

Projet Atteindre les objectifs  
et maintenir le contrôle  
épidémique (Epic)

ACCORD DE COOPÉRATION  
N° 7200AA19CA00002

# Distribution décentralisée du traitement antirétroviral par le biais du secteur privé

**GUIDE STRATÉGIQUE POUR UNE MISE  
EN ŒUVRE À GRANDE ÉCHELLE  
DÉCEMBRE 2019**



# Table des matières

<b>Remerciements</b> .....	<b>4</b>
<b>Abréviations</b> .....	<b>5</b>
<b>Résumé Analytique</b> .....	<b>7</b>
<b>1. Pourquoi envisager une distribution décentralisée par le secteur privé et quels sont ses avantages potentiels ?</b> .....	<b>11</b>
1.1 Complémentarité entre la distribution décentralisée par le biais .....	14
<b>2. du contexte national et du paysage politique</b> .....	<b>15</b>
2.1 Organisation mondiale de la Santé et UNAIDS .....	15
2.2 Le PEPFAR et le Fonds mondial .....	15
2.3 Pays sélectionnés .....	16
<b>3. Modèles de distribution décentralisée du traitement antirétroviral par le biais du secteur privé.....</b>	<b>24</b>
3.1 Pharmacie communautaire (PC) .....	25
3.2 Automated dispensing models .....	27
3.3 Modèles des hôpitaux privés .....	31
<b>4. Recommandation pour la mise en œuvre et l'extension de la distribution décentralisée du traitement antirétroviral par le biais du secteur privé</b> .....	<b>43</b>
4.1 Facteurs à prendre en compte lors du choix d'un modèle de distribution décentralisée du secteur privé .....	43
4.2 Étapes à suivre lors de la planification de la mise en œuvre/l'extension de la distribution décentralisée du traitement antirétroviral .....	45
<b>Résumé et recommandations</b> .....	<b>59</b>
<b>Annexes</b> .....	<b>61</b>
Annexe 1 : Description du modèle d'estimation permettant d'évaluer l'incidence potentielle de l'introduction/extension des modèles de distribution décentralisée.....	61
Annexe 2 : Exemple illustratif : introduction et extension des modèles de distribution décentralisée au Zimbabwe.....	63
<b>Références</b> .....	<b>68</b>

## Remerciements

Le guide a été élaboré par James Batuka (EpiC), Moses Bateganya (EpiC/FHI 360) et Irina Yacobson (FHI 360). Le modèle d'estimation a été développé par Catherine Cantelmo, Chris Cintron, Jorge Ugaz et Sara Bowsky (Palladium). Les auteurs tiennent à remercier Olusola Sanwo (SFI/FHI 360 Nigeria) et Thembi Xulu, Marcus Renick, Fanie Hendriksz (Right to Care) pour leur précieux éclairage sur les différents modèles de distribution, ainsi que des informateurs clés du Nigeria, de la Zambie, de l'Afrique du Sud, de la Tanzanie, de l'Ouganda, du Kenya, du Lesotho, du Malawi, du Zimbabwe et du Vietnam qui ont partagé leurs expériences en matière de distribution décentralisée des traitements antirétroviraux.

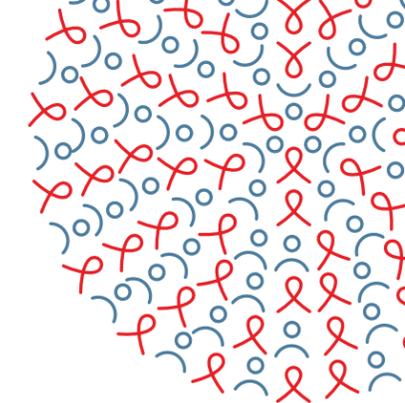
Les auteurs tiennent également à remercier tous ceux qui ont relu et/ou émis des commentaires, notamment Hannah Marqusee, Susanna Baker, Judy Chen, Kelly Badiane, Tom Minior et Josef Tayag.

---

Ce rapport est rendu possible grâce au soutien généreux 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 est la responsabilité de FHI 360 et ne reflète pas nécessairement l'opinion de l'USAID, du PEPFAR ou du gouvernement des États-Unis.

## Abréviations

<b>SIDA</b>	syndrome d'immunodéficience acquise
<b>AIM</b>	modèle d'impact du sida (AIDS impact model)
<b>TAR</b>	traitement antirétroviral
<b>ARV</b>	antirétroviral
<b>CP</b>	capacité de paiement
<b>CCMDD</b>	dispensation et distribution centrales des traitements chroniques (central chronic medication dispensing and distribution)
<b>UDC</b>	unité centrale de distribution
<b>CIDRZ</b>	Centre de recherche sur les maladies infectieuses en Zambie (Center for Infectious Disease Research in Zambia)
<b>PC</b>	pharmacie communautaire
<b>MPC</b>	modèle de pharmacie communautaire
<b>DD</b>	distribution décentralisée
<b>MDD</b>	modèle de distribution décentralisée
<b>ELMIS</b>	système d'information électronique de gestion logistique (electronic Logistics Management Information System)
<b>DME</b>	dossier médical électronique
<b>VIH</b>	virus de l'immunodéficience humaine
<b>RHS</b>	ressources humaines pour la santé
<b>IDI</b>	Institut des maladies infectieuses (Infectious Diseases Institute)
<b>IHVN</b>	Institut de virologie humaine du Nigeria (Institute of Human Virology in Nigeria)
<b>KHFSA</b>	évaluation des systèmes de financement de la santé au Kenya (Kenya Health Financing Systems Assessment)
<b>PVS</b>	perdu de vue lors du suivi
<b>DPM</b>	distribution sur plusieurs mois
<b>PPM</b>	prescription sur plusieurs mois
<b>MS</b>	Ministère de la Santé
<b>PA</b>	protocole d'accord
<b>NASA</b>	évaluation des dépenses nationales sur le sida (National AIDS Spending Assessment)
<b>UCO</b>	unité de collecte des ordonnances
<b>UDP</b>	unité de distribution pharmaceutique
<b>PEPFAR</b>	Plan d'urgence du président américain pour la lutte contre le sida (U.S. President's Emergency Plan for AIDS Relief)
<b>PVVIH</b>	personnes vivant avec le VIH
<b>SFI</b>	Initiative de financement durable (Sustainable Financing Initiative)
<b>POS</b>	procédure opérationnelle standard
<b>TB</b>	tuberculose
<b>TX_CURR</b>	nombre de personnes actuellement sous traitement antirétroviral
<b>OMS</b>	Organisation mondiale de la Santé
<b>CP</b>	consentement à payer



## RÉSUMÉ ANALYTIQUE

L'objectif de ce document est de fournir des informations et des conseils aux pays qui envisagent d'introduire et/ou d'étendre les modèles de distribution décentralisée (MDD) pour fournir des traitements antirétroviraux (TAR) par le biais du secteur privé. Le guide comprend (1) un résumé des MDD existants, (2) des informations destinées à aider les donateurs, les gouvernements et les responsables de programmes à prendre des décisions sur le modèle le mieux adapté à leur pays/cadre, et (3) les étapes à suivre pour planifier l'introduction et l'extension de ces modèles aux niveaux national et infranational.

La fourniture efficace et durable d'un traitement antirétroviral (TAR) à un nombre croissant de personnes vivant avec le VIH (PVVIH) et ayant accès à un traitement nécessite des approches innovantes qui rendront les services plus pratiques pour les patients tout en réduisant le fardeau pour les systèmes de santé. L'une de ces approches innovantes en matière de fourniture de TAR consiste à faire en sorte que les clients cliniquement stables qui reçoivent actuellement un TAR dans des établissements publics puissent obtenir leur renouvellement auprès de prestataires du secteur privé. Trois MDD pour la fourniture de TAR par le secteur privé sont en cours d'étude dans plusieurs pays avec des résultats prometteurs. Les MDD de TAR qui suivent ont été identifiés grâce à une analyse de dossiers et à des entretiens avec des informateurs clés dans plusieurs pays d'Afrique subsaharienne :

- **Pharmacie communautaire.** Dans les établissements publics, les patients sous TAR qui sont cliniquement stables sont orientés vers une pharmacie communautaire privée pour le renouvellement des médicaments antirétroviraux (ARV). Le service est soit gratuit, soit accessible moyennant des frais d'ordonnance modiques. Les pharmacies reçoivent les ARV du gouvernement/de l'établissement public. La version de ce modèle dans lequel les patients contribuent est plus durable car elle encourage la mobilisation des ressources nationales.
- **Modèles de distribution automatisée.** Il s'agit notamment des unités de distribution pharmaceutique (UDP), des casiers/unités de collecte des ordonnances (UCO) et des unités centrales de distribution (UCD). Les modèles automatisés nécessitent moins de ressources humaines de santé (RHS) et améliorent l'accès aux TAR. Les patients reçoivent des renouvellements d'ARV par le biais de systèmes sans personnel, mais peuvent joindre un pharmacien par voie électronique ou par téléphone si une aide est nécessaire. Les patients ne sont pas facturés pour les ARV ou les services.

- **Hôpitaux privés.** Dans le cadre de ce modèle, l'établissement de santé privé peut recevoir des ARV financés par le gouvernement/les donateurs qui sont fournis gratuitement aux PVVIH, mais le client paie pour les consultations et autres services. Contrairement aux deux modèles précédents, dans ce modèle, les clients peuvent recevoir des services complets en matière de VIH en plus des ARV. Certains hôpitaux achètent leurs propres stocks d'ARV et facturent les patients à la fois pour les médicaments et les services. On ignore dans quelle mesure les services VIH non subventionnés sont utilisés.

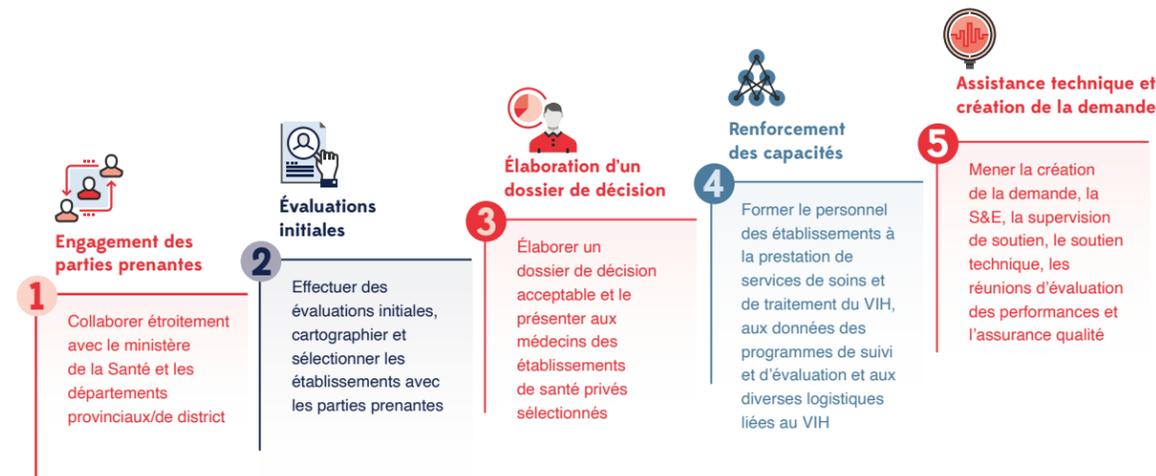
Les gouvernements ou les partenaires de mise en œuvre qui souhaitent introduire ou étendre un ou plusieurs des MDD de TAR doivent prendre en compte une grande variété de facteurs spécifiques à chaque pays, notamment :

- Le contexte des régions dans lesquelles les MDD doivent être mis en œuvre ou étendus (par ex., régions avec le plus grand nombre de patients sous TAR, zones urbaines densément peuplées avec des cliniques surpeuplées et des ressources humaines limitées, etc.)
- La taille de la population de patients sous TAR (TX\_CURR) et la proportion approximative de ceux qui sont cliniquement stables et éligibles pour une transition vers le secteur privé (pour les besoins de ce guide, définis comme étant âgés de 18 ans ou plus, sous un schéma de TAR de première ligne, et associés à une suppression virale)
- Les avantages pour les patients du ou des MDD par le secteur privé par rapport à d'autres modèles de prestation de services différenciés (PSD)
- Pour les modèles dans lesquels les patients doivent payer des frais de service, la proportion approximative de PVVIH ayant la capacité et la volonté de payer pour le MDD spécifique

Parmi les autres considérations stratégiques pour une mise en œuvre réussie des MDD de TAR, on peut citer :

- Un environnement favorable, comprenant des politiques de soutien et des exigences légales/réglementaires en place, l'engagement des parties prenantes, une bonne coordination entre les prestataires des secteurs public et privé, et des mécanismes de gestion des données (recueil des données, partage des données entre les partenaires publics et privés, et fusion des données du secteur privé avec les bases de données gouvernementales)

**LE PROCESSUS** d'introduction et d'extension d'un ou plusieurs MDD de TAR inclut les étapes suivantes :



- La préparation du secteur privé, notamment des infrastructures adéquates, des prestataires formés, des systèmes d'assurance et d'amélioration de la qualité et des mécanismes permettant de garantir la disponibilité des ARV grâce à une chaîne d'approvisionnement solide et à une coordination efficace entre le gouvernement, les établissements de santé publique et les prestataires de soins de santé du secteur privé
- Des critères de sélection clairs pour les établissements publics et privés qui participent à la distribution décentralisée (DD) de TAR, ainsi que des critères d'éligibilité pour les patients qui peuvent être orientés vers le secteur privé

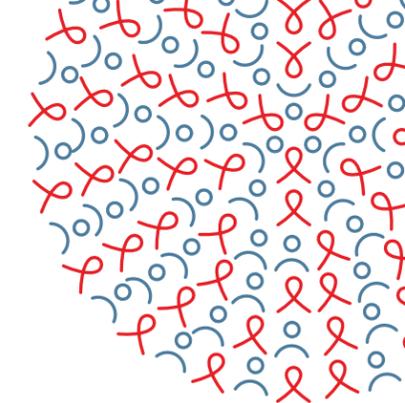
L'impact prévu comprend :

- Réduction du nombre de patients perdus de vue et potentiellement moins de nouvelles infections et de décès liés au sida
- Réduction des coûts pour les bailleurs de fonds (par exemple, les gouvernements, le plan d'urgence du président américain pour la lutte contre le sida [PEPFAR]). Une partie de ces économies résulterait de la réduction des dépenses en ressources humaines, des frais généraux des établissements et des produits ARV (si une partie des patients passe à un MDD entièrement privé).
- Réduction des coûts pour les patients grâce à la diminution des frais de transport et des coûts de renoncement

À titre d'exemple, ce guide fournit des estimations de l'impact potentiel de l'extension du modèle de pharmacie de communautaire au Zimbabwe pour 2020-2024 en utilisant un modèle d'estimation développé par Palladium.

