

Guide pour les Groupes communautaires TAR

Comment mettre en place le modèle GCT

Faciliter l'accès au traitement antirétroviral



Unité d'analyse et de plaidoyer de MSF (AAU),
avec l'Unité médicale d'Afrique australe (SAMU)

Building 20-303 A&B, Waverley Business Park
Wyecroft Road, Mowbray, Cape Town,
South Africa
Tel: +27 21 448 3101/1058
www.samumsf.org

SAMU
SOUTHERN AFRICA MEDICAL UNIT

avril 2014

**MEDECINS SANS FRONTIERES**
DOCTORS WITHOUT BORDERS



Table des matières

Glossaire	2
Partie 1 : Comprendre les GCT d'un coup d'œil	3
1. Pourquoi nous avons besoin des GCT	3
2. Le fonctionnement des GCT	4
3. Les avantages des GCT	5
4. Les défis liés aux GCT	6
Partie 2 : Mettre en place les GCT dans les établissements médicaux	7
1. Analyser la situation	9
2. Impliquer des réseaux de personnes vivant avec le virus du SIDA	10
3. Définir les rôles et les responsabilités	12
4. Définir les critères d'éligibilité pour les GCT	14
5. Définir un système de réorientation vers les soins en établissement médical	14
6. Définir le calendrier annuel des visites de GCT	17
7. Préparer les agents de santé	17
8. Promouvoir les GCT chez les patients	18
9. Vérifier les critères et constituer les GCT	19
10. Former les membres des GCT	20
11. Déroulement de la journée de collecte des ARV	22
12. Suivre les GCT	23
13. Identifier et soutenir les GCT problématiques	23
Liste des annexes et documents en ligne	23

Glossaire

TAR	Traitement antirétroviral	IO	Infection opportuniste
GCT	Groupe communautaire TAR	PVVIH	Personne vivant avec le VIH
ADS	Agent de santé	ADSC	Agent de santé communautaire
MdS	Ministère de la Santé	CV	Charge virale
AM	Assistant médical		

Plus d'informations sur les autres modèles sont disponibles dans les rapports MSF "Are we closer to home?" et "ART Adherence Club Toolkit".
Voir www.samumfsf.org/resources www.samumfsf.org/resources/toolkit-cag/

Comprendre les GCT d'un coup d'œil

1. POURQUOI NOUS AVONS BESOIN DES GCT

Malgré le développement rapide du traitement antirétroviral (TAR), les patients sont encore confrontés à des problèmes pour accéder au traitement. Parallèlement, les systèmes de santé luttent pour fournir des soins à un nombre croissant de patients sous TAR.

Un certain nombre de mesures centrées sur la clinique et/ou la communauté, telles que la décentralisation des services vers les centres de santé et les postes de santé, qui fournissent de plus grandes quantités de médicaments aux patients et optent pour une procédure accélérée d'approvisionnement, les clubs d'observance et les points de distribution communautaires, ont été mises en place afin de soulager les agents de santé et les patients. Les GCT sont une des stratégies pour la distribution du TAR, des patients stables organisés en groupes se relayent chaque mois pour se rendre au centre de santé. Ils y reçoivent leur consultation médicale et collectent les antirétroviraux des autres membres du groupe, tout en se supportant l'observance au traitement de chacun. Pour choisir le modèle le plus approprié, il faudra prendre en compte la situation ainsi que tout une série de facteurs, parmi lesquels : les problèmes personnels des patients, le niveau de décentralisation actuel, la prévalence du VIH, la capacité des services de santé, et, dans certains cas, les problèmes réglementaires ou logistiques liés à la distribution du TAR.

Ce guide se destine aux responsables, qui après évaluation de leur situation, ont décidé que les GCT serait la solution la plus appropriée dans leur contexte. Le guide propose des outils pratiques qui peuvent être adaptés en fonction des situations.

"... Beaucoup de personnes ont perdu la vie car si une personne est trop faible pour se rendre au centre de santé, personne n'est là pour l'aider. La personne habite peut-être à 45km du centre de santé. C'est loin. Et il irait seul chercher les médicaments, affaibli, sans rien ni personne pour l'aider..."

Responsable GCT de la région excentrée¹

"Nous ne visitons le poste de santé qu'une fois par mois. Les patients sont nombreux et ils attendent notre arrivée depuis tôt le matin. La pression est forte."

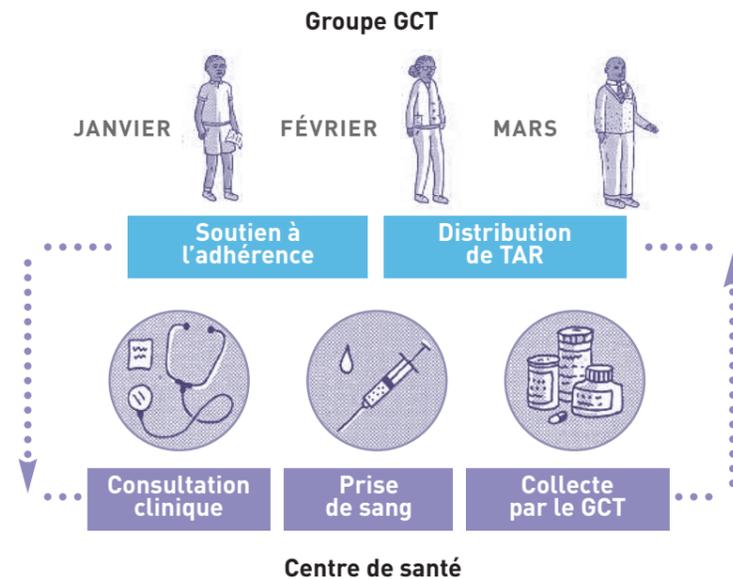
Infirmière, Lesotho



1. Rasschaert F, Telfer B, Lessitala F, Decroo T, Candrinho B, Mbofana F, Martinez D, Mondlane V, Maikere J, Biot M. The dynamic and impact of the Community-based Antiretroviral distribution model in Tete Province, Mozambique; Findings of a qualitative research. ICASA 2013, A2429592...

2. LE FONCTIONNEMENT DES GCT

Les GCT sont des groupes constitués de patients stables sous TAR qui effectuent des roulements pour assister aux examens cliniques et aux tests sanguins au centre de santé, tout en récupérant les médicaments pour eux-mêmes et pour le reste du groupe. Le GCT permet aux membres du groupe d'avoir accès au TAR et constitue une source de soutien social.



