Distribution décentralisée des médicaments au Cameroun : Rapport final

Le Cameroun, comme d'autres pays d'Afrique subsaharienne, a fait des progrès contre l'épidémie de VIH, en réduisant la prévalence de 5,4 % en 2004 à 3,4 % en 2017 et à 3,1 % en 2019 (ONUSIDA). Sur les 504 472 personnes vivant avec le VIH (PVVIH) estimées en 2020, 424 421 (84 %) connaissaient leur statut et, parmi elles, environ 312 214 étaient sous traitement antirétroviral (TARV) en décembre 2019, soit une couverture TARV de 62 % et une suppression virale d'environ 53 %. Il existe des lacunes importantes dans la cascade de traitement, avec des difficultés à retenir les patients sous TARV. Sur la base des données disponibles, la rétention a été sous-optimale, avec seulement 46 % et 74 %, respectivement, des personnes initiées au cours des années fiscales 18 et 19, toujours sous TARV 12 mois plus tard (PEPFAR Cameroon COP, 2020).

Afin de s'attaquer à la rétention et d'améliorer encore les services de lutte contre le VIH, le gouvernement du Cameroun, par l'intermédiaire du ministère de la Santé publique (MOH), a adopté en 2016 une approche communautaire de dispensation des ARV. Les principaux objectifs étaient de répondre à la demande croissante d'antirétroviraux (ARV), de décongestionner les établissements de santé à fort volume, d'améliorer l'observance, de réduire les coûts de transport pour les patients et d'optimiser la rétention dans les soins. Cette stratégie a été mise en œuvre conformément aux directives de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) et du Programme commun des Nations unies sur le VIH / sida (ONUSIDA) préconisant une participation accrue de la communauté à la prestation de services liés au VIH et aux ARV et a été incluse dans le plan stratégique national pour 2021-2023. Les objectifs de la stratégie de dispensation communautaire des ARV étaient d'améliorer la rétention de 60,4 % au départ (en 2016) à 90 % en 2020 et à 95 % en 2030. Trois modèles de distribution communautaire d'ARV ont été adoptés et mis en œuvre.

1. Organisations à base communautaire (OBC) : Ce modèle visait à rapprocher les ARV des patients par le biais des structures communautaires existantes et comprenait l'offre de TARV et de soutien psychosocial aux patients inscrits dans les hôpitaux sélectionnés. Ce modèle a été conçu pour être mis en œuvre dans les zones urbaines. Depuis sa mise en œuvre, le nombre de patients recevant des ARV par le biais d'organisations communautaires au Cameroun est passé d'environ 7 665 en 2017 à 20 048 en 2020, avec 98 organisations communautaires participantes.

EpiC est un accord de coopération mondial dédié à la réalisation et au maintien du contrôle de l'épidémie de VIH. Il est dirigé par FHI 360 avec les principaux partenaires Right to Care, Palladium International, Population Services International (PSI) et Gobee Group. Pour plus d'informations sur EpiC, y compris les domaines dans lesquels nous offrons une assistance technique, cliquez ici.

2. Les clubs d'observance ou groupes de soutien : Ces groupes sont composés de deux à dix patients PVVIH sous ARV dans le même établissement de santé. Les membres du groupe se soutiennent mutuellement pour adhérer au TARV et les membres reçoivent des ARV lors des réunions de groupe.
3. Les groupes communautaires ART (CAG) : Ces groupes sont composés de six à dix patients du même centre de traitement qui ont développé une relation amicale et acceptent de coordonner leur visite de renouvellement des ARV. Chaque mois, un membre désigné du groupe collecte les ARV pour les autres membres lorsqu'ils se rendent à l'hôpital pour leur renouvellement d'ARV ou leur suivi clinique.

Le gouvernement camerounais s'est fixé pour objectif de confier 30 % de l'ensemble des patients actifs aux organisations communautaires et de les garder en charge.

Soutien EpiC

En septembre 2020, le projet " Meeting Targets and Maintaining Epidemic Control " (EpiC) a reçu un financement relais du siège (HBF) pour soutenir la fourniture décentralisée de TARV au Cameroun. Le but de l'activité EpiC était de soutenir la poursuite de la distribution décentralisée de médicaments (DDD) d'ARV, y compris par le biais du secteur privé, et d'établir des mécanismes appropriés et durables pour les liens de référence, le contrôle de la qualité, le soutien et le suivi. Les objectifs de l'activité EpiC étaient d'aider le CNLS à :

1. Évaluer les modèles communautaires existants de dispense de TAR
2. Déterminer la faisabilité de la mise en œuvre du modèle de pharmacie communautaire pour la dispensation des ARV
3. Fournir des recommandations pour améliorer certains des modèles communautaires existants de dispensation des ARV suite à l'évaluation
4. Mettre à jour la politique, les systèmes et les outils de dispensation des ARV dans les communautés sur la base des résultats de l'évaluation