Zimbabwe : dans le cadre du scénario d'extension de la DD, le modèle prévoit que 130 875 patients sous TAR seront soumis à un modèle de pharmacie de proximité (MPP) d'ici 2024, ce qui représente 10 % de toutes les personnes sous TAR âgées de 18 ans et plus. Le modèle prévoit une certaine amélioration de la rétention des soins dans le cadre du scénario de MDD, ainsi qu'une diminution des nouvelles infections et des décès liés au sida. Selon ce modèle, le gouvernement du Zimbabwe et le PEPFAR économiseraient respectivement 0,4 million et 0,8 million de dollars US, tandis que les économies réalisées pour les patients dépasseraient 12 millions de dollars US.

Pour le Zimbabwe, et potentiellement d'autres pays qui envisagent de développer le MDD, les économies réalisées par les gouvernements et les donateurs peuvent être accrues grâce à un engagement plus poussé et à des innovations dans le secteur privé, ce qui permettrait à un plus grand nombre de patients de choisir d'utiliser le MDD.

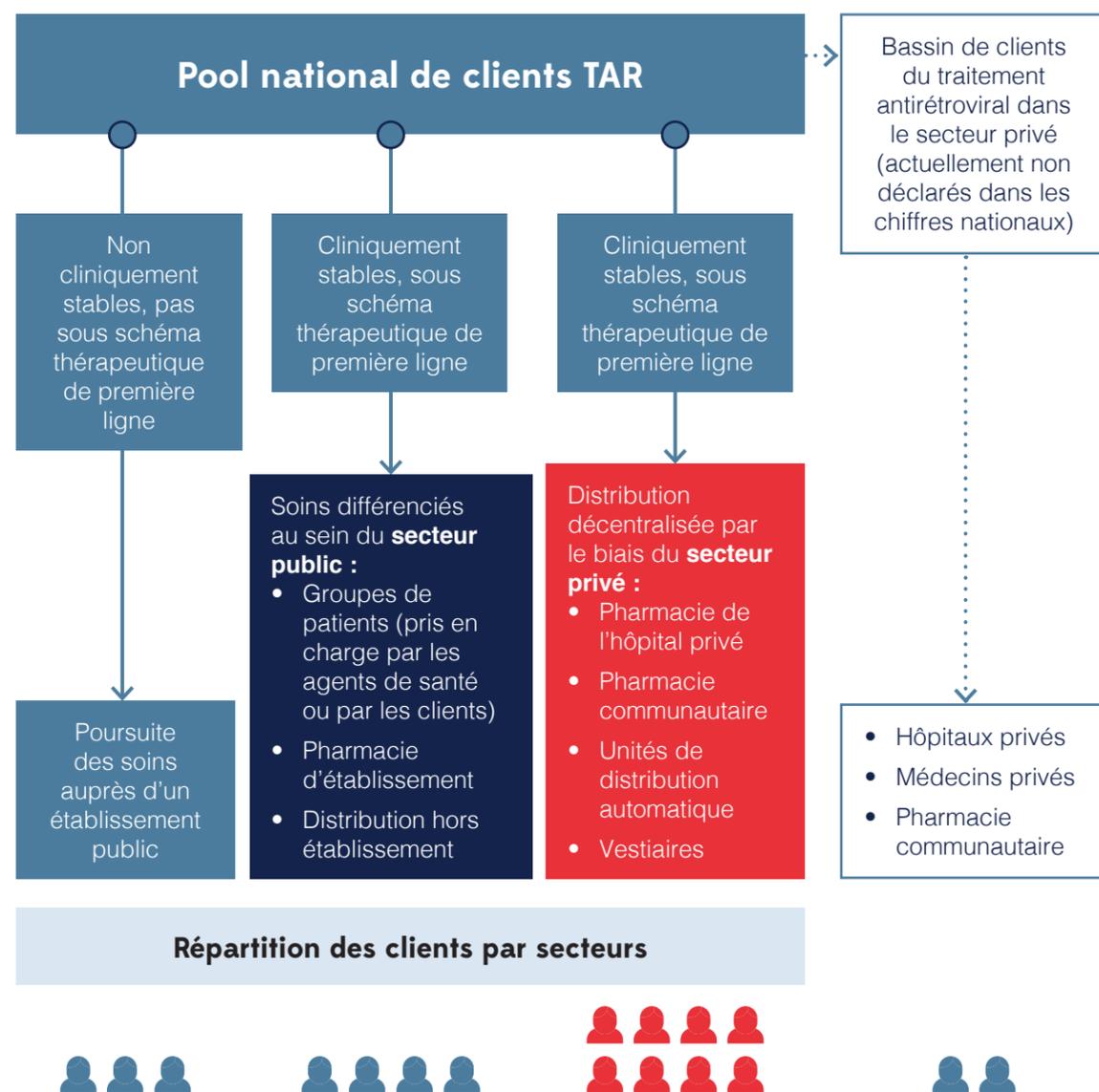


## 1 Pourquoi envisager une distribution décentralisée par le secteur privé et quels sont ses avantages potentiels ?

À la mi-2019, 24,5 millions de PVVIH dans le monde avaient accès à un TAR, contre 7,7 millions en 2010 (ONUSIDA, 2019). Si le nombre de nouvelles infections a diminué de 40 % depuis le pic de l'épidémie en 1997, il n'en reste pas moins qu'environ 1,7 million de personnes ont été diagnostiquées séropositives au VIH en 2018. Actuellement, on estime que l'Afrique compte 25,8 millions de PVVIH, dont 16,5 millions seraient sous TAR (ONUSIDA, 2019) ; la majorité d'entre elles sont sous traitement depuis plus d'un an et sont cliniquement stables. Si l'approche consistant à « tester et à traiter » peut améliorer les résultats en matière de VIH et réduire le nombre de nouvelles infections, elle a généré une augmentation rapide du nombre de patients sous TAR. Cela a accru le fardeau pour les systèmes de santé publique, provoquant de longues files d'attente dans les cliniques et des délais d'attente prolongés pour les clients. Le volume élevé de patients dans les cliniques réduit le temps par patient, ce qui entraîne une diminution de la qualité des interactions entre les clients et les prestataires et augmente le taux de perdus de vue (PDV).

En outre, la lutte contre le VIH continue d'être fortement financée par des ressources extérieures, principalement le PEPFAR et le Fonds mondial, bien que les niveaux de financement soient en baisse. À la fin de 2018, 19 milliards de dollars US étaient disponibles pour la lutte contre le VIH dans les pays à faible et moyen revenu, soit près d'un milliard de moins qu'en 2017 (ONUSIDA, 2019). L'ONUSIDA estime que 26,2 milliards de dollars US seront nécessaires pour la lutte contre le VIH en 2020. Ce déficit peut avoir un effet négatif sur la disponibilité des produits de base et des ressources humaines nécessaires à la fourniture de soins et de traitements contre le VIH. Les pays doivent mettre en place des systèmes pour garantir que les progrès réalisés dans la lutte contre l'épidémie de VIH ne soient pas réduits à néant et que les services de traitement du VIH deviennent plus efficaces et plus durables dans un contexte de diminution des financements des donateurs.

**FIGURE 1.** Vision pour la distribution future des TAR par le secteur privé



Pour assurer la durabilité des services de traitement du VIH, le secteur privé devrait jouer un rôle plus important en augmentant l'accès au TAR (figure 1). La DD offre la possibilité d'adopter une « approche de marché total » pour parvenir à contrôler l'épidémie.

Si la différenciation des soins dans les établissements publics, notamment l'introduction de la distribution sur plusieurs mois (DPM) d'ARV, a offert des possibilités de simplifier les soins aux patients, elle ne réduit pas suffisamment le fardeau pour les systèmes de soins de santé et reste non viable sans le soutien des donateurs. Ainsi, les pays étudient comment le secteur privé peut compléter les efforts de soins différenciés du secteur

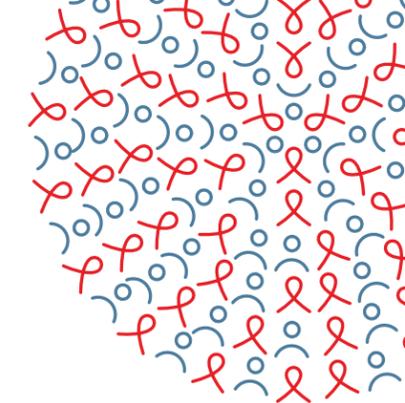
public et accroître la couverture, la qualité et la commodité de la prestation de services (Figure 2). Les points de vente du secteur privé sont une voie supplémentaire prometteuse pour la prestation de services liés au VIH. Ces points de vente peuvent offrir aux clients une plus grande intimité, une plus grande confiance, des lieux et des horaires plus pratiques, une disponibilité plus constante des stocks, des temps d'attente plus courts et des soins davantage axés sur le client. Ils peuvent offrir une valeur ajoutée à des populations de clients spécifiques, comme les hommes, afin de garantir le maintien de leurs soins.

La majorité des PVVIH ont actuellement accès à des soins au sein d'établissements publics où le traitement du VIH est largement disponible et gratuit. Toutefois, un certain nombre de pays où la classe moyenne est en expansion pourraient être bien placés pour tirer parti du secteur privé, où les services sont plus pratiques (par ex., service plus rapide, plus proche du domicile) tout en restant abordables. Par exemple, une étude menée au Kenya a révélé que 24 % des PVVIH sous TAR interrogées étaient prêtes à payer des frais d'ordonnance pour des services de renouvellement d'ARV dans des pharmacies privées (McKinsey, 2017), tout comme 29 % des PVVIH sous TAR interrogées dans le cadre de l'évaluation initiale de l'Initiative de financement durable (SFI) menée par le SIDHAS (Strengthening Integrated Delivery of HIV/AIDS Services) au Nigeria. Néanmoins, les besoins et préférences des patients doivent être pris en compte lorsqu'il s'agit de choisir entre des modèles de DD entièrement subventionnés et ceux qui impliquent une rémunération des services.

Divers défis doivent être relevés pour réussir à accroître la participation du secteur privé dans la prestation de services et de produits de traitement du VIH. Il s'agit notamment (1) d'un manque d'agents de santé et de personnel de soutien du secteur privé formés à la prestation de services de lutte contre le VIH (la plupart des formations sur le VIH ont été dispensées aux prestataires du secteur public), et (2) d'un manque de compréhension sur la manière de rendre l'offre de TAR du secteur privé attrayante à la fois pour les clients et pour les prestataires (par ex., en trouvant un équilibre entre la commodité et l'accessibilité financière pour les clients et une certaine forme de profit pour les prestataires privés).

### AVANTAGES DE LA DISTRIBUTION DÉCENTRALISÉE DU TRAITEMENT ANTIRÉTROVIRAL PAR LE BIAIS DU SECTEUR PRIVÉ

- Offre plus de choix pour répondre aux préférences des clients ; offre la commodité et la confidentialité tout en maintenant la qualité
- Réduction de la charge de travail dans les établissements de santé publique, ce qui permet une meilleure interaction entre les clients et les prestataires
- Réduction du temps d'attente moyen des patients dans les établissements de santé publique
- Amélioration du respect des rendez-vous en clinique par les PVVIH
- Renforcement du secteur privé par le renforcement des capacités du personnel des PC et l'assurance qualité
- Augmentation de la satisfaction des clients à l'égard des services
- Économies potentielles pour les clients grâce à la proximité des services
- Amélioration de l'accès aux soins pour les clients qui doivent travailler pendant les heures normales d'ouverture des cliniques
- Réduction de la stigmatisation associée aux visites à l'hôpital
- Renforcement du système d'orientation entre le secteur public et le secteur privé
- Réduction des coûts pour le secteur public grâce à la diminution du nombre de clients

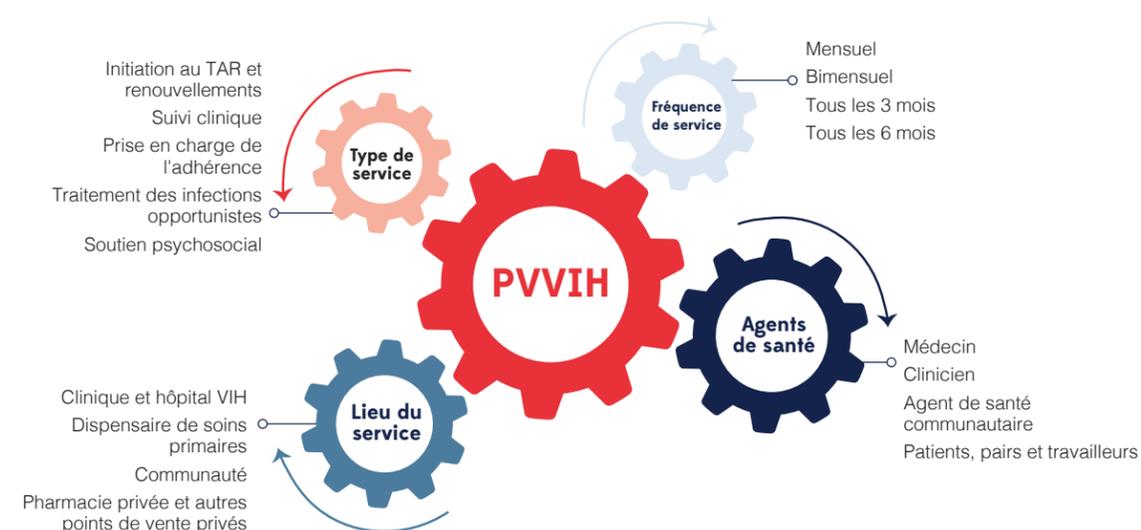


L'intensification de la prestation de services de lutte contre le VIH par le secteur privé pourrait contribuer à l'autonomie des pays en allégeant le fardeau du secteur public, en rendant les services plus accessibles aux clients tout en maintenant la qualité, et en contribuant à une plus grande durabilité financière des programmes de soins et de traitement du VIH.