Tous les mois, ou tous les trois mois, les étapes suivantes sont à respecter :

ÉTAPE 1 Réunion du GCT dans la communauté avant la collecte du TAR par le représentant du groupe

Les patients se rencontrent au domicile d'un membre du GCT pour faire un compte-rendu de leur observance et de leur santé et pour discuter de problèmes du quotidien. Les membres choisissent un représentant, ou un membre est désigné en fonction de la date à laquelle il doit faire son test sanguin, pour aller chercher les médicaments pour le reste du groupe à la clinique.

ÉTAPE 2 Le représentant du GCT fait le compte-rendu au centre de santé

Le représentant du GCT se rend à la clinique pour un examen clinique et des tests sanguins. Le représentant effectue un compte-rendu de l'observance et de la santé des autres membres à la clinique et collecte les médicaments pour tous les membres du groupe.

ÉTAPE 3 Réunion du GCT après collecte du TAR dès le retour du représentant du groupe

Le groupe se réunit à la même date que le réapprovisionnement du TAR au domicile d'un des membres ou dans un autre endroit dans la communauté, où le représentant du groupe distribue les médicaments à chaque membre du GCT.

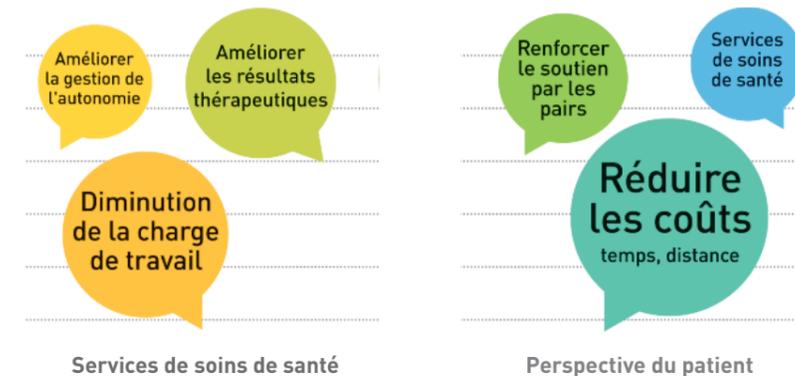
Jusqu'à maintenant, les GCT ont été constitués par des patients stables sous TAR. La définition de stable change selon les sites et quelques exemples sont donnés dans le guide d'application. Les GCT sont actuellement à l'essai pour étendre leur application aux patients non-stables sous TAR ainsi qu'à des groupes spécifiques comme les femmes enceintes, les adolescents et les patients sous pré-TAR.

3. LES AVANTAGES DES GCT

Les Groupes Communautaires TAR (GCT) facilitent l'accès aux médicaments pour les patients en réduisant la perte de temps et d'argent liée aux visites fréquentes à la clinique. Les GCT favorisent le soutien mutuel au niveau de la communauté, ce qui améliore le lien social entre les patients et qui permet de réduire la stigmatisation. Ils créent un engagement plus fort de la part de la communauté dans le domaine du traitement du VIH, car les patients jouent un rôle essentiel dans la distribution du TAR dans leurs communautés. De plus, les groupes organisés de patients peuvent créer un mécanisme de responsabilité mutuelle avec le système de santé, en exigeant des services adaptés et de qualité.

Les GCT réduisent la charge de travail des agents de santé déjà débordés en réduisant le nombre de patients se rendant personnellement à la clinique tout en obtenant des résultats positifs sur la santé des patients. Le principe du GCT incite également le patient à l'autogestion et à l'indépendance envers le service de santé.

Présentation des avantages des GCT



"J'ai découvert que nous nous aidons mutuellement, nous avons tendance à nous aimer les uns les autres et que nous travaillons ensemble. Comme ça, si quelqu'un ne prend pas bien son traitement, nous pouvons l'aider."

Membre d'un GCT, Lesotho

Rétention dans les soins en GCT

Dans la région de Tete au Mozambique, plus de 6 000 patients ont rejoints des GCT depuis 2008. Une analyse de cohorte a démontré que la rétention² était à 98% à 12 mois et jusqu'à 92% à 48 mois³.

De forts taux de rétention ont également été atteints sur des sites où les GCT avaient été récemment instaurés, allant de 92% au Malawi (N=299) à 100% au Lesotho (N=108) à la période médiane dans des GCT de respectivement 15 et 5 mois^{4,5}.

2. Retention figures reported reflect retention in the CAGS and not retention in care for the programme.
3. Decroo, T. (2013). *Four year retention and risk factors for mortality among members of community ART groups in Tete, Mozambique*. Unpublished master's thesis for master's degree, Institute of Tropical Medicine, Antwerp, Belgium.
4. Billaud A, Coulborn, R, Zamadenga, B, Cuenca, M, Garone, D, Gerstenhaber, R., Trivino Duran, L, Likaka, A, Mbewa, K, Chidakwani, R. *One Stone, Two Targets. Strategies To Improve*

ART Delivery And Clinical Outcomes Of Stable ART Patients: Lessons Learned From The Implementation Of Community ART Groups In Thyolo District, Malawi. ICASA 2013, A2401134.
5. Baert S, Billaud A, Zamadenga B, Vandendyck M, Dezembre S, Decroo T, Olsson J, Abreu E, Motsamai M, Nyekete O, Bemelmans M, Bygrave H, Biot M. *Implementing Community ART Groups in low resource settings: Lessons learned from Médecins Sans Frontières*. ICASA 2013, A2429514.



Réduction de la charge de travail au Malawi

Les données provisoires⁶ de Thyolo indiquent une forte réduction des visites à la Clinique pour les membres des GCT. Lorsqu'on compare le nombre de visites à la clinique des patients 10 mois avant et 10 mois après avoir rejoint le GCT, on s'aperçoit que les visites de réapprovisionnement pour le TAR ont baissé de 62% tandis que le nombre de visites pour des problèmes graves ou la malaria est resté stable.

4. LES DÉFIS LIÉS AUX GCT

L'instauration des GCT sera confrontée à un certain nombre de difficultés à surmonter. Il faudra trouver des solutions adéquates pour tirer profit au maximum des avantages potentiels des GCT.