Réalisations

OBJECTIF 1. SOUTENIR LE PAYS POUR ÉVALUER LES MODÈLES EXISTANTS DE DISPENSE D'ART COMMUNAUTAIRE

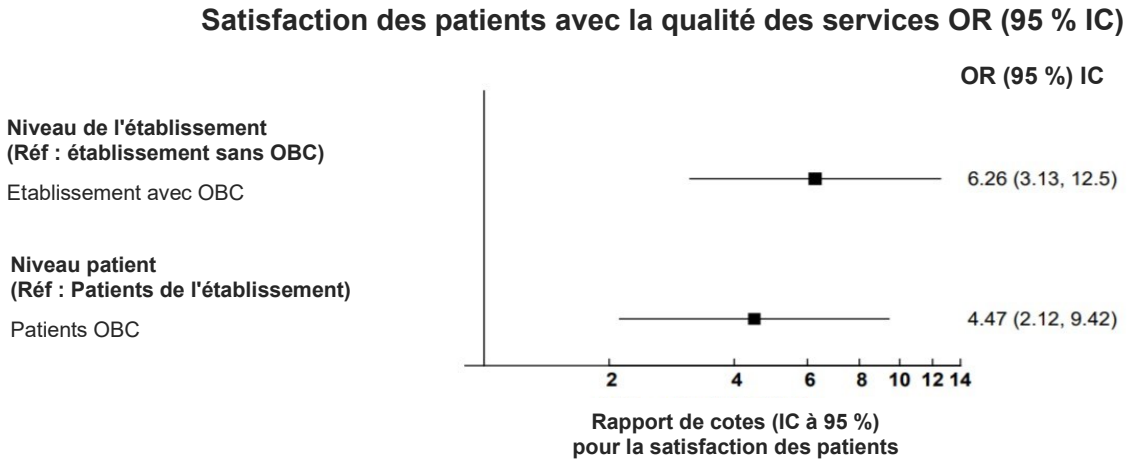
L'équipe d'EpiC a soutenu le Comité national de lutte contre le sida (CNLS) pour évaluer les modèles existants et futurs de dispensation du TARV dans les communautés. Cette évaluation à méthode mixte a couvert 35 unités de soins et de traitement du VIH (CTU) et 50 organisations communautaires réparties dans les 10 régions du Cameroun. Au total, 1 420 participants ont été interrogés : 497 prestataires de services - 394 (79,3 %) membres du personnel des CTU, 103 (20,7 %) membres du personnel des OBC - et 923 patients - 297 (32,2 %) des OBC et 626 (67,8 %) des établissements de santé. Au total, 8 467 dossiers individuels de patients ont été

examinés pour vérifier la rétention et la suppression virale. Pour la composante qualitative, 64 entretiens approfondis (IDI) et 31 discussions de groupe (FGD) ont été menés avec les patients, le personnel des CTU, le personnel des OBC et les bénévoles.

Les résultats de l'évaluation ont révélé que l'introduction de la distribution communautaire d'ARV au Cameroun a amélioré la qualité des soins dans les établissements de santé, comme en témoignent le temps d'attente et la satisfaction des patients.

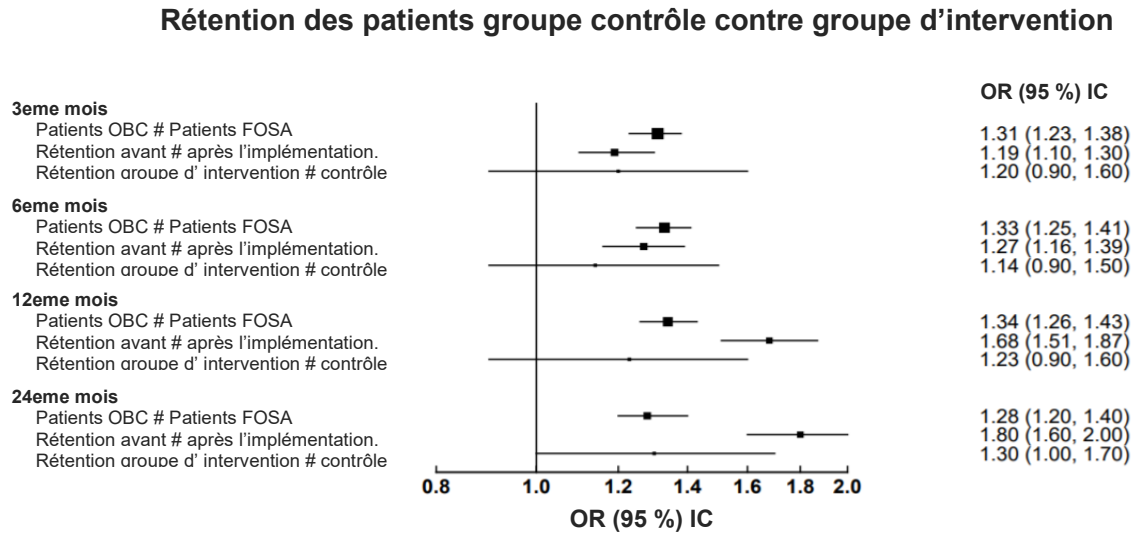
Temps d'attente, satisfaction du client : En général, l'introduction des OBC était associée à des temps d'attente plus courts et à une plus grande satisfaction vis-à-vis des services liés au VIH. Dans les établissements de santé affiliés à des organisations communautaires, les patients qui ont bénéficié de services liés au VIH dans ces établissements ont passé en moyenne 37,5 minutes de plus à attendre des services liés au VIH que ceux qui ont bénéficié de services dans des organisations communautaires affiliées (IC 95 % : 29,05-45,95, valeur p <0,000). Les patients des OBC avaient 4,5 fois plus de chances d'être satisfaits des services liés au VIH que les patients des établissements de santé (IC 95 % : 2,12-9,42, valeur p <0,000) (Figure 1). De même, dans un sous-ensemble de six établissements appariés (trois affiliés à des OBC et trois non), les patients des CTU VIH affiliées à des OBC avaient 6,26 fois plus de chances d'être satisfaits des services VIH que leurs homologues des CTU sans OBC (IC 95 % : 3,13-12,5, valeur p <0,000).