## 1.1 Complémentarité entre la DD par le secteur privé et la DPM dans le secteur public

La DD de TAR par le secteur privé ajoute une autre option aux modèles de PSD existants, comme la DPM. Bien que la fréquence des collectes (par ex., tous les trois ou six mois) puisse avoir une incidence sur le dossier de décision des pharmacies privées et autres points de distribution, la commodité pour le patient devrait justifier en premier lieu l'extension des modèles. Un mélange optimal de modèles différenciés doit être planifié en fonction des besoins définis par le patient. Quelle que soit la fréquence des renouvellements, la DD de TAR par le secteur privé présente des avantages, notamment la commodité (par ex., lieux proches du domicile ou du lieu de travail, ouverture tardive et le week-end, évitement de longues files d'attente dans les établissements publics très fréquentés), la confidentialité et la perception d'une qualité de services supérieure. Les points de collecte alternatifs qui intègrent d'autres médicaments et sont plus discrets/privés que les points de renouvellement d'ARV traditionnels peuvent également réduire la stigmatisation. En outre, en fonction des directives cliniques/politiques du pays et des modèles de DD disponibles, certains patients qui ne sont pas éligibles pour la DPM, comme ceux qui ne sont pas stables, pourraient bénéficier de la commodité offerte par la DD pour les renouvellements tout en continuant à recevoir des soins cliniques dans l'établissement de santé. La proximité des services donne aux patients la possibilité de choisir la fréquence des renouvellements. Par exemple, un patient qui ne souhaite pas stocker chez lui une réserve de six mois d'ARV peut choisir de collecter les ARV tous les deux ou trois mois au lieu de tous les six mois. Par conséquent, les pays qui prévoient une expansion rapide de la délivrance de médicaments sur six mois devraient prendre en compte les préférences des patients et offrir plus de choix.

**FIGURE 2.** Approche de soins différenciés du VIH - modalités d'intégration de la DD du TAR par le biais du secteur privé<sup>1</sup>



<sup>1</sup>Adapté de l'Organisation mondiale de la Santé, 2016

## 2 Contexte national et paysage politique

### 2.1. Organisation mondiale de la Santé et ONUSIDA

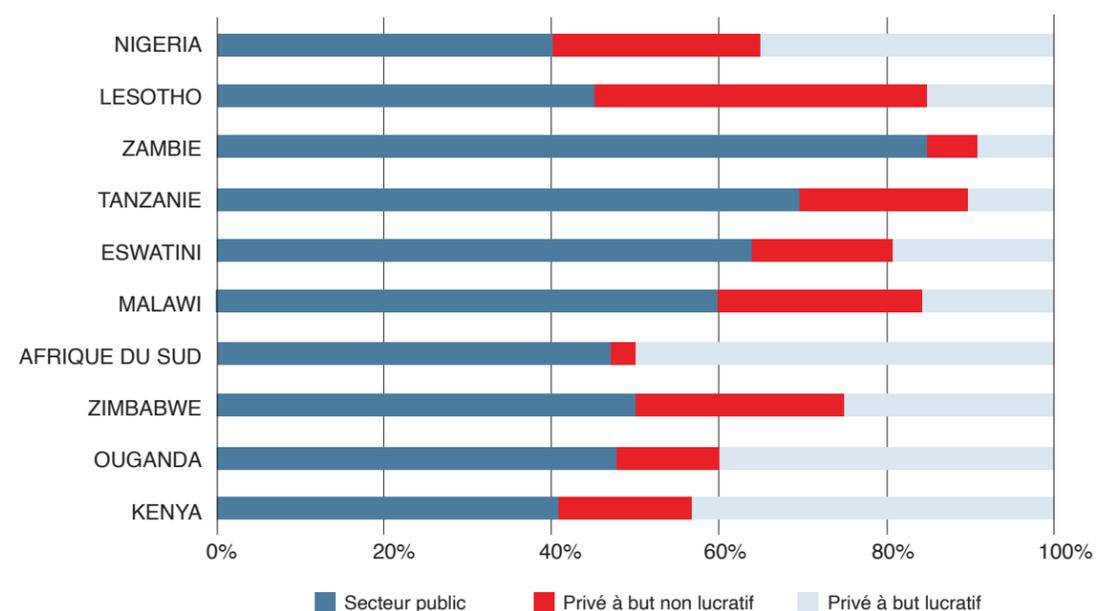
L'Organisation mondiale de la Santé (OMS) et l'ONUSIDA soutiennent toutes deux des modèles de soins différenciés en général (quel que soit le secteur de santé), qui sont définis comme des approches centrées sur le client et organisées autour des besoins, des préférences et des attentes des PVVIH et des communautés en matière de santé.

Les modèles de soins différenciés mettent l'accent sur le maintien de la dignité et du respect de l'individu, en particulier chez les populations vulnérables, et sur l'engagement et le soutien des personnes et des familles à jouer un rôle actif dans leurs propres soins par une prise de décision éclairée. Les soins différenciés comprennent la prescription sur plusieurs mois (PPM) et la distribution sur plusieurs mois (DPM) d'ARV pour les clients cliniquement stables, les renouvellements étant reçus dans des établissements ou au sein de la communauté. Il existe un certain nombre de modèles, notamment des modèles individuels gérés par les agents de santé ou les clients, ainsi que des modèles individuels basés sur l'établissement et sur la communauté. La DD de TAR par le biais du secteur privé offre une possibilité supplémentaire aux clients stables de recevoir le TAR.

### 2.2. Le PEPFAR et le Fonds mondial

Le Fonds mondial et le PEPFAR (PEPFAR, 2019a) soutiennent tous deux l'approche de soins différenciés et la PPM/DPM pour les clients cliniquement stables. En outre, ils encouragent la participation du secteur privé ; la plupart des MDD de TAR actuellement mis en œuvre par le secteur privé ont été soutenus par le Fonds mondial ou le PEPFAR. Le partenariat avec le secteur privé et d'autres parties prenantes non gouvernementales pour accroître l'impact et soutenir la durabilité de la prestation de services de lutte contre le VIH est l'une des priorités du PEPFAR pour accélérer les progrès vers le contrôle de l'épidémie de VIH. Le PEPFAR continue d'utiliser les données et de collaborer avec ses partenaires pour rechercher les meilleures solutions possibles afin d'atteindre un plus grand nombre de personnes tout en maximisant les ressources financières limitées. La stratégie du PEPFAR comprend l'exploitation des approches du secteur privé axées sur le marché, des réseaux de distribution, de l'expertise en marketing, de l'innovation et de la technologie pour contribuer au contrôle de l'épidémie (PEPFAR, 2019b).

**FIGURE 3.** Estimations de la contribution relative des prestations de soins de santé publiques et privées dans 10 pays d'Afrique subsaharienne (plusieurs années)<sup>2</sup>



Dans les différents pays soutenus par le PEPFAR, les services de santé sont fournis par le secteur public, le secteur privé à but non lucratif et le secteur privé à but lucratif, bien que les contributions respectives des différents secteurs soient difficiles à établir avec précision en raison du manque de données sur les secteurs privés à but lucratif et à but non lucratif. Les contributions relatives des différents secteurs sur la base des informations disponibles sont indiquées dans la Figure 3.

## 2.3 Pays sélectionnés

### Afrique du Sud

Environ la moitié des dépenses nationales de santé en Afrique du Sud est consacrée au secteur privé des soins de santé, ce qui indique qu'en tant qu'industrie, les soins de santé privés ont gagné en importance tant politique qu'économique au cours des dernières décennies. Le secteur privé de la santé joue un rôle essentiel en aidant le gouvernement à remplir son mandat constitutionnel qui consiste à fournir des services de santé de qualité aux citoyens sud-africains (Econex, 2013). Le Département national de la Santé (NDOH) a développé des stratégies de soins différenciés visant à réduire le fardeau des établissements de santé en « récompensant » l'observance des patients chroniques stables, y compris les patients sous traitement antirétroviral (NDOH, 2015). Cette approche a offert un accès rapide au service et une plus grande flexibilité aux patients en leur permettant de choisir leur service de collecte de médicaments préféré (orientation centrée

<sup>2</sup>Sur la base des dépenses de santé et du nombre d'établissements lorsque ces données sont disponibles (NDHS, 2013 ; Econex, 2013 ; Swaziland NHP, 2014 ; Ferrinho, 2011 ; Uganda's private Health Sector opportunities for growth, rapport, 2017 ; Malawi Private Health Sector Mapping Report, 2013 ; Tanzania Private Sector Assessment, 2013 ; Lesotho NCDS, 2014).



En Afrique du Sud, **7,7 millions** de personnes vivent avec le VIH.

Le taux de prévalence du VIH chez les adultes est de **20,4 %** et le taux de couverture du TAR est de **62 %** chez les adultes et **63 %** chez les enfants.

sur le client) sur trois options : un système de rendez-vous espacés et rapides (dans un établissement), des clubs d'observance (dans un établissement ou au sein de la communauté où le TAR est fourni) et une distribution décentralisée grâce à un système de dispensation et de distribution centrales des traitements chroniques (central chronic medication dispensing and distribution, CCMDD). Il existe également d'autres facteurs qui facilitent la fourniture d'ARV par le secteur privé. Il s'agit notamment du préemballage des ARV (et des politiques qui permettent aux non-pharmaciens de délivrer des produits qui ont été emballés par des pharmaciens selon un processus de conditionnement approuvé) et de la disponibilité d'une grande variété de points de collecte où les ARV préemballés sont expédiés. La conception des approches de DD en Afrique du Sud s'est inspirée des efforts déployés pour analyser les causes profondes de la faible observance du TAR, les raisons de la faible inscription et l'accessibilité des sites de TAR existants pour les populations les plus touchées. Le gouvernement sud-africain et le PEPFAR soutiennent également d'autres options de distribution innovantes, et le ministère de la santé travaille en collaboration avec le secteur privé pour améliorer l'accès.

### Nigeria

Selon l'évaluation des dépenses nationales de lutte contre le sida (National AIDS Spending Assessment, NASA), en 2014, 27,2 % du financement des interventions contre le VIH au Nigeria étaient assurés par le gouvernement et 2,1 % par le secteur privé, tandis que le reste était fourni par les partenaires internationaux du développement. Seuls 8,3 % des États financent jusqu'à 30 % de leur propre lutte contre le VIH. Les *Nigerian National Guidelines for HIV Prevention Treatment and Care* (Directives nationales nigérianes pour la prévention, le traitement et les soins du VIH) (2016) ont adopté les recommandations de l'OMS pour des soins différenciés, permettant des visites moins fréquentes dans les cliniques et une PPM/DPM pour les clients cliniquement stables atteints du VIH (FMOH, 2016). Les directives ont également introduit la décentralisation, qui implique le transfert de certains services liés au VIH des centres de TAR de niveau tertiaire et secondaire vers les centres de santé primaires. Dans le cadre de cet arrangement, les centres de santé primaires peuvent instaurer des TAR et fournir des renouvellements d'ARV de routine. La mise en œuvre des services de TAR décentralisés a impliqué le transfert de certaines tâches de gestion du VIH des médecins vers des prestataires non médicaux, du personnel infirmier vers des agents de vulgarisation sanitaire de proximité, et par la suite vers des pairs éducateurs, patients experts et soignants de proximité dûment formés. Bien que le transfert des clients séropositifs au secteur privé ne soit pas spécifiquement abordé dans les directives ou les politiques nationales, le gouvernement soutient les approches de décentralisation actuellement mises en œuvre avec le financement des donateurs (par exemple, les pharmacies communautaires privées).



Au Nigeria, **1,9 million** de personnes vivent avec le VIH.

Le taux de prévalence du VIH est de **1,4 %** et le taux de couverture du TAR est de **55 %** chez les adultes et **35 %** chez les enfants.

## Ouganda

Le secteur privé de la santé en Ouganda se compose de prestataires privés à but lucratif et non lucratif ; d'établissements privés à but lucratif, incluant des praticiens de santé privés, des hôpitaux privés, des pharmacies et des drogueries ; et des praticiens de médecine traditionnelle et complémentaire. Dans son ensemble, le secteur privé fournit environ 45 % des services de santé et couvre environ 50 % des résultats signalés (Dambisya et al., 2014). Les directives ougandaises sur les soins différenciés prévoient des modèles centrés sur le client, reconnaissant les obstacles spécifiques identifiés par les clients et leur permettant de gérer leur maladie avec le soutien du système de santé (Ministère de la santé [MS] ougandais, 2017). Les lignes directrices recommandent également de s'éloigner d'une approche « unique » et de répondre aux besoins des sous-populations, permettant ainsi des méthodes innovantes de prestation de services. L'Ouganda dispose de normes de qualité pour l'engagement du secteur privé dans la prestation de services liés au VIH, et les normes élaborées par le ministère de la santé pour l'accréditation des prestataires privés comprennent des exigences en matière de formation du personnel, de distribution de médicaments, d'installations de stockage, de capacité de laboratoire, de gestion des dossiers et des données, et de liens avec l'aide sociale au sein de la communauté. Grâce à la collaboration avec le secteur public, les prestataires privés sont formés à la prestation de services VIH et bénéficient du mentorat des partenaires de mise en œuvre du PEPFAR. Les prestataires privés sont tenus de distribuer gratuitement les ARV aux patients atteints du VIH, mais peuvent demander des frais de consultation et facturer d'autres services.

## Kenya

Alors que les directives kényanes en matière de TAR recommandent une approche de soins différenciés et autorisent la fourniture d'ARV sur trois mois à la fois, il n'existe actuellement aucune politique clairement définie pour l'engagement du secteur privé dans la prestation de services liés au VIH. Dans le même temps, un certain nombre d'établissements du secteur privé reçoivent des ARV du gouvernement et les distribuent ensuite aux PVVIH. Le secteur privé est également engagé dans la prestation de services liés à la planification familiale et à la tuberculose (TB) dans le cadre de l'initiative du secteur public-privé. Selon l'évaluation des systèmes de financement de la santé au Kenya (*Kenya Health Financing Systems Assessment, KHFS*) (Dutta et al., 2018), les secteurs public et privé gèrent et exploitent des niveaux comparables d'infrastructures de santé au Kenya, soit 41 % et 43 % respectivement. Le recours aux services de santé privés est élevé : environ 52 % de la population urbaine et 32 % de la population rurale consultent des prestataires privés pour leurs besoins en matière de soins de santé. La KHFS a également confirmé que le secteur privé fournit de nombreux services de santé qui correspondent à ceux offerts dans le secteur public. Cependant, en ce qui concerne le VIH, le secteur privé manque de produits clés, de main-d'œuvre spécialisée et/ou de mesures incitatives, ce qui fait que les services liés au VIH sont moins susceptibles d'être disponibles dans le secteur privé. Néanmoins, les données du ministère de la santé montrent qu'en 2015, 90 117 patients (7 %) ont bénéficié de services de conseil et de dépistage du VIH dans des établissements du secteur privé, et que 1 665 enfants et 10 251 adultes ont reçu un TAR, ce qui représente



En Ouganda, **1,4 million** de personnes vivent avec le VIH.