- Une gestion efficace des stocks, de la pharmacie et de la chaîne d'approvisionnement est essentielle pour mettre en place les GCT. Les failles dans la chaîne d'approvisionnement peuvent mener à des ruptures de stocks de TAR. Il faut donc les repérer et les signaler scrupuleusement. Il est important que la durée de l'approvisionnement en médicaments soit adaptée en fonction des besoins du patient, à la fois pour ceux qui se rendent à la clinique pour récupérer leur TAR comme pour ceux dans les GCT.
- Pour le bon fonctionnement des GCT, de nouvelles tâches essentielles comme la promotion, la composition, la formation et la supervision, doivent être clairement confiées à du personnel d'encadrement spécifique. Dans les projets pilotes, ces tâches ont le plus souvent été effectuées par des **agents de santé communautaires, des ou des patients experts**. Ces fonctions ne disposent souvent pas d'un personnel d'encadrement professionnel reconnu au sein du Ministère de la Santé (MdS) et sont souvent non-rémunérées, facteur qui peut causer une interruption des services.
- **L'autogestion** dépend énormément de la rapidité avec laquelle un membre d'un GCT s'adressera à un agent de santé en cas de problème. Un minimum de surveillance clinique doit être assuré par une liaison directe avec un professionnel de la santé en charge des soins antirétroviraux. Des mécanismes pour cibler les problèmes avec les autres membres du GCT doivent être instaurés et les nouveaux patients devront être préparés aux éventuels signes et symptômes de la tuberculose (TB), des infections opportunistes (IO) fréquentes. Il faudra également surveiller toute perte de poids et rester vigilant concernant les effets toxiques spécifiques liés au TAR, obligeant le patient à revenir se présenter aux services de santé.
- **Des systèmes de suivi simplifiés** avec un nombre limité d'indicateurs sont nécessaires pour s'assurer de maintenir la qualité du service et pour supporter le réapprovisionnement en médicaments. La surveillance systématique de la mise en place et des résultats du modèle doit aussi être une priorité pour tout modèle communautaire.

6 Communication personnelle, projet MSF à Thyolo, Octobre 2013.

Mettre en place les GCT dans les établissements médicaux

1. ANALYSER LA SITUATION

Il faut procéder à une analyse minutieuse des obstacles à l'accès des services liés au TAR et à la rétention afin de décider si les GCT sont une stratégie potentielle de distribution du TAR dans un contexte particulier. Ces obstacles peuvent être anticipés grâce à des discussions de groupe avec les patients et les agents de santé dans l'établissement médical, associées à une analyse des points forts et des points faibles des services de santé.

Il n'y a pas de solution universelle ; d'autres stratégies qui pourraient soulager à la fois les patients et le personnel médical existant, comme l'espacement des visites et/ou la mise en place d'une procédure de réapprovisionnement rapide pour les patients stables sous TAR.

Il est également envisageable de combiner les GCT avec d'autres stratégies pour répondre au mieux aux besoins de vos patients.

Consultation de patients au Lesotho

Les patients pointent du doigt les coûts de déplacement ou les longues distances à parcourir à pied pour se rendre à la clinique comme obstacles importants à l'accès aux soins contre les VIH. La perte de temps dans la queue au centre de santé est également un problème pour cette population rurale qui doit s'occuper des champs et du bétail. Les patients ont proposé de plus grands réapprovisionnement ainsi que plus de décentralisation des soins contre le VIH pour parer à ces problèmes. Ils se sont montrés enthousiastes quant à la méthode des GCT et ont indiqué que cela pouvait réduire la stigmatisation dans la communauté s'ils se soutenaient tous mutuellement. Ils l'ont également vu comme un moyen de mettre sur pied des projets générateurs de revenus au sein de leur groupe.



Stigmatisation dans le KwaZulu-Natal, Afrique du Sud

Le personnel de santé du KwaZulu-Natal a identifié la stigmatisation comme étant un obstacle à la mise en place des GCT, craignant que les patients ne veuillent pas se réunir par peur de la divulgation de leur séropositivité. Les discussions avec les patients ont montré qu'ils craignaient de révéler leur statut dans la communauté, mais qu'ils seraient heureux de rencontrer d'autres personnes séropositives pour partager leurs soucis. Du fait que beaucoup de patients ont déclaré ne pas connaître assez de personnes séropositives dans leurs communautés, les conseillers les rassemblent au centre de santé afin de les mettre en contact, pour former des GCT.





1. ANALYSER LA SITUATION (suite)

**Mettre en place des GCT à Maputo, Mozambique**

Depuis le lancement des GCT en 2011 dans la ville de Maputo, 15% des patients sous TAR avaient rejoint un groupe en juin 2013⁷. Les principaux avantages à rejoindre un GCT sont liés à la réduction du temps passé à la clinique. Le succès des GCT à Maputo reste inférieur aux régions rurales comme dans la province de Tete où 50% des patients ont rejoint un GCT. Alors que les raisons de cette différence sont en train d'être étudiées, il semblerait que la stratégie de procédure accélérée répond à la plupart des besoins des patients pour la rapidité d'accès à un réapprovisionnement de plus longue durée, tout en évitant les risques de divulgation de leur statut aux autres patients.

**Combiner les stratégies au Zimbabwe**

La majorité des patients dans la province du Gutu ont accès à des réapprovisionnements trimestriels sans consultation clinique au centre de santé le plus proche. La distance et le temps passé à la clinique n'est pas un problème pour ces patients. Les GCT ont uniquement été mis en place pour les patients vivant dans des endroits éloignés et où la distance les a empêchés de participer.

7 Communication personnelle, mission MSF au Mozambique, Septembre 2013.

2. IMPLIQUER DES RÉSEAUX DE PERSONNES VIVANT AVEC LE VIH

Il est important d'impliquer des réseaux locaux de personnes vivant avec le virus du SIDA (PVVIH) dans le développement et la mise en place des GCT. Ils peuvent avoir un rôle important pour :

- promouvoir et constituer des GCT
- relier les GCT à d'autres initiatives comme les activités rémunératrices et l'éducation au traitement
- renforcer la voix des PVVIH au sein des communautés

Réseaux locaux de personnes vivant avec le VIH Thyolo au Malawi

À Thyolo, environ 20 à 30% des patients font partie d'un Napham (Association nationale des personnes vivant avec le VIH). Au départ, la promotion des GCT s'est faite grâce aux leaders des groupes de soutien pour faciliter la formation rapide des GCT. Après un programme pilote d'un an, 85% des membres des GCT ont été recrutés dans les groupes de soutien Napham, puis les GCT se sont progressivement composés de membres ne faisant pas partie de groupes de soutien⁸. La collaboration des GCT avec les Napham est une opportunité pour mettre en relation plus de patients avec des réseaux de PVVIH et à la fois pour alléger certaines tâches liées à la formation et au suivi des GCT.

