adaptés aux populations clés et vulnérables les plus nécessiteuses. Malgré l'engagement pris par les pays dans la Déclaration de Dakar de renforcer les informations stratégiques sur les populations clés, seulement 38 des 103 établissements (37 %) de l'ORCT-OA communiquent des données pour au moins une population clé.

Seize pour cent de toutes les personnes dépistées séropositives dans ces établissements de l'ORCT-AO entre avril et juin 2018 étaient des HSH, des professionnels du sexe, des CDI et des jeunes âgés de 15 à 24 ans. Pourtant, en juin 2018, ces groupes ne représentaient que 7 % des PVVIH sous TAR dans ces mêmes établissements (Schéma 3). Ces données mettent en évidence un obstacle disproportionné concernant

For me, a test requires a payment and it is very expensive if you want to know the information on your viral load. The doctor says 'soon there is failure or lack of reagent' [to justify charging].

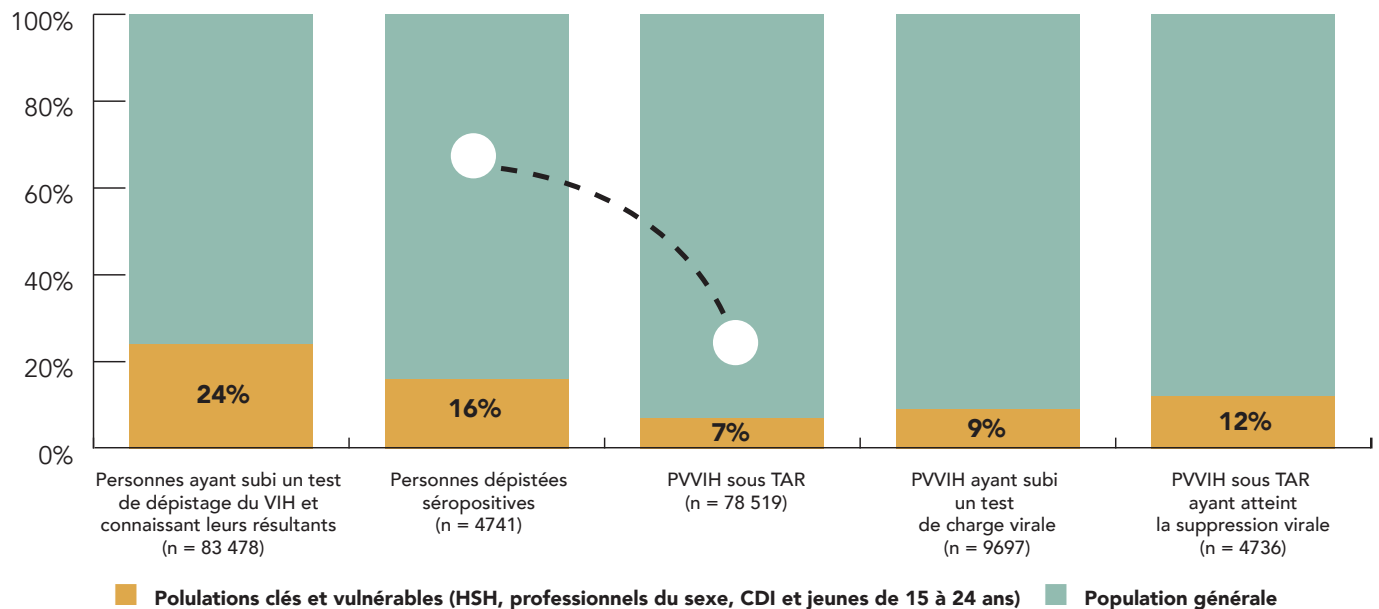
— Point focal PTME chez les sages-femmes, **Mali**, Centre de santé CHU GT

1 Remarque : bien que l'ORCT-AO ne dispose pas de données sur l'initiation du traitement antirétroviral chez des individus spécifiques, ces chiffres indiquent qu'il est peu probable que la recommandation de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) de réaliser un test de charge virale tous les douze mois pour les patients stables soit mise en oeuvre.

l'accès au traitement pour les populations clés et vulnérables vivant avec le VIH. Les sous-analyses des données qualitatives de l'ORCT-AO montrent que les populations clés et vulnérables sont confrontées à des obstacles en matière d'accès différents de ceux de la population générale. Parmi les 13 groupes de discussion avec des jeunes, les questions de confidentialité et de

respect de la vie privée sont apparues comme l'une des principales raisons de ne pas recourir au traitement antirétroviral. Parmi les 19 groupes de discussion organisés avec les HSH, les professionnels du sexe et les CDI, la peur de la stigmatisation et de la discrimination est apparue comme l'une des principales raisons.

**SCHÉMA 2. Populations clés et vulnérables atteintes le long de la cascade, proportionnellement à toutes les personnes atteintes dans les établissements de santé de l'ORCT-AO (avril-juin 2018)**



## Opportunités De Plaidoyer

### A l'horizon 2020, 90% des personnes vivant avec le VIH connaissent leur statut sérologique

- Élargir la disponibilité des options de dépistage du VIH hors établissements, y compris les SDV dirigés par et basés dans les communautés.
- Intensifier les campagnes de communication et de sensibilisation sur le VIH pour augmenter la demande de SDV.
- Inclure des activités chiffrées de promotion et de protection des droits humains des PVIH et des populations clés dans les plans nationaux.

### A l'horizon 2020, 90% de toutes les personnes infectées par le VIH dépistées reçoivent un traitement anti rétroviral durable.

- Améliorer la communication tout au long de la chaîne d'approvisionnement pour prévenir les ruptures de stock d'antirétroviraux.
- Renforcer la relation entre les soins et les traitements et la rétention dans ces services, en

particulier pour les populations clés et vulnérables.

- Renforcer les systèmes et les réponses communautaires pour soutenir le déploiement de la prestation de services différenciés.

### A l'horizon 2020, 90% des personnes recevant un traitement antirétroviral ont une charge virale durablement supprimée

- Augmenter le financement pour assurer la disponibilité d'appareils de détection de la charge virale et de fournitures de laboratoire adéquates.
- Améliorer les connaissances des PVIH et des travailleurs de la santé pour accroître la demande de services de test de charge virale.
- Assurer un suivi efficace du traitement grâce à des délais acceptables pour l'obtention des résultats des tests de charge virale.