Figure 1. Tracé des rapports de cotes des patients des OBC et des établissements de santé



Rétention : La rétention s'est améliorée lorsque la dispense des OBC a été introduite. La rétention était particulièrement plus élevée dans les établissements de santé liés aux OBC par rapport aux hôpitaux qui ne l'étaient pas. Au niveau individuel, les patients qui ont été assignés aux OBC avaient une meilleure rétention que ceux du même hôpital qui étaient stables mais continuaient à recevoir des renouvellements à l'hôpital (Figure 2).

Figure 2. Graphique comparant le rapport de cote de rétention des patients à différents moments et points de dispensation des ARV



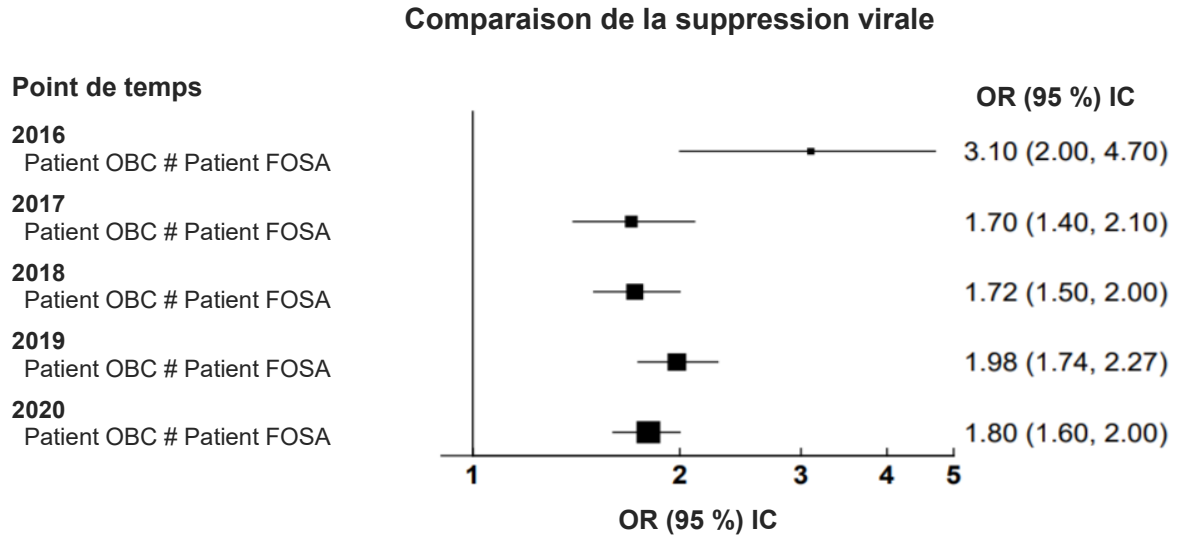
Suppression virale : Il était difficile de déterminer l'effet des OBC sur la suppression virale, en partie en raison de la disponibilité limitée des tests de charge virale. En général, les taux de suppression virale varient selon les années, avec des niveaux significativement plus élevés chez les patients des organisations communautaires que chez ceux qui ont reçu des renouvellements dans le même établissement de santé en 2018 et 2020, mais pas en 2016, 2017 et 2019 (tableau 1).

Tableau 1. Comparaison de la suppression virale des patients OBC et des patients des établissements de santé

POINT DE TEMPS	ÉTABLISSEMENT	SUPPRESSION VIRALE (%)	OR [IC]	VALEUR-P
2016	Patients de l'OBC	97.8 (89/91)	3.1 [2 – 4.7]	0.25
	Patients des établissements de santé	93.55 (29/31)	1.00	
2017	Patients de l'OBC	96.31 (209/217)	1.7 [1.4 – 2.1]	0.45
	Patients des établissements de santé	94.62 (123/130)	1.00	
2018	Patients de l'OBC	98.55 (542/550)	1.72 [1.5 – 2]	0.00
	Patients des établissements de santé	92.4 (316/342)	1.00	
2019	Patients de l'OBC	97.44 (647/664)	1.98 [1.74 – 2.27]	0.16
	Patients des établissements de santé	90.2 (313/347)	1.00	
2020	Patients de l'OBC	95.12 (917/964)	1.8 [1.6 – 2.0]	0.02

POINT DE TEMPS	ÉTABLISSEMENT	SUPPRESSION VIRALE (%)	OR [IC]	VALEUR-P
	Patients des établissements de santé	92.27 (501/543)	1.00	

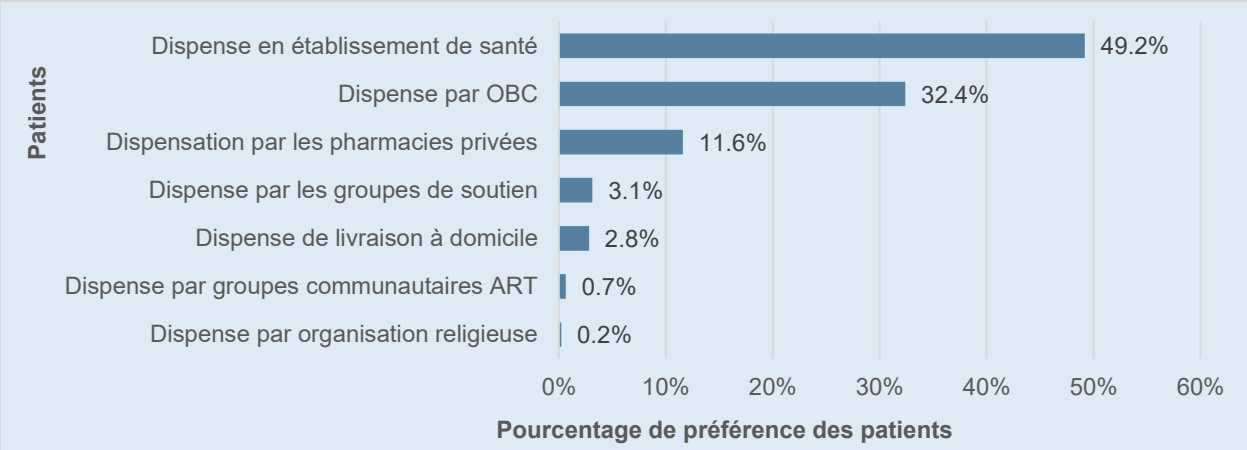
Figure 3. Comparaison de la suppression virale entre les patients des OBC et ceux des établissements de santé