**GCT formant un réseau à Maputo au Mozambique**

À Maputo, différents GCT se sont organisés ensemble dans la communauté, après s'être rencontrés dans l'établissement médical. Ils s'organisent eux-mêmes pour les réapprovisionnements de médicaments en plus grands groupes, discutent des problèmes de la vie quotidienne et se penchent sur la création de projets générateurs de revenus. Ils souhaitent également jouer un rôle en s'exprimant sur les besoins des PVVIH.



8 Billaud A, Coulborn, R, Zamadenga, B, Cuenca, M, Garone, D, Gerstenhaber, R., Trivino Duran, L, Likaka, A, Mbewa, K, Chidakwani, R. One Stone, two Targets. Strategies To Improve ART Delivery And Clinical Outcomes Of Stable ART Patients: Lessons Learned From The Implementation Of Community ART Groups In Thyolo District, Malawi. ICASA 2013, A2401134.

3. DÉFINIR LES RÔLES ET LES RESPONSABILITÉS

Les différents membres du personnel devront être mis à contribution dans le soutien aux GCT pour assurer leur fonctionnement optimal. Les facteurs suivants doivent être étudiés :

- Quel personnel et quels agents communautaires sont disponibles?
- Quelles tâches peuvent être assignées au personnel de niveau inférieur ?
- Qui peut effectuer quelle tâche ? (voir annexe A pour la liste des tâches)

Les GCT n'ont pas besoin de personnel supplémentaire ou un d'un nouvel encadrement car le but des GCT est de réduire la charge de travail que représente les visites cliniques et le réapprovisionnement en médicaments. Cette stratégie implique néanmoins la mise en place de nouvelles tâches telles que la promotion, la composition, la formation et la supervision des GCT qui sont essentielles pour permettre leur bon fonctionnement. Ces tâches doivent être clairement définies et assignées à un membre du personnel de la clinique.

EXEMPLE DE DIVISION DES TÂCHES

Infirmière

Décider de l'éligibilité des patients pour les GCT

Soutenir la mise en place de GCT

Former les membres du GCT à l'utilisation des outils du GCT

Effectuer le suivi du représentant du GCT lors de la visite clinique sur son observance et les résultats des autres membres du GCT

Identifier les GCT problématiques

Consultation clinique du représentant du GCT

Prescrire le TAR pour tous les membres du GCT

Distribuer le TAR pour tous les membres du GCT

Prise de sang pour CD4/CV/autre

Promotion des GCT au centre dans l'établissement de santé



Conseiller

Soutenir la mise en place de GCT

Former les membres du GCT à l'utilisation des outils du GCT

Promotion des GCT au centre dans l'établissement de santé

Promotion des GCT dans la communauté

Suivi des GCT problématiques dans l'établissement médical/la communauté



Phlébologue

Prise de sang pour CD4/CV/autre



Distributeur

Distribuer le TAR pour tous les membres du GCT



Membre du GCT

Promotion des GCT dans la communauté



Leaders des groupes de soutien

Soutenir la mise en place de GCT

Promotion des GCT dans la communauté



Responsable des données

Collecter et entrer les données dans la base de données TAR spécifique au contexte



Gestionnaire de données

Vérifier les données, mener des travaux d'assurance qualité



Coordinateur de l'établissement médical

S'assurer que l'équipe GCT est en place

S'assurer que les critères des GCT sont respectés

Formation des nouveaux membres du personnel sur le modèle des GCT

Analyser et faire un compte-rendu des résultats du GCT au retour à l'établissement médical

Amélioration constante de la qualité du modèle des GCT

Faire un compte-rendu aux autorités médicales



Problèmes de délégation des tâches à Tete, Mozambique

Dans le programme pilote GCT à Tete, les conseillers non professionnels jouent un rôle essentiel en soutenant la dynamique du GCT. Ils réalisent la majorité des nouvelles tâches que les GCT impliquent telles que la promotion, la composition, la formation et la supervision des GCT. Les conseillers non professionnels ne sont pas reconnus ni financés en tant que personnel d'encadrement médical officiel par le Ministère de la Santé, ce qui fragilise ce modèle. Toutefois, d'autres sites où les GCT ont été testés ont tenté de passer outre ce problème en assignant les nouvelles tâches au personnel reconnu par le Ministère de la Santé tel que les infirmières et les agents de santé communautaires.





4. DÉFINIR LES CRITÈRES D'ÉLIGIBILITÉ POUR LES GCT

Les GCT ont été commencé avec des patients stables sous TAR, bien que la notion de stabilité puisse varier d'un site à l'autre. MSF teste actuellement des GCT pour des patients non-stables comme ceux n'étant pas encore éligible pour le TAR (pré-TAR), les enfants et adolescents, les femmes enceintes ainsi que les patients sous traitement de deuxième intention, montrant ainsi comment adapter dans le futur les critères d'éligibilité pour les GCT. Les critères suivants devront être adaptés en fonction de la situation locale.

QUI PEUT REJOINDRE UN GCT et QUAND

Critères actuels	Critères futurs
Plus de 6 mois sous TAR	À la première charge virale <1 000 copies/ml (si avant les 6 mois de TAR)
Plus de 3 mois sous le régime actuel (en fonction du régime local)	
Nombre de lymphocytes CD4 > 350/µL	Charge virale <1 000 copies/ml En absence de charge virale : les patients stables sans preuve concrète d'échec immunologique ou clinique.
Pas de TB active ou autre infection opportuniste active	Patients infectés à la fois par le VIH et la TB, s'ils se réapprovisionnent en médicaments contre la TB à la clinique
Pas sous traitement de deuxième intention	
Pas enceinte	Femme enceinte ou allaitante suivant les soins prénatals/postnatals à la clinique
Limite d'âge allant de 15 à 18 ans	Tout enfant sous TAR, sous dosage stable d'adulte (le poids n'a pas d'importance)

Les patients remplissant une série de critères d'éligibilité peuvent rejoindre un GCT en tant que **membre actif**, ce qui signifie qu'ils peuvent obtenir leur réapprovisionnement en médicaments grâce au GCT et faire le roulement pour les visites à la clinique.