Le taux de prévalence du VIH chez les adultes est de **5,7 %** et le taux de couverture du TAR est de **73 %** chez les adultes et **66 %** chez les enfants.



Au Kenya, **1,6 million** de personnes vivent avec le VIH.

Le taux de prévalence du VIH chez les adultes est de **4,7 %** et le taux de couverture du TAR est de **69 %** chez les adultes et **61 %** chez les enfants.

1,5 % de tous les patients sous TAR au Kenya. Le secteur privé kényan étant l'un des plus développés et des plus dynamiques d'Afrique subsaharienne (Barnes et al., 2010), la DD de TAR par le secteur privé est une possibilité prometteuse.

Le Kenya a mis en place de nombreux éléments juridiques et réglementaires pour faciliter la croissance du secteur privé de la santé. Par exemple, le gouvernement a fait de la couverture médicale universelle l'une de ses quatre priorités clés, et un projet pilote est déjà en cours dans quatre des 47 comtés. Cependant, les services liés au VIH ne sont pas actuellement inclus dans l'ensemble des services dans la mesure où ils sont bien financés par les donateurs.

## Zimbabwe

Les soins de santé au Zimbabwe sont fournis par des établissements publics, des groupes à but non lucratif, des organisations religieuses, des cliniques gérées par des entreprises (comme celles des sociétés minières) et des cliniques à but lucratif (Osika et al., 2010). Selon l'évaluation de la disponibilité et de la capacité opérationnelle des services de santé au Zimbabwe en 2015, seuls 101 des 1 848 établissements de santé étaient privés. Cependant, les 32 hôpitaux privés représentent 15 % de l'ensemble des hôpitaux du pays. Le système de santé autrefois dynamique du Zimbabwe continue de pâtir des effets de la crise économique qui sévit au pays et qui a gravement handicapé le vaste réseau d'hôpitaux, de dispensaires et autres établissements de santé en termes de personnel, d'équipements et d'approvisionnement en médicaments. Face aux défis croissants en matière de prestation de soins de santé, le gouvernement considère le secteur privé comme un partenaire important pour accroître l'accès aux soins de santé pour la population du pays. En 2015, le Zimbabwe a lancé le *Strategic Framework for Public-Private Partnerships for TB and HIV Prevention, Treatment, Care, and Support (Cadre stratégique pour les partenariats public-privé pour la prévention, le traitement, les soins et le soutien en matière de TB et de VIH)*, 2014-2016, qui décrit comment le secteur privé peut s'engager dans la lutte contre le VIH. Ce document est destiné à servir de guide aux acteurs des secteurs public et privé dans la formulation de politiques, de stratégies et d'accords de collaboration pour atteindre l'accès universel. Il fournit également un cadre général de suivi et d'évaluation pour apprécier les progrès accomplis dans la réalisation de cet objectif (Cadre stratégique, Zimbabwe, 2014). Le Zimbabwe est l'un des premiers pays à avoir introduit une taxe nationale sur le sida fixée à 3 % d'impôt sur le revenu des particuliers et à 3 % d'impôt sur les bénéfices des employeurs et des trusts. Cette taxe a permis au gouvernement de réunir plus de 30 millions de dollars US par an depuis 2012, signe visible de l'engagement du gouvernement et du peuple zimbabwéens à financer leur propre lutte contre le VIH (Bhat et al., 2016). Le Zimbabwe pratique une approche de soins différenciés et permet aux patients cliniquement stables de renouveler leurs ARV sur trois mois (ministère de la santé et des soins aux enfants du Zimbabwe, 2017) mais n'offre pas de conseils spécifiques à la distribution des ARV par le secteur privé.



Au Zimbabwe, **1,3 million** de personnes vivent avec le VIH.

Le taux de prévalence du VIH chez les adultes est de **12,7 %** et le taux de couverture du TAR est de **83 %** chez les hommes, **93 %** chez les femmes et **76 %** pour les enfants.

## Malawi

Si le secteur public est le plus grand prestataire de services de santé au Malawi, environ 40 % des services sont fournis par des acteurs non étatiques, notamment l'Association chrétienne de santé du Malawi (Christian Health Association of Malawi, CHAM), des fournisseurs commerciaux et d'autres acteurs à but non lucratif (projet SHOPS, 2012). Les établissements privés à but lucratif représentent environ un quart de tous les établissements de santé, mais leur contribution au secteur de la santé au Malawi est encore faible, et l'engagement du secteur privé dans la prestation de services liés au VIH a été minime. En 2010, 59 établissements privés fournissaient des TAR, traitant 3,9 % du nombre total de patients sous TAR au Malawi (Montagu et al., 2011). La Coalition des entreprises du Malawi contre le VIH/SIDA est chargée au premier chef de coordonner l'extension du programme de TAR du secteur privé, notamment en facilitant la formation avec le MS et en supervisant les cliniques du secteur privé accréditées. Les Guidelines on the Clinical Management of HIV (lignes directrices du Malawi sur la prise en charge clinique du VIH) de 2016 (3e édition) prévoient l'administration différenciée des TAR aux adultes et aux enfants. Toutefois, il n'existe pas de directives ou de politiques spécifiques pour la fourniture décentralisée de TAR par le secteur privé.

## Eswatini

Selon les données de la cartographie des services de 2013, il y a 287 installations dans quatre régions de l'Eswatini. Six catégories de propriété des établissements de santé ont été identifiées : gouvernement, mission, industrie, propriété privée d'infirmières, propriété privée de médecins et propriété d'organisations non gouvernementales. En tant que propriétaire majoritaire des établissements de santé dans le pays, le gouvernement est le principal prestataire de services de santé (Magagula, 2017). Bien que l'accès aux soins de santé soit adéquat, les ressources et le personnel de santé limités rendent pratiquement impossible la prestation efficace de services de qualité. Les politiques de l'Eswatini soutiennent la décentralisation des services de traitement du VIH au niveau communautaire. Les *National Policy Guidelines For Community-Centred Models of ART Service Delivery (CommART) in Swaziland (Lignes directrices sur la politique nationale en matière de modèles de prestation de services de TAR centrés sur la communauté au Swaziland)* de 2016 reconnaissent la nécessité d'une différenciation tout au long du parcours de traitement et fournissent spécifiquement des orientations pour une prise en charge des clients stables (SNAP, 2016). Elles sont accompagnées d'un ensemble de procédures opératoires normalisées. Les directives prévoient des visites moins fréquentes à la clinique pour les clients stables (tous les six mois), ainsi que des visites moins fréquentes pour la collecte des ordonnances (tous les trois mois). Toutefois, elles ne traitent pas de la décentralisation par le biais du secteur privé.



Au Malawi, **1 million** de personnes vivent avec le VIH.

Le taux de prévalence du VIH chez les adultes est de **9,2 %** et le taux de couverture du TAR est de **79 %** chez les adultes et **61 %** chez les enfants.



En Eswatini, **220 000** personnes vivent avec le VIH.

Le taux de prévalence du VIH chez les adultes est de **27,4 %** ; et le taux de couverture du TAR est de **86 %** chez les adultes et **75 %** chez les enfants.

## Tanzanie

Les secteurs public et privé de la santé sont présents à tous les niveaux du système de santé en Tanzanie. Au total, on estime à 6 342 le nombre d'établissements de santé sur le continent. Le secteur public gère actuellement près de 70 % d'entre eux. La grande majorité des installations gouvernementales sont des centres de santé et des dispensaires de niveau inférieur. Aux niveaux supérieurs du système de santé, le secteur privé est plus répandu, avec des organisations à but lucratif, à but non lucratif et parapubliques qui gèrent 60 % de tous les hôpitaux. La mixité public/privé varie d'une région à l'autre de la Tanzanie continentale (projet SHOPS, 2013). En 2017, le ministère tanzanien de la santé, du développement communautaire, du genre, des personnes âgées et des enfants a défini des approches de soins différenciés dans le document intitulé *HIV Service Delivery Models: Mapping HIV Service Delivery Strategies in Tanzania (Modèles de prestation de services pour le VIH : cartographie des stratégies de prestation de services VIH en Tanzanie)*. Les recommandations pour les clients cliniquement stables comprennent des visites moins fréquentes à la clinique (une ou deux fois par an) et le renouvellement des médicaments une fois tous les trois mois (ou tous les six mois en fonction de la disponibilité des stocks). Les modèles individuels hors établissement sont également encouragés et comprennent des points de distribution communautaires fixes, la distribution mobile de TAR de proximité, la livraison à domicile et les clubs d'observance. Actuellement, il n'y a pas de politiques en place pour la fourniture de TAR par le secteur privé. Le projet SHOPS Plus (Abt Associates) à Njombe a révélé qu'il est nécessaire de fournir des TAR loin des établissements surpeuplés afin de réduire les coûts d'accès au traitement des patients. Cependant, l'idée d'introduire des frais pour les services de distribution des TAR n'était pas acceptable pour les acteurs du secteur public et pour de nombreuses PVVIH. La raison principale était la crainte d'une interruption des plans de traitement des patients en cas d'incapacité de payer. L'autre conclusion clé du projet SHOPS Plus est que de nombreux patients préfèrent les soins centrés sur la famille et ne viseront pas une collecte décentralisée d'ARV si seuls certains membres d'une famille, mais pas tous, sont éligibles. L'initiative SHOPS financée par l'USAID a également soutenu l'augmentation de la couverture d'assurance maladie du secteur privé chez les PVVIH comme moyen d'accroître durablement l'accès aux services VIH dans le secteur privé de la santé.



En Tanzanie, **1,6 million** de personnes vivent avec le VIH.

Le taux de prévalence du VIH chez les adultes est de **4,6 %**; et le taux de couverture du TAR est de **52 %** chez les hommes, **78 %** chez les femmes et **46 %** chez les enfants.

## Zambie

Selon le Zambia National Human Resources for Health Strategic Plan (Plan stratégique national des ressources humaines pour la santé en Zambie) 2011-2015, les principaux fournisseurs de services de santé dans le secteur officiel de la santé en Zambie comprennent les établissements de santé publique relevant du MS, du ministère de la défense et du ministère de l'intérieur. Parmi les autres prestataires du système officiel, on trouve les cliniques privées à but lucratif, les pharmacies, les centres de diagnostic et les hôpitaux. En 2018, le MS zambien a mis à jour ses *Consolidated Guidelines for Treatment and Prevention of HIV Infection (Directives consolidées pour le traitement et la prévention de l'infection par le VIH)* pour y inclure des conseils sur la prestation de services différenciés pour les clients cliniquement stables et pour les personnes vivant avec une maladie avancée associée au VIH. Les lignes directrices indiquent que « le MS soutient la promotion et la fourniture de divers modèles de prestation de services différenciés afin d'alléger l'impact des soins pour les patients et les prestataires et de permettre au système de santé de recentrer les ressources sur les patients qui en ont le plus besoin ». Les lignes directrices permettent la PPM/DPM et la décentralisation au niveau communautaire, mais il n'existe pas de politiques définissant la participation du secteur privé. Il existe quelques régimes d'assurance maladie privés ou d'employeur en Zambie, mais la majorité de la population doit payer de sa poche les soins de santé. Le gouvernement a récemment introduit un régime social d'assurance maladie pour remplacer le système de prise en charge ; les souscriptions ont commencé en octobre 2019 et les prestations commenceront en février 2020, et l'on espère que cela permettra de combler le déficit de financement.

## Lesotho

Selon le *National Health Strategic Plan (Plan stratégique national de santé), 2017-2022*, le Lesotho compte 372 établissements de santé. Quarante-deux pour cent des centres de santé et 58 % des hôpitaux appartiennent au MS, tandis que 38 % des centres de santé et la même proportion des hôpitaux appartiennent à la Christian Health Association. Les autres établissements sont privés. Environ 90 % des établissements de santé privés à but lucratif sont situés dans les quatre plus grands districts (Maseru, Berea, Mafeteng et Leribe). Les *National Guidelines on the Use of Antiretroviral Therapy for HIV Prevention and Treatment* (Directives nationales sur l'utilisation du traitement antirétroviral pour la prévention et le traitement du VIH) du Lesotho, 5e édition (MS du Lesotho, 2016), ont approuvé les soins différenciés, recommandé que les patients stables reçoivent des renouvellements d'ARV d'une durée de trois à six mois et ont encouragé la création de groupes d'observance communautaires pour les patients stables afin de décongestionner les établissements de santé. Les directives ont également permis à des cadres inférieurs d'agents de santé dûment formés d'instaurer et de prescrire les TAR et prévoient que l'instauration et le renouvellement des TAR soient décentralisés au plus près possible de la communauté, y compris dans les centres de santé et les postes de santé. Aucune orientation ou politique décrivant le rôle du secteur privé dans la prestation de services liés au VIH n'a été incluse.



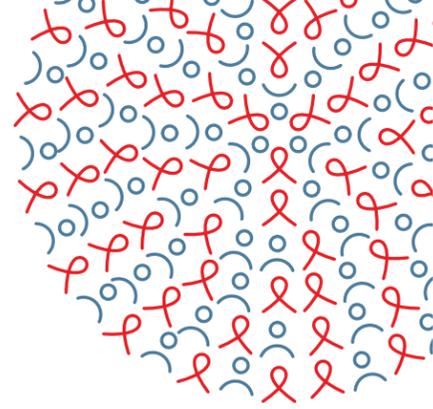
En Zambie, **1,2 million** de personnes vivent avec le VIH.

Le taux de prévalence du VIH chez les adultes est de **11,3 %** ; et le taux de couverture du TAR est de **78 %** chez les adultes et **79 %** chez les enfants.