Résultats de l'enquête auprès des patients

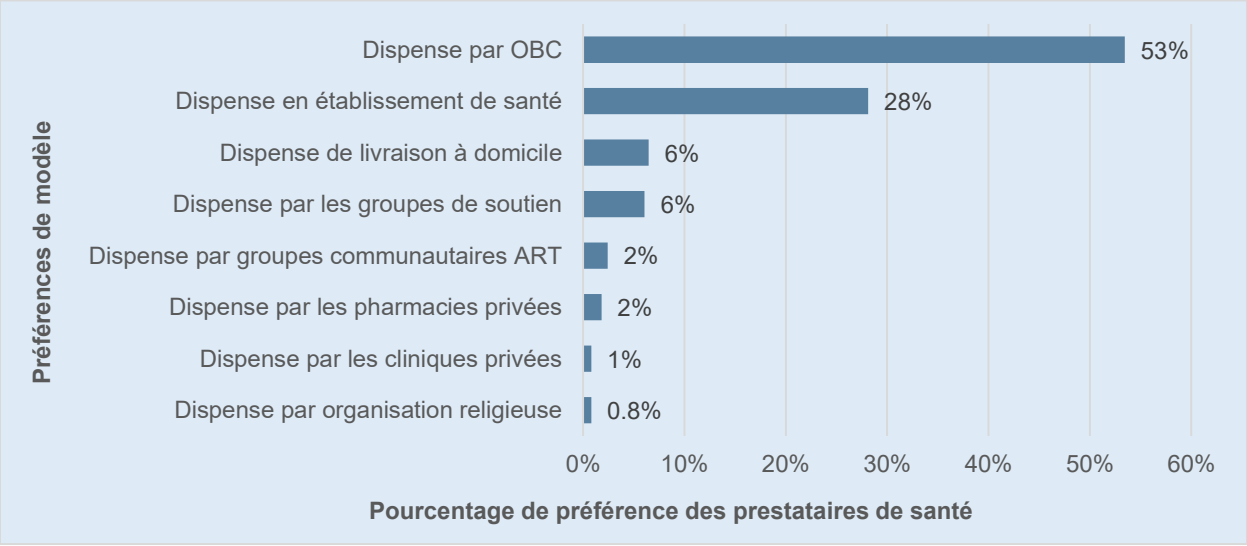
Préférences des patients en matière de modèles de dispensation : Dans l'ensemble, la plupart des patients interrogés préfèrent la dispensation dans les établissements de santé (49%), suivie de la dispensation par les organisations communautaires (32%), les pharmacies privées (11,7%), les groupes de soutien (3%) et la livraison à domicile (2,8%). Il y avait des variations régionales notables dans les préférences des patients, la plupart dans les régions du nord (2/3) préférant la dispensation en établissement de santé et la plupart dans les régions du sud (4/7) préférant la dispensation communautaire.

Figure 4. Distribution des préférences des patients pour les modèles de distribution d'ARV



Préférences des travailleurs de la santé pour différents modèles : Parmi les travailleurs de la santé (TS), la majorité (53,7 %) préférait que les ARV soient dispensés par des organisations communautaires, suivies par les établissements de santé (28 %), la livraison à domicile (6,5 %) et les groupes de soutien (6,1 %). Seulement 1,8 % des travailleurs de la santé interrogés pensaient que les ARV devraient être dispensés par des pharmacies privées (communautaires).

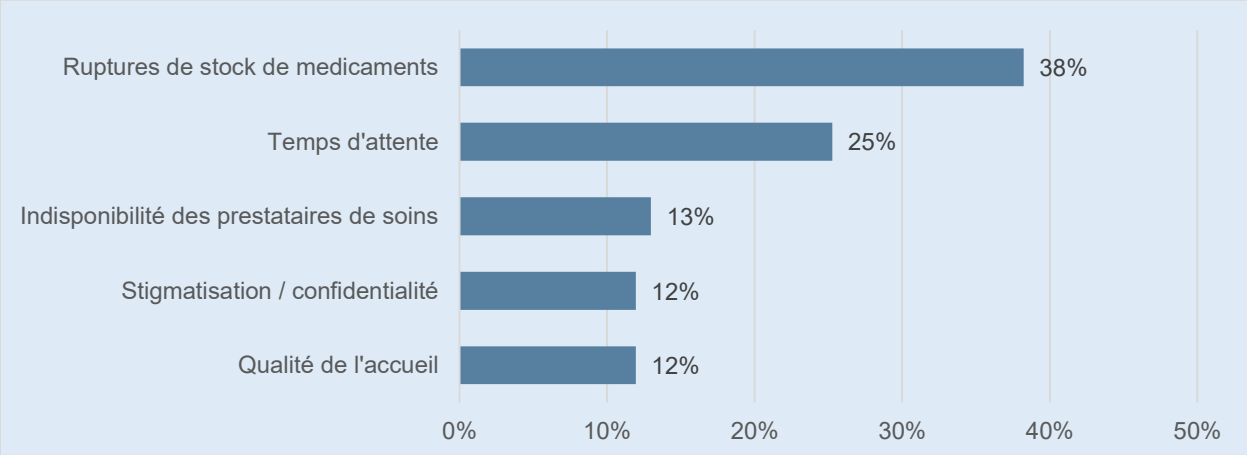
Figure 5. Distribution des préférences des travailleurs de la santé pour les modèles de distribution d'ARV