Les patients qui ne remplissent pas ou plus les critères d'éligibilité peuvent rejoindre les GCT en tant que **membre social**. Ils font partie du réseau du GCT, mais se rendent en personne à l'établissement médical pour un suivi clinique rapproché et leur réapprovisionnement de médicaments. Une fois que le patient remplit les critères d'éligibilité de nouveau, il peut rejoindre le GCT en tant que membre actif.

Les membres dépendants sont les patients qui ne remplissent pas les critères d'éligibilité mais qui se rendent avec le représentant du GCT à la clinique pour le suivi clinique et le réapprovisionnement en médicaments car ils ne peuvent y aller seuls. C'est le cas des enfants n'ayant plus besoin de changer de dosage ou des personnes souffrant d'un handicap mental.

L'expérience nous montre que constituer des GCT pour des types de patients spécifiques, tels que les patients sous traitement de deuxième intention ou les femmes enceintes est complexe à cause de la distance ou du nombre limité de personnes dans le réseau ayant récemment découvert leur séropositivité. Plusieurs options sont possibles pour intégrer d'autres types de patients dans les GCT :

- Premièrement, créer une dynamique avec les GCT, en formant un noyau de patients stables sous TAR. Dans un second temps, les critères d'éligibilité pour les GCT peuvent être étendus afin que d'autres patients puissent rejoindre le GCT présent dans leur zone.
- Établir des critères d'éligibilité plus larges dès le départ, avec des procédures claires de réorientation vers l'établissement médical pour un suivi plus étroit.

Lorsque l'on remplit les critères d'éligibilité, la décision finale de rejoindre un GCT repose entre les mains du patient. En raison des problèmes liés au partage du statut sérologique, les patients ne peuvent être forcés de s'engager dans un modèle de soins communautaire.

Mettre en relation les patients ayant récemment découvert leur séropositivité avec les GCT à Changara, Mozambique

Les agents de santé communautaires s'associent avec les GCT pour proposer un dépistage du VIH ainsi qu'un test de comptage des lymphocytes CD4 aux familles des membres du GCT ou aux autres personnes dans la communauté. Les personnes dont le test VIH est positif peuvent se mettre en relation avec le GCT ; les patients éligibles vont au centre de santé pour une initiation au TAR et rejoignent le GCT temporairement en tant que membre social. Une fois qu'ils remplissent les critères du GCT, ils peuvent rejoindre le GCT en tant que membre actif et recevoir leur TAR comme le reste du groupe. Les patients sous pré-TAR qui rejoignent le groupe peuvent recevoir mensuellement leur réapprovisionnement en Cotrimoxazole (CTX) par l'intermédiaire des membres du GCT et effectuer leur comptage de lymphocytes CD4 lorsque c'est leur tour d'aller chercher les médicaments pour le groupe.



Les enfants dans les GCT

Un âge limite est souvent utilisé pour déterminer qui peut rejoindre un GCT en tant que membre actif, variant de 15 à 18 ans. De plus en plus de sites se dirigent vers l'admission d'un poids limite selon le régime de TAR pour les enfants en passe de devenir membres dépendants d'un GCT. Au Zimbabwe, les enfants doivent également connaître leur statut VIH avant de devenir membre dépendant d'un GCT.





5. DÉFINIR UN SYSTÈME DE RÉORIENTATION VERS LES SOINS EN ÉTABLISSEMENT MÉDICAL

Un membre d'un GCT peut choisir de revenir au suivi clinique classique au sein de l'établissement médical à tout moment.

Certains membres de GCT devront revenir aux soins classiques pour un suivi plus étroit et les réapprovisionnements en médicaments. Seront concernés :

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

Une fois que les patients remplissent les critères du GCT, ils peuvent retourner dans leur GCT en tant que membres actifs.



Pourquoi l'examen de charge virale est important dans les GCT

La charge virale peut – là où elle est connue – jouer un rôle important pour la gestion des GCT :

- La charge virale peut être utilisée pour démontrer la suppression virale afin d'inclure les patients de manière régulière dans les GCT.
- La charge virale peut être utilisée comme outil de suivi pour ceux ayant déjà intégré un GCT car elle permet d'identifier les patients nécessitant un suivi clinique plus régulier et un suivi de l'observance plus intensif.

6. DÉFINIR LE CALENDRIER ANNUEL DES VISITES DE GCT

Lors de l'établissement du calendrier de visite pour les membres du GCT, il faut garder à l'esprit que les patients ainsi que les agents de santé doivent en bénéficier au maximum, tout en assurant le minimum de suivi clinique.

Les questions suivantes aideront à définir le calendrier annuel :

- À quelle fréquence les patients stables sous un régime de TAR particulier nécessitent une consultation clinique pour une identification précoce d'un événement indésirable grave ou d'une IO ?
- À quelle fréquence les patients stables sous TAR doivent-ils effectuer des prises de sang pour contrôler les lymphocytes CD4/CV ou la toxicité ?
- Pour combien de temps les patients reçoivent-ils leur traitement ?

La fréquence des visites cliniques pourra permettre de définir le nombre de patients requis pour constituer un GCT. La taille d'un groupe influence sa dynamique et l'expérience nous a prouvé que les groupes compris entre 4 et 10 patients sont parfaits pour remplir les objectifs de soutien mutuel tout en maintenant une responsabilité individuelle de chaque membre envers le groupe.

Lors de la phase initiale de la constitution des GCT, les réapprovisionnements en médicaments, les prises de sang ainsi que les visites cliniques devront être alignées pour tous les membres du GCT. Il est utile d'appeler tous les membres du GCT pour la première visite au centre de santé pour confirmer cet alignement et pour former les membres à l'utilisation des instruments du GCT.

Les patients qui ne se sentent pas bien peuvent se présenter à l'établissement de santé à n'importe quel moment en dehors de ces rendez-vous prévus.

Cycles de GCT au Zimbabwe et au Lesotho

Au Zimbabwe, les patients ont accès à des réapprovisionnements trimestriels et doivent passer un test annuel de charge virale ainsi qu'une consultation clinique. Les GCT peuvent être constitués de 6 à 12 membres.