Au Lesotho, **340 000 personnes** vivent avec le VIH.

Le taux de prévalence du VIH chez les adultes est de **23,6 %** ; et le taux de couverture du TAR est de **60 %** chez les adultes et **70 %** chez les enfants.



### 3 Modèles de distribution décentralisée des TAR par le secteur privé

Un certain nombre de modèles différents du secteur privé pour la DD de TAR sont actuellement mis en œuvre (pour un résumé, voir les Tableaux 1 et 2). Dans certains pays, il existe plus d'un modèle. Au cœur de tous les MDD se trouve l'approche de prestation de services différenciés, qui simplifie et adapte les services de lutte contre le VIH pour mieux répondre aux besoins des PVVIH et réduire le fardeau pesant sur les systèmes de santé (OMS, 2016). La Figure 4 montre comment la DD s'inscrit dans le cadre des soins différenciés. Les patients recevant un TAR par le biais des modèles de DD devraient être dépistés pour la TB et recevoir également un traitement préventif de la TB par le biais du modèle

**FIGURE 4.** Les éléments constitutifs de la DD<sup>3</sup>

QUAND	Tous les 3 à 6 mois	Tous les 12 mois
OÙ	Pharmacie communautaire ou distributeur automatique plus proche du domicile ou du lieu de travail du patient	Établissement où le patient est inscrit
OMS	Pharmacien, technicien en pharmacie	Personnel infirmier ou médecin
QUOI	TAR, conseil en matière d'observance, dépistage de la TB, traitement préventif de la TB	Consultation clinique, charge virale

<sup>3</sup>Adapté de [www.differentiatedcare.org](http://www.differentiatedcare.org)

Les modèles ci-dessous offrent des possibilités supplémentaires aux patients cliniquement stables.

#### 3.1. Pharmacie communautaire (PC)

Ce modèle repose sur un partenariat entre un établissement de santé publique (centre) et une pharmacie de détail privée autonome (appelée dans ce guide pharmacie communautaire ou PC) dans sa zone de desserte. Un centre peut s'associer à plusieurs PC. Les clients cliniquement stables de l'établissement peuvent choisir de recevoir leurs renouvellements d'ARV par le biais de la PC tout en revenant à l'établissement public pour un examen de routine tous les 6 à 12 mois. Le client consent à observer le programme et est invité à choisir une PC dans la liste des pharmacies participantes ; toutefois, le client est libre de changer de PC ou de revenir à tout moment dans l'établissement pour quelque raison que ce soit (par ex., incapacité de payer ou insatisfaction concernant les services de la PC). La Figure 5 énumère les rôles et les responsabilités de l'établissement public, de la PC et des patients.

Les PC sont sélectionnées sur la base des critères suivants :

- Volonté de participer au programme
- Détention d'une licence commerciale valide
- Avoir un pharmacien agréé qui est formé (ou qui est disposé à être formé) aux aspects de la prestation de services liés au VIH (par ex., les directives nationales en matière de TAR, les connaissances essentielles sur les ARV, le conseil en matière d'observance)
- Répondre aux exigences d'infrastructure nécessaires

Le pharmacien doit accepter d'effectuer toutes les tâches associées à la délivrance des médicaments, au conseil aux patients et à la documentation. La pharmacie doit disposer d'un espace suffisant et d'installations permettant de préserver l'intimité des patients afin de pouvoir leur offrir des conseils confidentiels.

**FIGURE 5.** Rôles et responsabilités dans la distribution décentralisée des TAR par les pharmacies communautaires

ÉTABLISSEMENT	PHARMACIE COMMUNAUTAIRE	PATIENT
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Identifie les patients éligibles transférés</li> <li>• Relie les patients transférés à la pharmacie communautaire</li> <li>• Transfère les dossiers des patients, les ordonnances et les ARV requis à la pharmacie communautaire</li> <li>• Examine l'état de santé des patients tous les 6 mois ou plus fréquemment si indiqué</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Distribue les médicaments ARV aux patients transférés</li> <li>• Prodigue des soins pharmaceutiques (réponses aux questions, conseils sur les ARV)</li> <li>• Fixe les rendez-vous de réapprovisionnement, effectue les rappels téléphoniques</li> <li>• Assure le suivi des contrevenants</li> <li>• Réoriente les patients présentant des besoins médicaux vers un établissement public</li> <li>• Conserve la documentation, partage les dossiers/informations avec les établissements de santé</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Choisit la pharmacie communautaire où il recevra les ARV</li> <li>• Se rend à la pharmacie communautaire dans les délais prévus pour les réapprovisionnements</li> <li>• Paie pour les services pharmaceutiques (par exemple, les frais de dispensation)</li> <li>• Reçoit les ARV gratuits</li> <li>• Se rend à l'établissement public tous les 6 mois pour un contrôle (plus fréquemment si indiqué)</li> <li>• Peut passer à une autre pharmacie communautaire pour quelque raison que ce soit ou retourner au secteur public</li> </ul>

La pharmacie communautaire signe un protocole d'accord (PA) avec le partenaire de mise en œuvre et/ou l'établissement public central qui énonce clairement les rôles et les responsabilités de chaque partie. Les produits TAR sont fournis à la pharmacie en coordination avec l'établissement ou l'équipe de la chaîne d'approvisionnement nationale/régionale.

Il existe au moins deux variantes du modèle de PC : une où les clients reçoivent des ARV gratuits, mais paient des frais de dispensation, et une autre où aucun frais n'est facturé au patient. La DD de TAR par le biais des PC est actuellement mise en œuvre au Nigeria, en Zambie, en Afrique du Sud et en Ouganda, et est en cours de planification au Kenya.

#### Modèle de pharmacie communautaire qui inclut des frais de dispensation

Les principales caractéristiques de ce modèle sont les suivantes :

- Les PC participantes ne reçoivent aucun financement direct mais se voient présenter un dossier de décision pour soutenir les services liés au VIH.
- Le personnel des partenaires de mise en œuvre fournit une orientation et une formation aux PC participantes ainsi qu'une assistance technique continue.
- Les clients paient des frais de dispensation, mais les ARV restent gratuits. Par exemple, au Nigeria, il s'agit d'un forfait de 1 000 nairas (2,74 dollars US) par visite, quelle que soit la quantité des ARV dispensés, et le PEPFAR/partenaire de mise en œuvre ne fournit aucun fonds à la PC. Ce montant a été négocié avec l'association professionnelle des PC et peut varier en fonction des variables socio-économiques de chaque communauté.
- Les clients sont autorisés à changer de pharmacie, ce qui pourrait favoriser la concurrence et amener à des services de meilleure qualité.
- Les PC renvoient les données collectées à l'établissement public. Dans certains cas, les données sur les clients sont collectées et envoyées à l'établissement par le partenaire de mise en œuvre.

---

*« J'aime cette nouvelle initiative parce qu'elle est pratique, que je peux discuter avec le pharmacien et que je ne dois plus passer toute ma journée à l'hôpital. Je suis dans un hôpital général depuis 2013 et je n'ai jamais passé moins de quatre heures, ce qui n'est pas le cas avec cette nouvelle initiative. Désormais, je passe vingt à trente minutes avec le pharmacien. »*

Une évaluation initiale au Nigeria a révélé que 92 % des PC étaient prêtes à fournir les services, que plus de 30 % des clients étaient prêts à accéder aux services dans une PC et que jusqu'à 20 % des clients étaient prêts à payer des frais d'ordonnance pour les renouvellements de TAR. En outre, les agents de santé du secteur public étaient, pour la plupart, à l'aise avec l'idée de confier les clients à des pharmacies communautaires pour leurs renouvellements de médicaments.

#### Modèle de pharmacie communautaire sans frais

Ce modèle est similaire à celui ci-dessus, la principale différence étant que les patients ne paient pas de frais de dispensation. Le donateur (par l'intermédiaire du partenaire de mise en œuvre) ou le gouvernement paie la PC pour les services rendus aux patients.

Un exemple de ce modèle se trouve en Ouganda. Financé par le PEPFAR et mis en œuvre par l'Institut des maladies infectieuses (IDI), il relie quatre établissements de santé à fort volume (plus de 5 500 clients au total) à six PC. Les médicaments des patients proviennent de leur établissement primaire respectif et sont livrés par les équipes logistiques de l'IDI. Un(e) infirmier(-ère) soutenu(e) par le programme est placé(e) dans chaque pharmacie

---

*« Je n'en reviens pas », dit-il. « Je peux appeler l'infirmière et fixer un rendez-vous. Je peux faire le trajet aller-retour en faisant mon jogging. Je peux venir après le travail... Mon patron pense même que je suis maintenant guéri parce que je ne demande plus la permission pour me rendre à l'hôpital. »*

pour aider à la distribution des TAR (un stock de deux mois est fourni à chaque visite du client), assurer l'éducation sanitaire, dépister les signes de danger, suivre les visites de suivi et gérer les stocks et les dossiers. Les PC sont généralement situées le long d'itinéraires faciles d'accès et sont suffisamment spacieuses pour accueillir l'afflux de patients. Elles sont ouvertes tous les jours jusqu'à 20 heures, ainsi que le week-end et les jours fériés pour la distribution des TAR. Une supervision régulière est assurée par le MS, l'autorité de la capitale Kampala et l'IDI.

Une analyse de ce modèle de renouvellement d'ARV en Ouganda a révélé que sur une période de 21 mois, un total de 8 820 PVVIH (dont 2 558 hommes) se sont inscrites. Plus de 99 % des patients inscrits ont pu renouveler leurs médicaments avec succès, et le taux de rétention des soins sur 12 mois a été de 98 %. Plus de 99 % des clients inclus dans ce modèle affichent encore une suppression virale.

D'autres exemples sont les modèles mis en œuvre par l'Institut de virologie humaine au Nigeria (Institute of Human Virology in Nigeria, IHVN) et le Centre de recherche sur les maladies infectieuses en Zambie (Center for Infectious Disease Research in Zambia, CIDRZ). Dans le cadre de ces modèles, la pharmacie communautaire reçoit une allocation mensuelle forfaitaire, quel que soit le nombre de patients qui viennent faire renouveler leur traitement. Dans le programme IHVN, la PC reçoit 245 dollars US par mois (environ 138 dollars US pour le pharmacien en chef superviseur, 83 dollars US pour le pharmacien adjoint, et le reste pour Internet/la communication et le transport). En Zambie, la PC s'engage sur le principe de la responsabilité sociale des entreprises ; néanmoins, le pharmacien reçoit une allocation d'environ 75 dollars US par mois, ce qui équivaut au montant payé à un bénévole non professionnel au niveau de l'établissement. La durabilité des paiements mensuels à la PC est un problème. Par exemple, au Nigeria, le modèle IHVN a dû être arrêté dans une région lorsqu'il y a eu un changement de partenaire de mise en œuvre, passant d'un partenaire soutenu par le CDC à un partenaire soutenu par l'USAID. Le partenaire USAID a utilisé un modèle qui imputait aux patients des frais de dispensation et a dû réinscrire les PC qui étaient disposées à participer à ce modèle. Les patients ont dû retourner à l'établissement de santé publique pour faire renouveler leur traitement pendant la transition et ont dû être sensibilisés au nouveau modèle qui les obligeait à payer pour les services de distribution.

L'analyse de la mise en œuvre pilote du modèle IHVN au Nigeria a révélé que près de 10 % des patients stables sous TAR avaient été transférés avec succès de huit établissements de santé à 10 PC. Le taux de renouvellement des ordonnances était de 100 %, et presque tous les participants (99,3 %) ont été maintenus dans les soins après leur transfert. Un seul participant a été perdu de vue pour le suivi (Avong et al., 2018).

En Afrique du Sud, les patients des sites à forte fréquentation sont confiés à un médecin généraliste privé choisi par le patient, auquel ils rendent visite pour des examens de routine et des analyses sanguines annuelles. Les patients reçoivent ensuite leur renouvellement de TAR dans une PC qui permet une collecte trimestrielle. Les clients peuvent également choisir la pharmacie communautaire comme point de collecte dans le cadre du programme CCMDD.

Dans un certain nombre de pays examinés, les pharmacies communautaires proposent actuellement la livraison à domicile de médicaments sur ordonnance en faisant appel à des motocyclistes. Il est possible que la livraison à domicile des ARV soit incluse dans les services offerts dans le cadre du modèle de PC.

## 3.2 Automated dispensing models

Several dispensing models have been developed by Right to Care and implemented in South Africa and Zambia. These include pharmacy dispensing units, prescription collection units/lockers, and central dispensing units. These models offer an alternative, innovative approach to DD of ART that can ease pressure on public sector facilities, particularly in highly populated and rapidly growing urban areas.

**FIGURE 6.** UDP, Right ePharmacy, Right to Care



SOURCE : ePharmacy, Right to Care, SA.

**FIGURE 7.** Caractéristiques d'une UDP

UNE INTERFACE SIMILAIRE À CELLE D'UN DISTRIBUTEUR AUTOMATIQUE DE BILLETS (DAB)	TECHNOLOGIE BACK-END, CONSTITUÉE D'UNE UNITÉ DE STOCKAGE DE MÉDICAMENTS COMPACTE	DES CAPACITÉS DE DISTRIBUTION ÉLECTRONIQUE ET DE CRÉATION DE RAPPORTS DE TÉLÉPHARMACIE BASÉES SUR LE CLOUD
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Communication visuelle et verbale interactive</li> <li>• Écran tactile, combiné et prise pour écouteurs</li> <li>• Accès authentifié par un code PIN</li> <li>• Bac de collecte de médicaments</li> <li>• Impression de reçus de distribution</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Logiciel de distribution basé sur le cloud</li> <li>• Rayonnage et rangement personnalisés</li> <li>• Rotation des stocks automatisée</li> <li>• Suivi des stocks et création de rapports en temps réel</li> <li>• Régulation électronique de la température</li> <li>• Identification de produit par balayage de code-barres</li> <li>• Bras robotique ultra rapide</li> <li>• Système de convoyeur intégré</li> <li>• Imprimante et dispositif d'étiquetage automatisés</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Données démographiques, identifiant et coordonnées du patient</li> <li>• Répartition par sexe et tranches d'âge</li> <li>• Suivi des stocks et commande automatisés/manuels</li> <li>• Classe de médicaments (classes ATC) et fournisseur pharmaceutique (globalement et au niveau du patient)</li> <li>• Horaires et jours de collecte de grandes quantités/de grand afflux</li> <li>• Prise en charge de onze langues officielles</li> </ul>

#### Unité de distribution pharmaceutique (UDP)

L'UDP (Figure 6) utilise une technologie électronique et robotique basée sur le cloud pour distribuer les médicaments prescrits aux patients. Elle est dotée d'un écran tactile interactif et d'une interface conviviale qui permet une interaction audiovisuelle bidirectionnelle de type Skype avec le pharmacien. Par conséquent, si nécessaire, les patients peuvent être conseillés avant la délivrance du médicament sur la manière de le prendre et sur les effets secondaires qu'ils peuvent rencontrer. Les patients reçoivent également des notifications et rappels par SMS pour garantir la collecte en temps voulu et l'observance du traitement. Elle est actuellement utilisée en Afrique du Sud, où 18 sites d'UDP sont opérationnels. La Figure 7 montre les principales caractéristiques d'une UDP.