Préoccupations des patients concernant les services offerts par les organisations communautaires et les centres de soins et de traitement : Parmi les patients des organisations communautaires, la rupture de stock d'ARV, signalée par 38 % des personnes

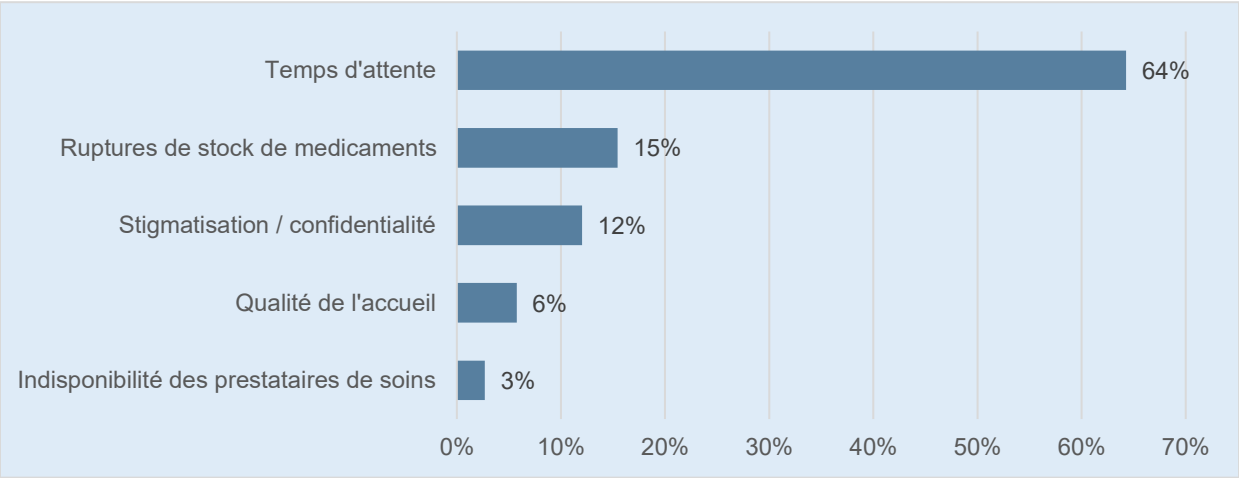
interrogées, était la préoccupation la plus courante, suivie par les longs délais d'attente, signalés par 25 %.

Figure 6. Répartition des préoccupations des patients des OBC



D'autre part, parmi les patients des unités de soins et de traitement (CTU), le temps d'attente était la principale préoccupation, signalée par 64% des répondants, préoccupation prédominante, alors que seulement 15 pour cent d'entre eux ont signalé des ruptures de stock d'ARV comme une préoccupation.

Figure 7. Distribution des préoccupations des patients des unités de soins et de traitement



Avantages et obstacles rapportés à la dispensation de l'OBC : La plupart des participants ont affirmé que la dispensation des OBC a conduit à une réduction du temps d'attente des patients, à un suivi plus personnalisé, à un bon accueil des patients, à une réduction perçue de la stigmatisation, et à plus d'intimité, de confidentialité, d'accessibilité et de flexibilité. En outre, les participants ont estimé que la dispensation par les OBC permettait de réduire la congestion dans les établissements de santé et, potentiellement, l'exposition aux infections. Les parties prenantes de différentes régions avaient des préférences pour différents modèles. Par exemple, les patients des régions du nord préféraient le ramassage du TARV dans les établissements de santé au ramassage du TARV dans les communautés, qui était le modèle préféré dans la région du nord-ouest. Les personnes interrogées avaient des opinions favorables sur la dispensation du TARV via des pharmacies privées (surtout pour les

Boîte 1. Stratégies proposées pour améliorer la dispense communautaire

- Améliorer la formation du personnel des OBC et renforcer les capacités des OBC ainsi que la supervision des OBC
- Améliorer le financement des activités des OBC, améliorer le soutien logistique aux OBC, recruter du personnel plus compétent pour les OBC
- Augmenter le nombre d'OBC
- Renforcer la collaboration entre les établissements de santé et les organisations communautaires
- Fournir un ensemble plus complet de services au niveau des OBC pour répondre à d'autres besoins
- Sensibiliser les patients des établissements de santé à la dispensation des services par les OBC et à d'autres modèles

participants urbains), des organisations confessionnelles, des groupes de soutien et la livraison à domicile.

Les entretiens et les discussions de groupe ont permis d'identifier plusieurs obstacles à la dispensation des ARV par les OBC, notamment le manque de volonté politique, les ruptures de stock d'ARV, le manque de soutien et de formation du personnel des OBC, la méfiance du personnel de l'établissement à l'égard des OBC, la faible sensibilisation des patients, le manque de personnel et les problèmes de confidentialité et de stigmatisation. L'encadré 1 présente des stratégies permettant de surmonter ces obstacles et d'améliorer la dispensation au niveau communautaire.