Pour des raisons pratiques et afin de rendre compte des réapprovisionnements en médicaments, les patients vont chercher leurs médicaments par paire. Les patients ayant une charge virale >1 000 copies/ml sont suivis et convoqués pour une visite clinique ainsi qu'une séance de counselling approfondi pour l'observance, tandis que ceux ayant une charge virale <1 000 copies/ml recevront leurs résultats par l'intermédiaire du représentant du groupe à la prochaine date de réapprovisionnement. Le nombre moyen de visites à la clinique pour chaque membre du GCT dans un GCT de 12 personnes est désormais de 4 visites en 24 mois contre 9 s'ils étaient en suivi individuel accéléré.



Patient	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Mois												
0	🩸📄💊	🩸📄💊	🩸📄💊	🩸📄💊	🩸📄💊	🩸📄💊	🩸📄💊	🩸📄💊	🩸📄💊	🩸📄💊	🩸📄💊	🩸📄💊
3	💊	💊										
6			💊	💊								
9					💊	💊						
12	🩸📄💊	🩸📄💊	🩸📄💊	🩸📄💊	🩸📄💊	🩸📄💊	🩸📄💊	🩸📄💊	🩸📄💊	🩸📄💊	🩸📄💊	🩸📄💊
15							💊	💊				
18									💊	💊		
21											💊	💊
24	🩸📄💊	🩸📄💊	🩸📄💊	🩸📄💊	🩸📄💊	🩸📄💊	🩸📄💊	🩸📄💊	🩸📄💊	🩸📄💊	🩸📄💊	🩸📄💊
	🩸 prise de sang 📄 consultation clinique 💊 réapprovisionnement en médicaments											

6. DÉFINIR LE CALENDRIER ANNUEL DES VISITES DE GCT (suite)



Au Lesotho, les réapprovisionnements en médicaments sont mensuels, et les patients doivent se rendre à la clinique deux fois par an pour un test sanguin et une consultation clinique. Les patients forment des groupes de 6 personnes maximum. Lorsqu'ils se rendent à l'établissement médical pour récupérer leur réapprovisionnement en médicaments, les membres du GCT passent leur consultation clinique et effectuent leur prise de sang. Ils recevront leurs résultats par l'intermédiaire du représentant du groupe à la prochaine date de réapprovisionnement. Le nombre moyen de visites cliniques est désormais de 2 contre 12 par an avec 6 personnes dans un GCT.



Patient	1	2	3	4	5	6
Mois						
0	📅🩸	📅🩸	📅🩸	📅🩸	📅🩸	📅🩸
1	🩸📅					
2		🩸📅				
3			🩸📅			
4				🩸📅		
5					🩸📅	
6						🩸📅
7	🩸📅					
8		🩸📅				
9			🩸📅			
10				🩸📅		
11					🩸📅	
12						🩸📅

🩸 prise de sang 📅 consultation clinique
 📅🩸 réapprovisionnement en médicaments

7. PRÉPARER LES AGENTS DE SANTÉ

Les agents de santé doivent comprendre le fonctionnement des GCT et l'utilisation de ses outils. Cette formation doit être approuvée avant la mise en place et doit être proposée régulièrement aux nouveaux membres du personnel.

Le modèle des GCT implique un changement dans la manière de penser des agents de santé et des patients. Par conséquent, sa mise en place nécessite un soutien solide dès le départ. Les GCT peuvent être testés dans des endroits spécifiques, de façon à ce que les équipes de GCT expérimentées puissent ensuite soutenir le lancement dans d'autres sites.

Annexe B : Manuel de formation pour les ADS et les membres de GCT au Malawi

8. PROMOUVOIR LES GCT CHEZ LES PATIENTS

Les patients doivent savoir qu'un système de GCT existe et qu'ils peuvent en faire partie s'ils le souhaitent. Cela peut être réalisé en diffusant le message dans la salle d'attente de l'établissement médical, grâce aux réseaux communautaires existants comme les groupes de soutien ou les agents de santé communautaires, et pendant les consultations. Plus les gens seront au courant, plus ce sera facile pour les groupes de se former spontanément et se présenter à la clinique. Une fois que le modèle est connu par une minorité, le bouche-à-oreille des patients sera le meilleur moyen pour faire passer le message.

Les principaux messages à faire passer aux patients sont :

- le fonctionnement du système des GCT
- qui est éligible pour rejoindre un GCT
- à qui s'adresser lorsque l'on veut rejoindre un GCT

Annexe C : Feuille GCT Malawi



9. VÉRIFIER LES CRITÈRES ET CONSTITUER LES GCT

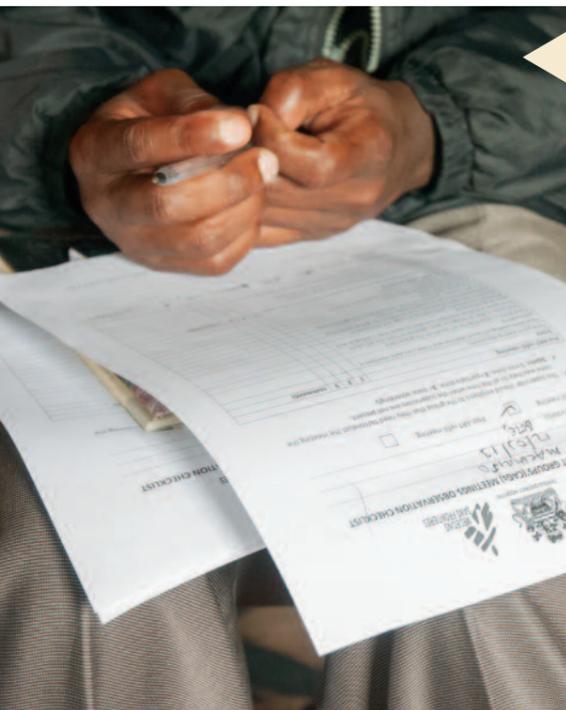
Un agent de santé devra, lors d'une visite clinique, vérifier l'éligibilité des patients pour rejoindre un GCT. La vérification des critères et la constitution des groupes peuvent être réalisées de 2 manières :

- Idéalement, les patients sont examinés pendant leur consultation individuelle pour leur réapprovisionnement du TAR. Une fois considéré comme stable par l'agent de santé, le patient peut décider de rejoindre un GCT ou d'être redirigé vers l'agent non professionnel chargé de la coordination du GCT.
- La constitution des GCT peut aussi se faire avant la vérification des critères. Les patients se portent volontaires, et une fois le nombre requis de patients atteint pour un groupe opérationnel, ils se présentent à l'agent de santé pour la vérification des critères afin de s'assurer qu'ils sont cliniquement prêts à constituer un GCT en tant que membres actifs.