« Les unités de distribution pharmaceutiques (UDP) sont des facteurs qui changent la donne », affirme Shabir Banoo. « L'excitation sur le visage des patients lorsqu'ils reçoivent leurs médicaments en quelques minutes (plutôt qu'en quelques heures) est vraiment quelque chose à voir. »

La mise en place d'une UDP coûte environ 200 000 dollars US. C'est la plus coûteuse des innovations technologiques et elle nécessite à la fois une connexion Internet fiable et de l'électricité. L'UDP distribue également des médicaments pour d'autres maladies chroniques, ce qui permet de ne pas relier les UDP au VIH et d'éviter la stigmatisation.

**FIGURE 8.** Unité (casiers) de collecte des ordonnances



SOURCE : ePharmacy, Right to Care, SA  
<https://rightpharmacy.co.za/prescription-collection-lockers/>

### Unité (casiers) de collecte des ordonnances

Les unités de collecte des ordonnances (UCO) utilisent un système de casiers électroniques pour améliorer l'accès des patients aux paquets de médicaments pré-distribués (Figure 8). Les casiers sont à température contrôlée, placés dans un endroit sécurisé et, comme pour les UDP, utilisent une technologie basée sur le cloud qui permet une distribution à distance et un conseil direct aux patients. Les casiers utilisent la technologie des smartphones pour informer les clients de la date de la prochaine collecte et leur envoyer des rappels. Lorsqu'il est temps de collecter ses médicaments, le client reçoit un code à usage unique, qui est utilisé pour ouvrir le casier et avoir accès aux médicaments. Une fois que le client se rend à l'emplacement des casiers et saisit les informations nécessaires, il est informé du casier dans lequel se trouvent ses médicaments. Dès que le casier est vidé, le système central est averti afin que les médicaments destinés à un autre client puissent être expédiés.

Le coût d'installation d'une unité de casiers est d'environ 8 000 dollars US par site. À ce jour, des casiers ont été installés dans 67 sites en Afrique du Sud et en Zambie. Le casier intelligent permet aux patients de récupérer des médicaments pour maladies chroniques, y compris des TAR, en seulement 36 secondes, sans entrer dans la clinique ni recevoir l'aide d'un agent de santé. L'utilisation des casiers a permis de réduire considérablement les délais d'attente pour la collecte de médicaments vitaux, tout en réduisant la circulation des piétons dans les cliniques surpeuplées et en rendant le TAR plus accessible aux millions de personnes qui en ont besoin.

### Unité centrale de distribution (UCD)

Le modèle des UCD est actuellement mis en œuvre en Zambie et en Afrique du Sud. Dans ce modèle, les activités de distribution sont centralisées et généralement automatisées, mais la livraison/collecte des médicaments par les clients se fait à des points de collecte alternatifs, qui peuvent inclure des casiers, des points de vente au détail informels, des églises, des supermarchés, des établissements de santé ou des PC. Une fois que le patient est inscrit, il choisit un point de collecte pratique où les médicaments seront envoyés. Le service de santé publique fournit un mois de médicaments et envoie ensuite à l'UCD une prescription pour l'approvisionnement des cinq mois suivants. L'unité UCD distribue un stock de médicaments prescrits, envoie le paquet de médicaments du patient au point de collecte choisi et informe le patient par SMS. La DPM est l'une des menaces qui pèsent sur ce modèle, car les fournisseurs facturent par paquet et une réduction du nombre de paquets entraînera une diminution du bénéfice pour le fournisseur. Avec l'introduction des paquets qui fournissent un stock de trois ou six mois d'ARV, des changements peuvent être envisagés dans la structure de paiement (par exemple, en imposant des frais plus élevés pour les paquets de plusieurs mois). L'UCD est chargée de communiquer à l'établissement le nombre de paquets expédiés, le nombre de paquets collectés par les patients et le nombre de paquets non collectés. L'UCD informera rapidement les établissements des paquets non collectés afin de faciliter le suivi en temps utile des patients en défaut et organisera le retour des paquets non collectés 14 jours après la date prévue de collecte.

L'UCD assure les fonctions suivantes d'exécution des ordonnances :

- Préemballage en gros et attribution d'une référence de stock (automatisé)
- Saisie électronique des données démographiques des patients et des ordonnances
- Programmation automatisée du prochain renouvellement et de la nouvelle livraison
- Collecte et distribution des articles (manuelle ou automatisée - selon le volume)
- Étiquetage, emballage et distribution des médicaments
- Soutien téléphonique pour assurer l'observance
- Assurance de la qualité clinique et intégration à d'autres programmes soutenus

Le coût actuel de fourniture d'un renouvellement par l'UCD en Zambie est d'environ 15 dollars US par patient ; cependant, il peut être réduit à 2 dollars US par patient par renouvellement si un plus grand nombre de patients est inscrit dans le système. L'UCD de Zambie a été confrontée à un problème de retard dans l'inscription des patients au programme. En Afrique du Sud, l'UCD sert plus de 2,5 millions de clients dans le cadre du programme de distribution de médicaments pour maladies chroniques. En 2017, l'utilisation du modèle central de distribution et de délivrance de médicaments pour maladies chroniques a permis de réduire de 43 % les coûts pour les patients et de 48 % les coûts pour le ministère national de la santé pour servir les patients, et d'augmenter de 12 à 16 % la capacité des établissements de soins de santé primaires et de 22 % l'observance du traitement (NDoH Actuals, 2017).

### 3.3. Modèles des hôpitaux privés

#### Modèle d'hôpital privé avec ARV gratuits

Tous les services de soins et de traitement du VIH sont fournis dans le cadre de ce modèle. Les PVVIH qui sont prêtes à payer de leur poche ou par l'intermédiaire de tiers payeurs (comme une assurance maladie prépayée) sont reliées à un réseau d'établissements privés sélectionnés pour accéder à des services de soins et de traitement à un prix abordable. Les hôpitaux privés fournissent des soins à toutes les catégories de patients, y compris des patients cliniquement stables et instables. Dans plusieurs pays où ce modèle est mis en œuvre, les hôpitaux privés ont signé un protocole d'accord avec le gouvernement, qui leur permet de recevoir gratuitement des ARV du gouvernement ou de donateurs. Les patients sont facturés pour les

consultations et autres services (par ex., les analyses de laboratoire, le transport des échantillons, etc.), mais reçoivent gratuitement des ARV. Les frais de consultation varient en fonction du pays et de la localisation des hôpitaux privés, variant de 2 à 20 dollars US environ. Certains hôpitaux du secteur privé reçoivent le soutien de donateurs et offrent des services gratuits en matière de VIH, tout comme les établissements publics.

Les prestataires suivent une formation afin de s'assurer qu'ils disposent de l'expertise technique nécessaire pour offrir l'ensemble de soins standard aux PVVIH conformément aux directives et protocoles de traitement nationaux. Les hôpitaux fournissent des rapports réguliers au gouvernement en utilisant les outils de déclaration existants, le réapprovisionnement étant basé sur les déclarations. Les hôpitaux impliqués dans la prestation de services VIH font souvent partie d'une franchise, d'une association ou d'une chaîne. Toutefois, l'investissement dans la prestation de services complets de lutte contre le VIH dans le secteur privé a été limité en raison de la faible demande de services payants de lutte contre le VIH.

#### Modèle d'hôpital entièrement privé

Il s'agit d'hôpitaux qui facturent les consultations et autres services ainsi que les ARV et s'adressent principalement aux patients qui ont une assurance maladie privée ou qui ont la capacité de payer (CDP). Le nombre de patients séropositifs inscrits dans ces hôpitaux est considéré comme très faible. Cependant, comme en règle générale ces hôpitaux ne fournissent pas de rapports au secteur public sur le nombre de patients sous TAR, il est difficile de connaître le nombre réel de personnes qui ont accès à ces services. Pour l'instant, l'utilisation de ce modèle ne devrait pas se développer de manière significative en raison du coût plus élevé des ARV et de l'absence d'un système de mise en commun des achats permettant aux établissements d'obtenir des prix favorables. Les patients qui utilisent cette catégorie d'hôpitaux privilégient habituellement les ARV de marque (par ex., Atripla) aux associations génériques à dose fixe facilement disponibles dans le secteur public.

#### Pavillons privés des hôpitaux publics

Dans le cadre du projet SFI, il existe quelques établissements publics au Nigeria qui ont commencé à fournir des soins accélérés aux patients sur la base d'un paiement à l'acte dans une aile privée. Les services sont principalement payés de leur poche. Les recettes provenant de l'aile privée sont utilisées pour soutenir la prestation de services gratuits de lutte contre le VIH à d'autres clients et pour compléter les salaires du personnel. Environ 1 502 patients ont été inscrits dans les États nigériens d'Akwa Ibom, de Cross River, de Rivers et de Lagos, moyennant un paiement de 5 à 30 dollars US par visite. Ce modèle n'est pas courant car la plupart des pays d'Afrique ont des politiques qui interdisent de faire payer les services VIH dans les établissements publics, mais il est disponible pour les services généraux et spécialisés pour d'autres affections.

Les caractéristiques des différents modèles sont résumées dans le Tableau 1. Ces modèles connaissent de nombreux succès, mais aussi des difficultés. Le tableau 2 répertorie les modèles de DD par pays.

**TABLE 1.** Résumé des modèles de distribution décentralisée (par modèle)

MODÈLE	SITUATION GÉOGRAPHIQUE/ TAILLE	BAILLEUR DE FONDS/ PARTENAIRE(S) DE MISE EN ŒUVRE	CARACTÉRISTIQUES	SUCCÈS	DÉFIS
Pharmacie communautaire (exige des frais de dispensation)	<b>Nigeria</b> Mis en œuvre dans 320 pharmacies communautaires (Lagos, Abuja Rivers, Cross River et Akwa Ibom)	<ul style="list-style-type: none"> <li>Bailleur de fonds : PEPFAR/USAID</li> <li>Partenaires de mise en œuvre : FHI 360 (principal) et Howard University-SFI (sous-partenaire)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Le client paie des frais de dispensation à hauteur de ~3,00 dollars US</li> <li>ARV fournis gratuitement</li> <li>Les partenaires de mise en œuvre du PEPFAR fournissent une orientation et une formation aux pharmacies communautaires participantes</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Plus de 15 266 patients ont été orientés vers les pharmacies communautaires depuis 2017</li> <li>98 % de rétention et 83 % de suppression virale</li> <li>Renforcement général du secteur privé</li> <li>Nouvelle source de revenus pour les établissements du secteur privé</li> <li>Décongestion des établissements du secteur public pour une meilleure qualité des soins</li> <li>Collaboration accrue entre les établissements publics et les pharmacies privées</li> <li>Amélioration de la gestion des données au niveau des établissements et introduction de la technologie dans la gestion des données</li> <li>Engagement des parties prenantes dès le début du processus</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Les patients sont prêts à payer pour les services, mais pas pour les ARV</li> <li>Les patients estiment que les frais sont trop élevés</li> <li>Certains patients sont retournés dans les établissements publics parce qu'ils ne pouvaient pas payer</li> <li>Les paiements directs augmentent le risque de défaut de paiement</li> <li>Faible couverture d'assurance maladie pour les services liés au VIH</li> <li>Baisse du nombre d'agents de santé formés</li> <li>Défis logistiques pour assurer la disponibilité des produits</li> <li>Augmentation de la charge de documentation pour les pharmacies</li> <li>Réticence à transférer les patients éligibles des établissements du secteur public vers le secteur privé</li> </ul>

**TABLE 1.** Résumé des modèles de distribution décentralisée (par modèle)

MODÈLE	SITUATION GÉOGRAPHIQUE/ TAILLE	BAILLEUR DE FONDS/ PARTENAIRE(S) DE MISE EN ŒUVRE	CARACTÉRISTIQUES	SUCCÈS	DÉFIS
Pharmacie communautaire (sans frais)	<b>Nigeria</b> 68 PC rattachées à 35 hôpitaux publics dans quatre États (Abuja, Nasarawa, Katsina et Kano)	<ul style="list-style-type: none"> <li>Bailleur de fonds : PEPFAR/CDC</li> <li>Partenaire de mise en œuvre : IHVN</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Aucuns frais pour les clients</li> <li>Coût du programme : ~3 000 dollars US par pharmacie et par an</li> <li>Les PC reçoivent gratuitement les ARV du gouvernement et une allocation pour couvrir les services</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Plus de 5 500 clients ont été orientés vers les pharmacies communautaires pour des renouvellements</li> <li>98 % de rétention et 100 % de suppression virale</li> <li>A entraîné une décongestion progressive des établissements de santé</li> <li>Réduction de la stigmatisation</li> <li>Flexibilité des délais de renouvellement</li> <li>Réduction des coûts pour les patients, puisque le renouvellement peut se faire plus près de chez eux</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Le tarif fixe (~245 dollars US par mois, quel que soit le nombre de patients servis) n'incite pas la pharmacie communautaire à essayer d'augmenter le nombre de patients</li> <li>La durabilité est problématique car elle est basée sur la disponibilité des fonds des donateurs</li> </ul>