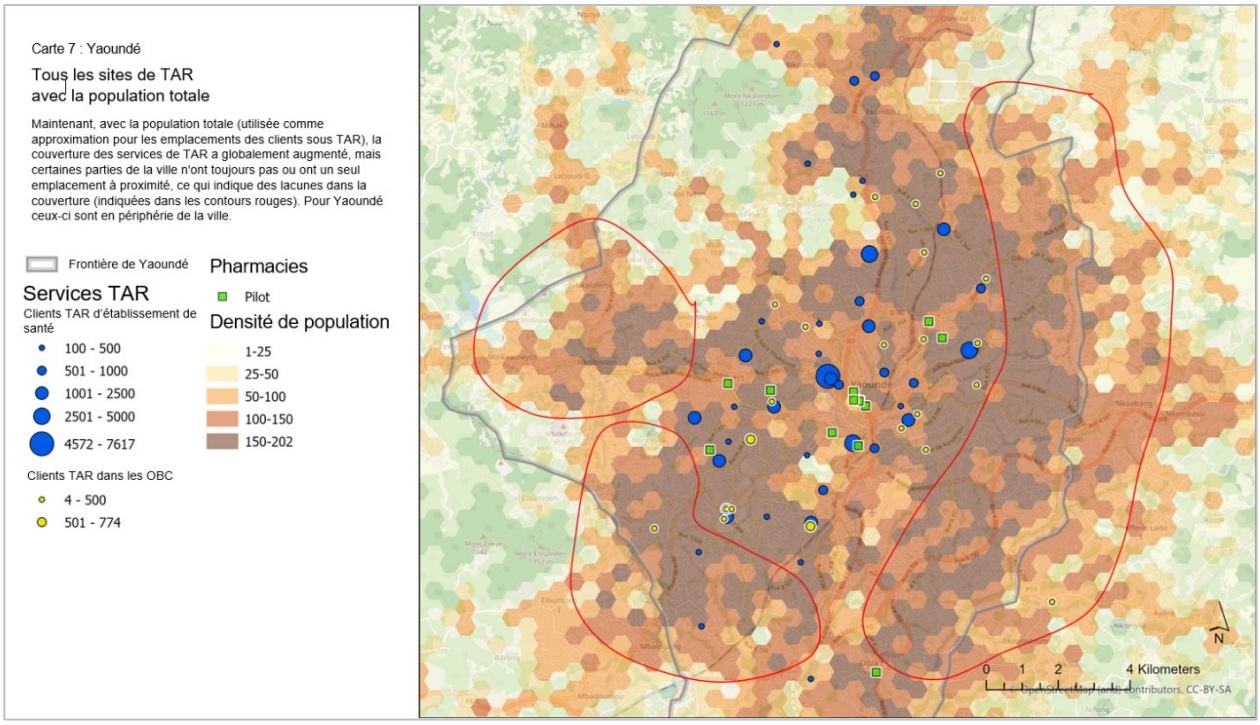
OBJECTIF 2. DÉTERMINER LA FAISABILITÉ DE LA MISE EN ŒUVRE DU MODÈLE DE PHARMACIE COMMUNAUTAIRE POUR LA DISPENSATION D'ARV

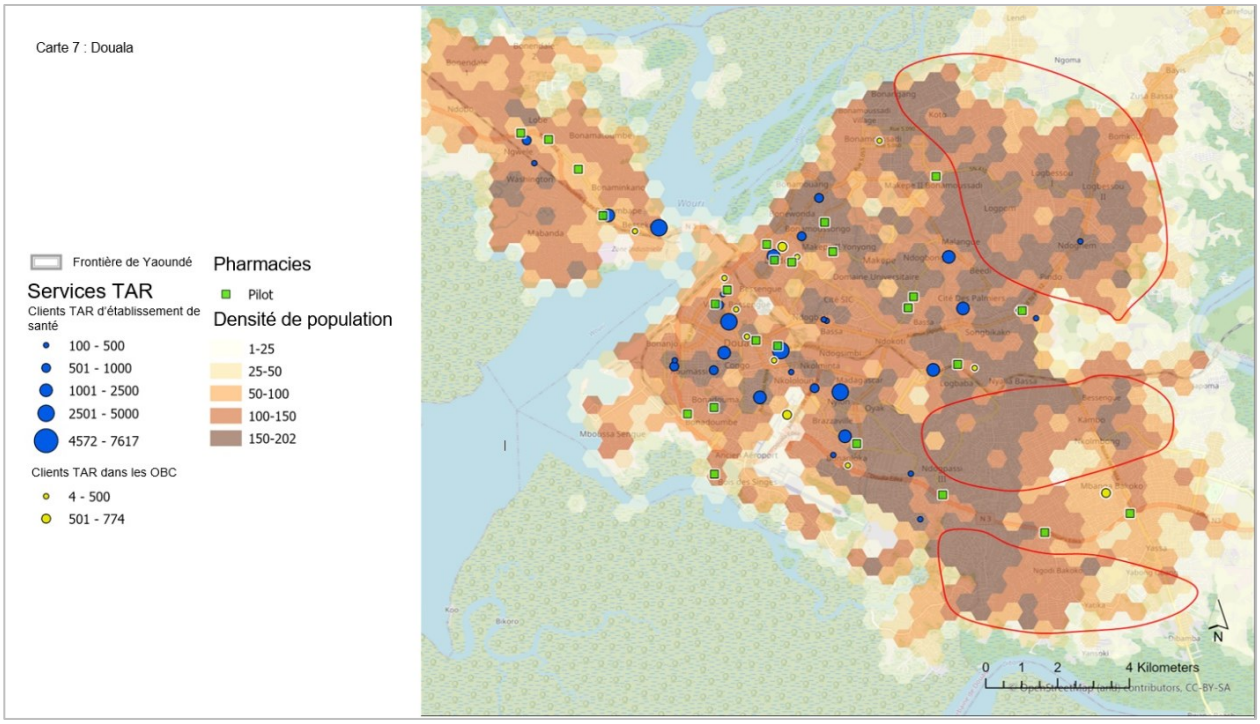
Dans le cadre de l'évaluation des modèles de dispensation communautaires existants, l'équipe d'EpiC a également évalué la faisabilité de la mise en œuvre du modèle de pharmacie privée.