Cette dernière option étant souvent utilisée pour fonder un GCT, la vérification classique sera préférée sur le long terme pour s'assurer que les patients s'inscrivent de façon simple dans la dynamique du GCT.

Certains patients connaissent d'autres personnes sous TAR, mais d'autres non, ou n'en connaissent pas assez pour constituer un GCT. Dans la plupart des cas, le conseiller non professionnel aura un rôle essentiel pour rassembler les patients intéressés et pour faciliter le partage du statut au sein de ces petits groupes. L'expérience nous montre que l'aide à la constitution des GCT est une tâche importante pour permettre la mise en place effective des GCT et doit donc être clairement assignée à un agent de santé spécifique ou non professionnel.

Les GCT éliront un délégué. Il s'agit d'un membre du GCT qui dirige le groupe et joue le rôle d'intermédiaire entre les membres du GCT et l'établissement médical. Il est élu par les membres du GCT eux-mêmes.



Constituer les GCT et vérifier les critères dans le KwaZulu-Natal, Afrique du Sud

Certains patients font déjà partie de groupes (réapprovisionnements en médicaments groupés à la clinique) où ils rencontrent d'autres personnes potentiellement intéressées pour constituer un GCT. D'autres patients sont informés de l'existence des GCT par les activités communautaires. Les patients intéressés par les GCT remplissent un formulaire de candidature à un GCT en inscrivant les noms complets des patients et en désignant un délégué. Ils remettent ce formulaire à l'infirmière de la clinique, qui vérifiera l'éligibilité des dossiers de chaque patient selon les critères. Le délégué est ensuite appelé par l'infirmière et l'information est transmise aux personnes étant potentiellement éligibles pour rejoindre un GCT. Une date pour la prochaine journée de formation pour les membres de GCT est fixée. Le délégué à son tour informera les autres candidats au GCT. Le jour de la formation, les patients passent leur consultation individuelle pour permettre à l'infirmière de prendre la décision finale sur l'éligibilité pour les GCT.

Rôle des infirmières et des conseillers dans la mise en place des GCT à Tete, Mozambique

Pour constituer un GCT, nous dépendons énormément des conseillers. Lorsque nous arrivons là-bas (à la clinique), l'infirmière demande : « Dans quel quartier habitez-vous? Connaissez-vous cette personne? Et celle-ci? » Puis elle fixe une date de retour, sans savoir qu'à cette date, vous rencontrerez d'autres patients de votre quartier. Ce jour-là, nous découvrons que nous sommes tous du même quartier, donc [...] qu'il est possible de savoir qui ils sont et de constituer des groupes." **membre d'un GCT d'une zone semi-urbaine**



10. FORMER LES MEMBRES DES GCT

La formation pour les nouveaux membres de GCT doit être organisée et couvrir les sujets suivants :

- La dynamique d'un GCT
- Les outils à utiliser par les patients dans un GCT
- Les rôles et responsabilités de chaque personne impliquée dans un GCT
- Les événements et symptômes nécessitant une visite à la clinique

Dans certains contextes, tous les membres du GCT sont formés, tandis que dans d'autres endroits, seuls les représentants du GCT sont invités à suivre une formation officielle. Le représentant détient alors la responsabilité d'informer les autres membres de son GCT.

Annexe B : Manuel de formation pour les ADS et les membres du GCT au Malawi



11. DÉROULEMENT DE LA JOURNÉE DE COLLECTE DES ARV

ÉTAPE 1

Réunion du GCT dans la communauté avant la collecte du TAR par le représentant du groupe

- Le groupe se réunit le jour avant ou le même jour que la date de la collecte du TAR au domicile d'un des membres du GCT ou à un autre endroit dans la communauté.
- Chaque membre du groupe fait un compte-rendu de son observance qui est ensuite inscrit sur le formulaire de suivi du GCT (nombre de cachets). Chaque membre du groupe signe le formulaire en présence du représentant du groupe.
- Chaque membre du groupe répond à des questions simples de contrôle de santé (par exemple : dépistage de la TB ; perte de poids ; diarrhée pendant plus de 2 semaines ; maux de tête sévères ; symptômes spécifiques liés aux effets secondaires du TAR, comme le gonflement des chevilles, le gonflement du visage, l'essoufflement ; besoins de planification familiale).
- Le groupe discute des problèmes de la vie quotidienne lorsqu'on est porteur du VIH et se soutient mutuellement.
- Le groupe choisit une personne qui représentera les autres à l'établissement médical et peuvent choisir de tous se cotiser pour le transport. Quiconque ne se sentant pas bien peut accompagner le représentant pour effectuer une consultation à l'établissement médical.



ÉTAPE 2

Le représentant du GCT se présente à l'établissement de santé avec le formulaire du GCT

- Par rotation, un représentant du GCT se rend à la clinique. Selon le calendrier de visite annuel, le représentant devra être examiné par différents agents de santé. L'expérience montre que plus le patient doit voir différents agents de santé, plus le représentant du GCT a de chance de manquer certaines étapes. C'est pourquoi il est important de minimiser les déplacements entre les différents services dans l'établissement de santé.
- Pendant la consultation, le représentant devra : faire un compte-rendu de la santé et de l'observance des autres membres du GCT ; présenter les informations présentes sur le formulaire de réapprovisionnement du GCT ; récupérer les médicaments ; et selon le contexte, passer un examen clinique et effectuer une prise de sang.



- Le médecin doit s'assurer que le patient va bien et, si nécessaire, que les prises de sang soient faites.
- En passant en revue le formulaire de réapprovisionnement du GCT et en discutant avec le représentant, le médecin doit s'assurer que tous les membres du groupe vont bien. Les informations doivent être notées sur chaque fiche de TAR de chaque membre du GCT. Tout membre nécessitant un suivi clinique supplémentaire doit être identifié et convoqué à la clinique.
- La prescription et la distribution des médicaments doivent être mentionnées sur le formulaire avec les résultats des dernières prises de sang afin de les rapporter aux membres du GCT.