**TABLE 1.** Résumé des modèles de distribution décentralisée (par modèle)

MODÈLE	SITUATION GÉOGRAPHIQUE/ TAILLE	BAILLEUR DE FONDS/ PARTENAIRE(S) DE MISE EN ŒUVRE	CARACTÉRISTIQUES	SUCCÈS	DÉFIS
Pharmacie communautaire (sans frais)	<b>Ouganda</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Quatre établissements publics à forte fréquentation sont rattachés à 6 PC</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Bailleur de fonds : PEPFAR/CDC</li> <li>Partenaire de mise en œuvre : IDI</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Aucuns frais pour les clients</li> <li>Les médicaments de chaque patient proviennent de son établissement primaire et sont livrés par les équipes logistiques de l'IDI</li> <li>Une infirmière soutenue par l'IDI est placée dans chaque pharmacie pour aider à la distribution des TAR et à d'autres tâches</li> <li>Les PC sont ouvertes tous les jours jusqu'à tard, y compris les week-ends et les jours fériés</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Environ 9 000 clients inscrits sur une période de 21 mois</li> <li>Taux de rétention de 98 %</li> <li>Plus de 99 % des clients du modèle affichent encore une suppression virale</li> <li>Le temps d'attente dans les cliniques publiques a été réduit de &gt; 3 à &lt; 1,5 heure</li> <li>Incite les clients à observer le traitement et à adopter des comportements favorables à la santé</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Les patients souhaitaient des renouvellements de plus de 2 mois</li> <li>Les patients veulent envoyer des parents ou d'autres personnes pour collecter les ARV en leur nom</li> <li>Souhaitent que les heures d'ouverture des pharmaciens soient prolongées au-delà de 20 heures, même si les infirmières chargées de la distribution travaillent déjà plus longtemps</li> <li>Les patients séropositifs inclus dans d'autres programmes souhaitent également être orientés vers les sites de l'IDI afin de pouvoir accéder à ce service</li> <li>Le programme dépend de la disponibilité de l'infirmière chargée de la distribution à la pharmacie</li> </ul>

**TABLE 1.** Résumé des modèles de distribution décentralisée (par modèle)

MODÈLE	SITUATION GÉOGRAPHIQUE/ TAILLE	BAILLEUR DE FONDS/ PARTENAIRE(S) DE MISE EN ŒUVRE	CARACTÉRISTIQUES	SUCCÈS	DÉFIS
Pharmacie communautaire (sans frais)	Zambie	<ul style="list-style-type: none"> <li>Bailleur de fonds : PEPFAR/CDC</li> <li>Partenaire de mise en œuvre : CIDRZ</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Commencé en octobre 2018</li> <li>Horaires de travail flexibles</li> <li>Pas de frais pour le client (les PC s'engagent sur le principe de la responsabilité sociale des entreprises)</li> <li>Les pharmaciens reçoivent une allocation mensuelle d'environ 75,00 dollars US</li> <li>Longues heures d'ouverture, y compris le week-end (ouverture jusqu'à 22 heures)</li> <li>Les données sont collectées par le personnel du CIDRZ sur une base hebdomadaire/mensuelle</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>237 clients d'ici février 2019 (le programme est nouveau, donc les données sur la rétention, la suppression virale, etc. ne sont pas encore disponibles)</li> <li>Les patients économisent du temps et de l'argent</li> <li>Flexibilité des horaires de collecte</li> <li>Les patients n'ont pas à payer pour le service</li> <li>Réduction de la stigmatisation</li> <li>Les pharmaciens sont tenus au courant des services liés au VIH</li> <li>Augmentation de la clientèle de la pharmacie</li> <li>Réduction du fardeau pesant sur les établissements de santé publique</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Les établissements publics hésitent à transférer les patients vers le secteur privé</li> <li>Nécessité d'un système d'orientation solide entre les établissements publics et les établissements privés/pharmacies de proximité</li> <li>Les systèmes de prépaiement et l'assurance maladie sont essentiels à la durabilité</li> <li>Nécessité d'une surveillance continue</li> </ul>

**TABLE 1.** Résumé des modèles de distribution décentralisée (par modèle)

MODÈLE	SITUATION GÉOGRAPHIQUE/ TAILLE	BAILLEUR DE FONDS/ PARTENAIRE(S) DE MISE EN ŒUVRE	CARACTÉRISTIQUES	SUCCÈS	DÉFIS
Pharmacie communautaire (sans frais)	Afrique du Sud	<ul style="list-style-type: none"> <li>Bailleur de fonds : PEPFAR/USAID/CDC et gouvernement sud-africain</li> <li>Partenaire de mise en œuvre : E-pharmacie Right to Care</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Fonctionne comme un distributeur automatique de billets et dispose d'une interface de type guichet automatique, notamment : <ul style="list-style-type: none"> <li>» Écran tactile, combiné et prise pour écouteurs</li> <li>» Accès authentifié par un code PIN</li> <li>» Communication visuelle et verbale interactive</li> <li>» Bac de collecte de médicaments</li> <li>» Impression de reçus de distribution</li> </ul> </li> <li>Les patients reçoivent des notifications et rappels par SMS pour garantir la collecte en temps voulu et l'observance du traitement</li> <li>Le patient ne paie pas pour le service</li> <li>Gros volumes et horaires et jours de collecte populaires</li> <li>11 langues officielles</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>18 UDP ont été impliqués dans plus de 160 000 épisodes de distribution</li> <li>Flexibilité des horaires de collecte des ARV et facilité de consultation</li> <li>96 % d'observance de la collecte depuis la création</li> <li>78 % des articles distribués étaient des TAR de première ligne</li> <li>Plus de 260 000 articles distribués</li> <li>A maintenu une moyenne de 98 % d'observance de la collecte au cours des 3 derniers mois</li> <li>Les unités contiennent également des médicaments pour d'autres maladies chroniques, ce qui empêche la stigmatisation du VIH</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Nécessité d'un approvisionnement stable en électricité et d'une connexion Internet à haut débit</li> <li>Un capital de départ élevé est nécessaire</li> <li>Nécessité d'une logistique solide de dernier kilomètre</li> </ul>

**TABLE 1.** Résumé des modèles de distribution décentralisée (par modèle)

MODÈLE	SITUATION GÉOGRAPHIQUE/ TAILLE	BAILLEUR DE FONDS/ PARTENAIRE(S) DE MISE EN ŒUVRE	CARACTÉRISTIQUES	SUCCÈS	DÉFIS
Unité centrale de ordonnances (UCO)	<b>Afrique du Sud and Zambie</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Bailleur de fonds : PEPFAR/USAID</li> <li>Partenaire de mise en œuvre : E-pharmacie Right to Care</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Climatisées</li> <li>Automatisées ; disposent d'un système permettant d'envoyer des rappels aux patients et de suivre le moment où le client collecte ses médicaments</li> <li>Accès très rapide aux médicaments, le patient peut obtenir un renouvellement en moins d'une minute</li> <li>Sans personnel (donc libère des RHS) et installées dans des lieux sécurisés</li> <li>Utilisent la technologie des smartphones</li> <li>Abordables et faciles à mettre en place</li> <li>Le patient ne paie pas et peut collecter ses médicaments à tout moment</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Réduction de la stigmatisation</li> <li>Les pharmaciens se tiennent au courant des services actuels en matière de VIH</li> <li>Augmentation de la clientèle de la pharmacie</li> <li>Réduction du fardeau pesant sur les établissements de santé publique</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Nécessitent une très bonne logistique du dernier kilomètre</li> <li>Le contrôle de la température nécessite une source stable d'électricité</li> </ul>

**TABLE 1.** Résumé des modèles de distribution décentralisée (par modèle)

MODÈLE	SITUATION GÉOGRAPHIQUE/ TAILLE	BAILLEUR DE FONDS/ PARTENAIRE(S) DE MISE EN ŒUVRE	CARACTÉRISTIQUES	SUCCÈS	DÉFIS
Unité centrale de distribution	<b>Afrique du Sud and Zambie</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Bailleur de fonds : PEPFAR/USAID</li> <li>Partenaire de mise en œuvre : E-pharmacie Right to Care (USAID)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Systèmes automatisés, donc besoin réduit de RHS</li> <li>Points de collecte flexibles, incluant les PDP, les supermarchés, les églises, les casiers, les détaillants</li> <li>Le patient choisit le point de collecte</li> <li>Des paquets de médicaments sont envoyés chaque mois (ou pour plusieurs mois) au point de collecte choisi</li> <li>Le patient n'a pas à payer pour le service</li> <li>Envoi de SMS de rappel aux patients</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Réduction de la stigmatisation car elle distribue des médicaments pour d'autres maladies chroniques</li> <li>Amélioration de l'expérience des patients (réduction du temps d'attente, réduction de la distance à parcourir)</li> <li>Facile à surveiller à partir d'un point central</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Les établissements publics hésitent à orienter les patients vers le secteur privé (ce qui entraîne une lente inscription à la DD)</li> <li>Coûts élevés en raison du nombre limité de patients</li> <li>Les rendez-vous manqués augmentent les coûts</li> <li>Les rendez-vous manqués faussent les statistiques mensuelles</li> <li>Logistique inverse lorsque les patients ne collectent pas les médicaments</li> </ul>

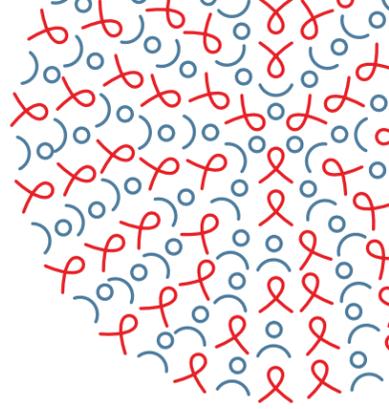
**TABLE 1.** Résumé des modèles de distribution décentralisée (par modèle)

MODÈLE	SITUATION GÉOGRAPHIQUE/ TAILLE	BAILLEUR DE FONDS/ PARTENAIRE(S) DE MISE EN ŒUVRE	CARACTÉRISTIQUES	SUCCÈS	DÉFIS
Modèle d'hôpital privé avec ARV gratuits	<b>Ouganda, Nigeria, Kenya, Tanzanie, Zambie, Eswatini, Lesotho</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Bailleur de fonds : PEPFAR/USAID/CDC et gouvernements nationaux</li> <li>Partenaires de mise en œuvre : divers</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Fournir des services complets en matière de VIH</li> <li>Doit être titulaire d'une licence avec le nombre requis de personnel formé</li> <li>Recevoir gratuitement des médicaments ARV du gouvernement</li> <li>Le partenaire de mise en œuvre du PEPFAR fournit une assistance technique</li> <li>Fournir des rapports mensuels au gouvernement</li> <li>Les clients paient pour les services mais pas pour les médicaments ARV</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Réduction de la stigmatisation</li> <li>Commodité</li> <li>Réduction du temps d'attente</li> <li>Les patients contribuent à leurs soins</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Nécessité d'un contrôle continu</li> <li>Augmente les exigences en matière de gestion des données</li> <li>Dans certains cas, l'absence de documentation et de rapports adéquats de la part du secteur privé</li> <li>Demande d'ARV à la chaîne d'approvisionnement du gouvernement</li> <li>La viabilité financière est problématique car le modèle repose sur l'obtention de médicaments et le mentorat du gouvernement/des donateurs</li> <li>Crainte de stigmatiser les autres patients qui viennent à l'hôpital si ce dernier est considéré comme un hôpital pour le VIH</li> <li>Couverture d'assurance maladie limitée</li> </ul>

40

**TABLEAU 2.** Résumé des modèles de DD des TAR (par pays)

LE PAYS	TYPE DE MODÈLE(S) MIS EN ŒUVRE
Nigeria	PC, hôpital privé
Afrique du Sud	UDP, CCMDD, casiers, PC, hôpital privé
Zimbabwe	Hôpital privé
Zambie	PC, casiers UCD, hôpital privé
Malawi	Hôpital privé
Eswatini	Hôpital privé
Lesotho	Hôpital privé
Tanzanie	Hôpital privé
Ouganda	PC, hôpital privé
Kenya	Hôpital privé



## 4 Orientations pour la mise en œuvre et l'extension de la DD de TAR par le secteur privé

La DD de TAR complète les modèles de PSD dans le secteur public et devrait être ajoutée au menu des options disponibles. Les décisions des gouvernements ou des partenaires de mise en œuvre d'introduire ou d'étendre un ou plusieurs des MDD doivent tenir compte d'une grande variété de facteurs spécifiques à chaque pays. Certains de ces facteurs peuvent être analysés, évalués et suivis dans le temps. Cependant, il est essentiel de comprendre que ces facteurs sont pour la plupart liés entre eux et s'influencent donc mutuellement. Par exemple, la répartition des revenus des PVVIH, la CDP des patients pour des médicaments ou des services de santé spécifiques, ainsi que la présence et la force des établissements du secteur privé peuvent toutes être étroitement liées. Ainsi, toute décision éclairée concernant l'extension des MDD doit prendre en compte ces multiples facteurs de manière globale et non isolée.

### 4.1. Facteurs à prendre en compte lors du choix d'un modèle de DD du secteur privé

#### 4.1.1. Quelle est la taille de la population de clients cliniquement stables de votre pays/programme qui peuvent potentiellement être orientés vers un système de distribution du secteur privé ?

- La majorité des patients des programmes de TAR sont cliniquement stables : selon le rapport du PEPFAR de 2019 au Congrès américain, environ 80 % de toutes les PVVIH qui reçoivent un TAR sont cliniquement stables, ce qui signifie qu'une large cohorte de patients peut être inscrite dans des modèles de soins différenciés, y compris ceux mis en œuvre par le secteur privé.
- Il faut réfléchir à la façon dont cette population est répartie dans les différentes régions ou provinces, afin que l'extension des modèles de DD puisse donner la priorité à ceux qui ont la plus forte prévalence du VIH et un grand nombre de PVVIH sous TAR.

#### 4.1.2. Quel serait l'impact potentiel de l'extension du MDD ?

- Vous pouvez utiliser un modèle mathématique pour évaluer l'impact potentiel de la mise en œuvre ou de l'extension d'un ou plusieurs des MDD.

Un modèle Excel tel que celui développé par Palladium dans le cadre du projet Meeting Targets and Maintaining Epidemic Control (EpiC) financé par le PEPFAR et l'USAID peut être utilisé par les décideurs politiques, les responsables de la mise en œuvre des programmes, les chercheurs et toute autre partie prenante intéressée par l'exploration des MDD dans un pays ou au sein des unités infranationales d'un pays.