Résultats de l'enquête sur les pharmacies

Capacité et volonté des pharmacies privées à dispenser des ARV : Sur environ 400 pharmacies enregistrées au Cameroun, environ 250 sont basées dans les zones urbaines et périurbaines des deux plus grandes villes de Douala et Yaoundé. Parmi les pharmacies interrogées dans les régions du Centre et du Littoral, 87% (69/79) étaient disposées à dispenser des ARV, et 55% (45/82) avaient la capacité et les ressources humaines et matérielles nécessaires pour commencer la dispensation des ARV. Cependant, elles avaient besoin d'une formation supplémentaire en matière de référence (17,1%), d'effets indésirables des médicaments (40,8%), de stigmatisation et de confidentialité (14,5%) et de conseil (27,6%). Bien qu'il semble y avoir une concentration importante de patients séropositifs dans les zones urbaines et périurbaines de Yaoundé et Douala, comme l'illustre la figure 8, les centres de traitement du VIH, les organisations communautaires et certaines pharmacies semblent être concentrés dans les zones urbaines, ce qui laisse un vide important en matière d'accès au TARV pour les patients des zones périurbaines. Cependant, de nombreuses pharmacies sont également situées dans ces zones périurbaines et pourraient contribuer à répondre aux besoins en TARV de ces patients.

Figure 8. Carte illustrant la concentration de pharmacies, de patients sous TARV dans les organisations communautaires et les établissements de santé, et la densité de population à Yaoundé et Douala





OBJECTIF 3. SOUTENIR LE NACC POUR METTRE EN ŒUVRE CERTAINS DES MODÈLES DE DISPENSE DE TAR COMMUNAUTAIRE QUI SERONT RETENUS DE L'ÉVALUATION

L'équipe d'EpiC a collaboré avec le CNLS, l'Agence américaine pour le développement international (USAID), l'Ordre national des pharmaciens du Cameroun, des organisations de la société civile et d'autres parties prenantes pour piloter les modèles jugés acceptables par l'évaluation, y compris le modèle de pharmacie. Dans le cadre de cet effort, l'équipe d'EpiC Cameroun a rédigé et partagé un plan de pilotage du modèle de pharmacie avec trois scénarios différents basés sur les frais d'utilisation et a fourni une assistance technique au Conseil et au Syndicat des pharmaciens pour estimer le coût réel de la fourniture d'ARV via les pharmacies au Cameroun. Les résultats des évaluations ont été présentés au ministère de la Santé, et le modèle de pharmacie privée a été approuvé pour fonctionner au Cameroun lors d'une réunion convoquée par le ministre de la Santé publique le 30 avril 2021. EpiC Cameroun continue de faciliter les discussions sur la politique de frais d'utilisation qui sera adoptée par le groupe de travail technique (GTT) pour la dispensation des ARV en pharmacie privée (PPD) au Cameroun. Les décisions seront prises après une visite sur site par certains membres du GTT au cours de laquelle les pharmaciens choisiront le scénario de frais d'utilisation qu'ils préfèrent. En plus du PPD, en raison de l'intérêt croissant de l'USAID, le siège de FHI 360 / EpiC a partagé avec la mission de l'USAID / Cameroun une estimation du coût de l'introduction du modèle de dispensation automatisée des ARV.

OBJECTIF 4. AIDER LE NACC À METTRE À JOUR LA POLITIQUE, LES SYSTÈMES ET LES OUTILS DE DISPENSATION DE L'ART COMMUNAUTAIRE SUR LA BASE DES RÉSULTATS DE L'ÉVALUATION

EpiC / Cameroun continue à fournir un soutien continu au consultant du CNLS pour mettre à jour la politique nationale sur la dispensation communautaire. En même temps qu'une copie du rapport d'évaluation, des recommandations ont été fournies au consultant du CNLS - y compris le besoin de modèles multiples et la possibilité pour les patients de choisir le modèle de ramassage des ARV qui correspond à leurs besoins - pour informer les mises à jour de la politique. Des contributions continueront d'être fournies à l'équipe tout au long du processus.

Engagement des parties prenantes

Depuis le début du projet en septembre 2020, de nombreuses sessions d'engagement des parties prenantes ont eu lieu avec le CNLS, les organisations de la société civile (ReCap+, Humanity first, Horizon Femmes et Coalition Social), le personnel des établissements de santé, les patients, les prestataires de soins, les OBC, l'Ordre national des pharmaciens du Cameroun et la Direction de la Pharmacie, du Médicament et des Laboratoires (DPML).

L'USAID et le CNLS ont été engagés dès le début du projet par le biais de réunions virtuelles et en personne pour développer la portée du travail et les objectifs des activités de la DDD. Avec

le CNAC, l'équipe EpiC / Cameroun a dirigé l'évaluation en rédigeant un protocole d'évaluation qui a été validé et finalisé par les parties prenantes susmentionnées lors d'un atelier de trois jours à Mbalmayo en octobre 2020. Après la collecte des données en décembre, un atelier de quatre jours a été organisé pour analyser les données collectées et commencer la rédaction du rapport d'évaluation. Une réunion de plaidoyer a été organisée en février 2021 avec des organisations de la société civile sélectionnées, CNLS, et DPML, au cours de laquelle le résumé des résultats de l'évaluation a été présenté. Les parties prenantes ont exprimé leur acceptation générale de la nécessité d'introduire la dispensation du TARV par le biais des pharmacies communautaires.