ÉTAPE 3

Réunion du GCT après la collecte du TAR dès le retour du représentant du groupe

- Le groupe se réunit le même jour que la date de réapprovisionnement du TAR au domicile d'un membre ou d'une autre personne de la communauté.
- Le représentant distribue les médicaments à chaque patient, et si nécessaire (d'après le personnel du centre de santé) demande à un membre du groupe de se rendre à l'établissement de santé pour une consultation spéciale.
- Les patients signent le formulaire de suivi du GCT pour confirmer qu'ils ont bien reçu leurs médicaments.



Annexe D : Vidéo du GCT à Tete

Priorité à la consultation des membres de GCT

À Tete, au Mozambique, les représentants des GCT ne devaient pas faire la queue pour leur consultation et le réapprovisionnement en médicaments comme les autres patients. Ils étaient pris en charge plus rapidement, ce qui apportait un bénéfice et réduisait le temps passé à la clinique. Les patients ayant choisi de rester en soins individuels le percevaient toutefois comme une inégalité. Pour plus d'équité, les stratégies pour réduire le temps passé à la clinique devraient s'appliquer pour les patients dans les GCT comme pour les patients en soins individuels.



12. SUIVRE LES GCT

Un certain nombre d'outils doivent être mis en place pour permettre le suivi et l'évaluation des GCT :

- Lors de l'inscription d'un nouveau GCT, le **registre GCT** doit être rempli (voir Annexe E) afin de suivre les membres et les rendez-vous du groupe. Ce formulaire doit être rempli par le conseiller non professionnel ou l'infirmière lorsque le GCT est constitué et mis à jour en cas de changement dans la composition du groupe. Les dates de rendez-vous sont notées sur ce registre afin de planifier les visites du GCT et d'identifier tout manquement du GCT ou de ses membres. Certains centres de santé préféreront passer par l'agenda de rendez-vous cliniques classique.
- Avant chaque visite pour le réapprovisionnement, les membres du GCT remplissent le **formulaire de suivi du GCT** (voir annexe F). Ces informations sont données à l'agent de santé de la clinique par le représentant du GCT.
- À chaque visite clinique du GCT, l'agent de santé indique la prescription de médicaments pour chaque membre et copie les données de la fiche de suivi du GCT dans le **dossier personnel du TAR du patient auprès du Ministère de la Santé (Mds)**.
- L'agent de santé remplit le rapport trimestriel du GCT et transmet les informations au directeur de l'établissement médical. (voir annexe G)

Les outils de suivi et d'évaluation nationaux doivent être utilisés autant que possible, afin de réduire la charge de travail des agents de santé.

Plusieurs **indicateurs** standards sont proposés dans le rapport trimestriel (voir annexe G), se référant à la cohorte cumulée des GCT. En outre, un autre suivi en cohorte des résultats par temps passé sous traitement doit être effectué au moins une fois par an.

Annexe E : Registre GCT

Annexe F : Formulaire de suivi du GCT du Zimbabwe

Annexe G : formulaire de rapport trimestriel du GCT



Se servir de la fiche TAR au Zimbabwe

À Gutu, la fiche de TAR personnelle standard nationale est utilisée pour enregistrer les données personnelles des membres des GCT. Le personnel de santé a choisi de ne pas créer un nouvel outil de suivi des GCT pour les établissements médicaux afin d'éviter une charge de travail supplémentaire aux agents de santé, d'éviter l'éventuelle perte des données et de rester aligné avec le système de suivi et d'évaluation du Mds. Lors de l'inscription d'un GCT, toutes les fiches personnelles de TAR des membres sont rassemblées dans un dossier. Lorsque le représentant du GCT vient pour le réapprovisionnement, le dossier est retiré et les fiches personnelles de TAR de chaque membre du GCT sont remplies par l'infirmière, en fonction des données du formulaire de suivi du GCT.

13. IDENTIFIER ET SOUTENIR LES GCT PROBLÉMATIQUES

Les GCT qui ne fonctionnent pas bien doivent être identifiés et recevoir un soutien supplémentaire. Les critères suivants peuvent être utilisés pendant la consultation avec le représentant du GCT, afin de **déterminer** le besoin de soutien :

- Rendez-vous pour réapprovisionnement en médicaments/prise de sang/consultation clinique manqué par l'un des membres du groupe
- Chute du taux de lymphocytes CD4 de plus de 30% ou charge virale >1 000 copies/ml chez plus d'un membre
- Toujours le même représentant se déplaçant pour le réapprovisionnement
- Conflits ou problèmes au sein du groupe
- Formulaire de suivi du GCT mal rempli
- Membre du GCT décédé ou perdu de vue

Le soutien peut être apporté en résolvant immédiatement les problèmes avec le représentant du groupe pendant la consultation. Si besoin, le GCT peut être rassemblé au centre de santé ou peuvent recevoir les agents de santé dans la communauté.

Les agents de santé communautaires ou les conseillers non professionnels auront un rôle important à jouer dans le soutien aux GCT problématiques dans la communauté, mais ils auront besoin des moyens adéquats pour remplir cette tâche.

Annexe H : Formulaire de supervision pour les agents de santé communautaires au Lesotho

Supervision en Angonia au Mozambique

Durant la phase pilote en Angonia, plusieurs GCT ont fait l'objet de visites trimestrielles pour s'assurer de la qualité de ces GCT. Cette supervision rapprochée a été considérée infaisable et superflue sur le long terme. Il est demandé uniquement aux GCT confrontés à des difficultés ne pouvant être surmontées avec le représentant du groupe pendant la consultation de se présenter individuellement ou en groupe à l'établissement médical ou de prévoir une visite dans la communauté.



LISTE DES ANNEXES ET DOCUMENTS EN LIGNE

Les outils permettant la mise en place progressive des GCT sont disponibles sur <http://samumsf.org/resources/toolkit-cag/>. Ces outils ne sont que des exemples et nécessitent d'être adaptés spécifiquement en fonction du contexte où ils seront utilisés.

Annexe A : Grille de division des tâches du GCT

Annexe B : Manuel de formation pour les agents de santé et les membres des GCT au Malawi

Annexe C : Feuille GCT Malawi

Annexe D : Vidéo du GCT à Tete

Annexe E : Registre GCT, générique

Annexe F : Formulaire de suivi du GCT du Zimbabwe

Annexe G : Rapport trimestriel du GCT du Malawi

Annexe H : Formulaire de supervision pour les agents de santé communautaires au Lesotho