Développement de cas d'affaires

Pour renforcer l'acceptation du PPD, EpiC a engagé l'Ordre national des pharmaciens du Cameroun pour présenter les résultats de l'évaluation et expliquer comment les pharmacies bénéficieront du modèle PPD. Par la suite, les pharmaciens ont exprimé un soutien massif au modèle mais ont également indiqué la nécessité d'une compensation minimale pour les services. Un groupe de quatre personnes, dont deux membres de l'équipe EpiC / Cameroun, a évalué les coûts directs de la mise en œuvre de ce modèle dans les pharmacies. Le coût direct a été estimé à environ 279 200 francs CFA centrafricains (500 $ US) par trimestre, soit le montant proposé à chaque pharmacie pour couvrir le ticket modérateur sur une période de six mois dans un scénario. Une collaboration est en cours avec l'Ordre national des pharmaciens et d'autres parties prenantes pour parvenir à un consensus sur le scénario de frais d'utilisation le plus approprié.

Les leçons apprises

Les défis rencontrés lors de la mise en œuvre ont permis de tirer des enseignements pour les travaux futurs :

- Les termes de référence commandant l'évaluation de la stratégie communautaire de dispensation du TARV au Cameroun n'étaient pas explicites, et les objectifs de l'évaluation ont changé pendant la rédaction du protocole d'évaluation. Une grande quantité de temps a été consacrée à la révision et à la mise à jour du protocole d'évaluation. Nous suggérons qu'à l'avenir, l'équipe du CNLS fournisse des termes de référence plus détaillés lorsqu'elle commandera une telle évaluation.
- Une approche séquentielle explicative à méthodes mixtes aurait pu être une approche méthodologique plus appropriée si le temps et les ressources l'avaient permis. Cependant, nos résultats étaient suffisamment significatifs pour tirer certaines conclusions.
- Au cours du processus de collecte des données, nous avons dû faire face à un manque de coopération de la part de certains sites pour fournir des données. Cela a posé des problèmes pour la collecte de données pour tous les indicateurs. Pour relever ce défi à l'avenir, il faudra engager les partenaires de mise en œuvre (PM), avoir une

communication plus efficace avec les dirigeants des hôpitaux et obtenir un engagement plus fort du groupe technique régional pour le leadership en matière de sida.

- Étant donné que le financement initial du projet EpiC au Cameroun ne prévoyait pas de soutien pour une évaluation, nous pensons que le financement était insuffisant pour mener l'évaluation sans faille. Nous proposons que les projets de lutte contre le VIH / SIDA intègrent dans leur budget une composante d'évaluation bien pensée et chiffrée.
- La volonté politique et le contexte sont essentiels à l'introduction de nouvelles stratégies de distribution d'ARV comme le PPD dans le contexte du Cameroun, même avec la volonté des bénéficiaires et les avantages perçus.
- L'engagement du gouvernement tout au long du processus est essentiel pour atteindre les objectifs fixés.

Prochaines étapes et plan de transition

Les prochaines étapes concernant le DDD au Cameroun comprendront, sans s'y limiter, les éléments suivants :

- Mener un PPD pilote au Cameroun qui impliquera :
  - Organisation d'une réunion du GTT afin de convenir des modalités de pilotage des DDD et de la politique en matière de frais d'utilisation.
  - Signature de protocoles d'accord entre les pharmacies privées et le ministère de la Santé publique.
  - Formation du personnel des pharmacies sur la dispensation des ARV
  - Conception et adaptation du manuel de formation sur les DDD, des outils de collecte de données, des procédures opérationnelles standard (POS), des outils de communication et des formulaires de consentement.
  - Recrutement et transfert des patients à des pharmacies privées sélectionnées à Yaoundé et Douala.
  - La mise en place d'un système de flux de données (collecte et rapport), qui comprend la connexion de l'application DDD au logiciel national de gestion des données actuellement utilisé dans les centres de traitement.
  - Organiser régulièrement des visites conjointes (EpiC, CNLS, Pharmacy Board / Syndicat) de mentorat et de supervision dans les pharmacies.
- Effectuer le calcul des coûts pour d'autres modèles de DDD comme les modèles de dispensation automatisée.
- Mettre en œuvre le modèle de pharmacie à Yaoundé et Douala, et l'étendre pour desservir les quatre zones couvertes par les quatre PM du PEPFAR, car il existe également des sites à fort volume dans ces régions. Transition vers les IP après septembre 2021.

- Formaliser la livraison à domicile avec les établissements de santé et les OBC, soit par le biais d'un agent communautaire, soit par l'utilisation de services postaux locaux.
- Fournir une assistance technique aux organisations communautaires actuellement impliquées dans les modèles de prestation communautaire afin d'améliorer la documentation et les rapports.
- Soutenir l'introduction de l'application DDD dans les organisations communautaires afin de remédier à la faiblesse de la documentation et des rapports identifiés comme des défis majeurs dans les organisations communautaires.

Référence

PEPFAR. Cameroon Country Operational Plan COP 2020 Strategic Direction Summary. 2020. https://www.state.gov/wp-content/uploads/2020/07/COP-2020-Cameroon-SDS-FINAL.pdf

Ce rapport est rendu possible grâce au généreux soutien du peuple américain à travers l'Agence des États-Unis pour le développement international (USAID) et le Plan d'urgence du président américain pour la lutte contre le sida (PEPFAR). Le contenu relève de la responsabilité de FHI 360 et ne reflète pas nécessairement les vues de l'USAID, du PEPFAR ou du gouvernement des États-Unis.