Le modèle Palladium offre aux utilisateurs (et aux consommateurs des résultats) la possibilité de saisir les différents types d'entrées et de données nécessaires et d'envisager les hypothèses fondées sur des preuves qui doivent être dressées afin de produire des estimations fiables.

Les principales caractéristiques de ce modèle, y compris ses multiples étapes, le type de données et de paramètres nécessaires, les hypothèses et le type de résultats qu'il produit, sont décrites dans l'**Annexe 1**. Un exemple d'estimation de l'impact de l'extension du MDD au Zimbabwe figure à l'**Annexe 2**.

Le modèle produit quatre résultats clés :

- i. Estimation du potentiel de marché maximum pour les MDD, mesurée par le nombre de PVVIH recevant des services de TAR par le biais du secteur public qui seraient éligibles pour passer à l'un des MDD au sein du secteur privé, auraient un accès géographique à l'un au moins des MDD, auraient les moyens financiers (ce que l'on appelle la CDP) de passer au secteur privé, et changeraient si le prix final à payer dans le cadre d'un ou plusieurs MDD tombait en dessous d'un certain seuil.
- ii. Réduction estimée du nombre de patients perdus de vue (et potentiellement des nouvelles infections et des décès liés au sida) en raison d'une proportion accrue de patients sous TAR qui choisissent l'un des MDD. Ceci, associé à une meilleure observance du traitement, pourrait améliorer les taux de suppression de la charge virale.
- iii. Estimation des économies de coûts pour les bailleurs de fonds (par ex., les gouvernements, le PEPFAR), mesurée comme le montant des ressources financières que les bailleurs de fonds économiseront grâce à l'extension des MDD si une certaine proportion de ce marché potentiel de PVVIH passe à un MDD. Des économies seraient réalisées grâce à la réduction des dépenses en ressources humaines, des frais généraux des établissements, des produits ARV, des diagnostics de laboratoire, du suivi des patients, etc. Bien que le modèle n'inclue pas les économies liées au plus faible nombre de patients passant à des traitements de deuxième ligne plus coûteux ou devant être traités pour des infections opportunistes dans le cadre des MDD, ces coûts s'ajouteraient aux économies globales estimées pour le programme.
- iv. Estimation des économies de coûts pour les patients recevant des soins VIH, mesurée comme le montant des ressources financières globalement économisées après que les patients aient choisi de recevoir leurs médicaments ARV (et éventuellement d'autres services VIH) par le biais de MDD et non pas uniquement via les établissements publics. Ces économies seraient notamment réalisées grâce à la réduction des coûts indirects, qui comprennent les frais de transport et les coûts de renoncement (temps de déplacement, temps d'attente dans l'établissement de soins et temps des personnes s'occupant de manière informelle des enfants), et à la diminution du nombre de visites par an. Ces économies seront partiellement ou totalement compensées si les MDD ne sont pas entièrement subventionnés ou s'ils exigent un certain paiement de la part des patients afin de recevoir leurs produits ARV ou leurs services VIH.

## 4.2. Étape à suivre lors de la planification de la mise en œuvre/l'extension de la DD des TAR

### 4.2.1. S'assurer que les politiques de soutien et les exigences légales/réglementaires sont en place

Les politiques et réglementations gouvernementales concernant l'engagement du secteur privé dans la fourniture de TAR sont cruciales pour le succès de la stratégie. Le leadership et les conseils des fonctionnaires du gouvernement national sont également essentiels à la réussite de la mise en œuvre et de l'extension des MDD. Les politiques doivent aborder les points suivants, en permettant ce qui suit :

- DPM d'ARV
- Participation du secteur privé à la prestation de services liés au VIH (avec des indications claires sur les entités qui peuvent fournir le TAR et la fréquence des renouvellements/suivis)
- Distribution dans d'autres lieux, par exemple au moyen de modèles automatisés
- Partage des médicaments du gouvernement avec des établissements du secteur privé. La politique devrait également aborder les changements nécessaires à la chaîne d'approvisionnement pour permettre le passage des produits du secteur public au secteur privé
- Partage d'informations sur les patients entre les établissements publics et privés et obligations de déclaration pour éviter les doubles déclarations ou les déclarations insuffisantes

En outre, les politiques doivent définir les mécanismes/procédures permettant de garantir la qualité des services dans le secteur privé (par ex., inclusion des prestataires du secteur privé dans les événements nationaux de formation, groupes de travail techniques, accréditation, cycles d'assurance/amélioration de la qualité).

D'un point de vue juridique/réglementaire, il est important de s'assurer que les points de vente privés, tels que les pharmacies impliquées dans la DD de TAR, sont enregistrés et opèrent légalement et que les pharmaciens ont une licence en cours de validité. Les gouvernements et les programmes peuvent travailler avec les autorités de réglementation des médicaments et les associations de pharmaciens pour garantir des processus efficaces et clairs d'autorisation des PC (si nécessaire) qui expriment le désir de participer à la DD de TAR.

### 4.2.2. Engager les parties prenantes clés dès le début

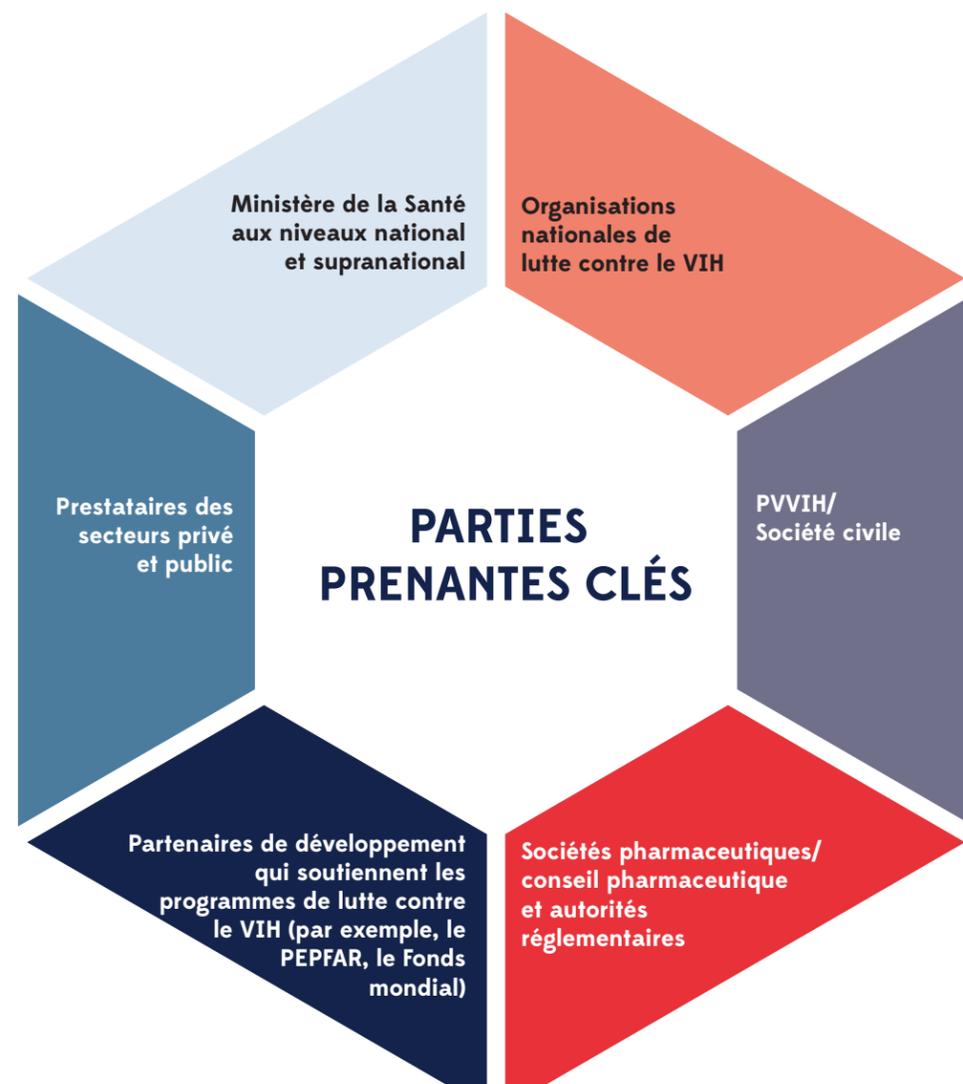
Les expériences des pays qui ont mis en œuvre des modèles de DD ont montré que l'un des facteurs les plus importants pour la réussite de l'introduction et de la mise en œuvre de modèles de traitement différencié de proximité, y compris la DD dans le secteur privé, était l'adhésion de multiples parties prenantes (pour des exemples de parties prenantes clés, voir la Figure 9).

Cela permettra de sensibiliser les gens et de les amener à s'approprier l'intervention. L'engagement doit aborder et aligner les intérêts de chacune des différentes parties prenantes avec ceux des patients.

Les décisions finales sur les modèles de DD à utiliser doivent être prises après l'engagement des parties prenantes. Par exemple :

- L'engagement du MS à tous les niveaux garantit que les politiques de soutien et les lignes directrices nécessaires sont en place et que les changements nécessaires sont apportés à la chaîne d'approvisionnement et aux systèmes de suivi et d'évaluation
- L'implication des PVVIH et de la société civile garantit que le modèle choisi est acceptable pour elles et que leurs préoccupations (par exemple, des frais de service) sont prises en compte
- L'implication des prestataires du secteur privé permet de répondre à leurs motivations, leurs mesures incitatives et de justifier leur participation à la fourniture de soins
- Il est tout aussi important de s'engager avec les prestataires de soins de santé du secteur public lors de la planification de la DD de TAR, car ils doivent accepter et participer activement à l'orientation de leurs

**FIGURE 9.** Exemples de parties prenantes clés



patients vers le secteur privé. Cet engagement devrait répondre à leurs préoccupations concernant la capacité des patients à se soigner eux-mêmes et leur besoin de soutien et de suivi de l'observance. L'engagement des parties prenantes du secteur public contribue également à établir un rapport avec le personnel de la pharmacie de proximité (ou d'autres prestataires du secteur privé) pour une mise en œuvre sans faille du programme.

- Organiser des réunions régulières avec toutes les parties prenantes pour les sensibiliser aux MDD, solliciter leurs réactions et fournir des mises à jour continues sur le processus de mise en œuvre/extension

#### 4.2.3. Identifier et convenir du/des modèle(s) de DD à mettre en œuvre/à étendre au niveau national ou dans différentes zones sous-nationales

- La décision sur le(s) modèle(s) à mettre en œuvre doit prendre en compte la taille de la population de patients cliniquement stables sous TAR et l'impact potentiel des différents modèles (comme décrit ci-dessus). Parmi les autres facteurs, on peut citer :
  - » L'adhésion des parties prenantes.
  - » La faisabilité de la mise en œuvre d'un modèle particulier (par ex., dans les cas où l'électricité et l'accès à Internet ne sont pas fiables, les modèles de distribution automatisée ne peuvent être maintenus).
  - » L'accessibilité et la répartition géographique des points de vente des fournisseurs privés.
  - » L'acceptabilité des différents modèles pour les patients (répondent-ils à leurs besoins en matière de commodité, d'intimité, etc.).
  - » Les besoins non satisfaits/lacunes non traité(e)s par les modèles de PSD existants.
  - » Les populations non desservies par les modèles existants, comme les hommes.
- Sélectionner un ou plusieurs modèles qui conviennent à l'environnement (pharmacie de proximité, l'un des modèles de distribution automatisée ou le modèle d'hôpital privé)
- Pour les modèles sélectionnés, décider si et dans quelle mesure les patients peuvent contribuer à leurs soins ; les contributions des patients permettraient un modèle plus durable comparé aux modèles entièrement subventionnés.
  - » La capacité et la volonté de payer (VDP) des patients peuvent être différentes selon les zones géographiques (par ex., entre les zones urbaines et rurales). Pour estimer la VDP et la CDP, envisager de procéder à une évaluation rapide ou d'extrapoler les estimations à partir de données sur l'utilisation d'autres services de santé dans le secteur privé (si de telles données sont disponibles), voire de données pour certains services liés au VIH provenant de pays ayant un contexte similaire. Les associations de PVVIH peuvent également apporter une contribution précieuse.
  - » Dans les cas où le modèle de DD implique des frais pour les patients, il convient d'anticiper les changements de la CDP des patients au fil du temps et de mettre en place un mécanisme permettant une transition facile et rapide dans et hors du secteur privé et entre les modèles, selon les besoins. Même si certains patients peuvent initialement se permettre de payer les frais de service par eux-mêmes, le TAR est un engagement à vie, et le coût peut devenir inabordable un jour ou l'autre (par ex., si la situation économique d'un individu change).
  - » En fonction de la VDP et de la CDP, décider si les patients peuvent être tenus de payer des frais. Les choix possibles comprennent les modèles où se trouvent les services et les médicaments :
    - entièrement payés par les donateurs/gouvernements
    - subventionnés par les donateurs/le gouvernement, les patients payant une partie du coût (par ex., frais d'ordonnance, frais de conseil en matière d'observance, etc.)
    - couverture partielle ou totale par l'assurance maladie, ou prise en charge totale par les patients (ces options sont actuellement peu courantes, mais peuvent être applicables dans un nombre limité de contextes)

#### 4.2.4. Définir les critères de sélection pour la participation à la DD de TAR par le secteur privé

Lorsque l'on prévoit d'introduire la DD par le biais du secteur privé, il est important de définir clairement les critères utilisés pour (1) sélectionner les établissements publics qui peuvent bénéficier au mieux du transfert d'une partie de leurs patients vers le secteur privé, (2) sélectionner les établissements/points de vente privés avec lesquels s'associer, et (3) sélectionner les patients éligibles pour recevoir leurs ARV d'un établissement privé. Les critères sont décrits ci-dessous.

##### Pour les établissements publics

Les principaux objectifs de la DD de TAR sont d'améliorer l'expérience des patients et de décongestionner les établissements de santé publique. Ainsi, les principaux points pris en compte dans la sélection des établissements à partir desquels les patients stables (consentants) seront transférés vers le secteur privé pour poursuivre le TAR sont les suivants :

- large population de patients cliniquement stables sous TAR
- volume élevé de patients par jour
- longs délais d'attente
- pénuries de RHS
- incapacité des modèles actuels de PSD à répondre aux besoins de la population de patients de l'établissement (par ex., se traduisant par un taux élevé de PVS)

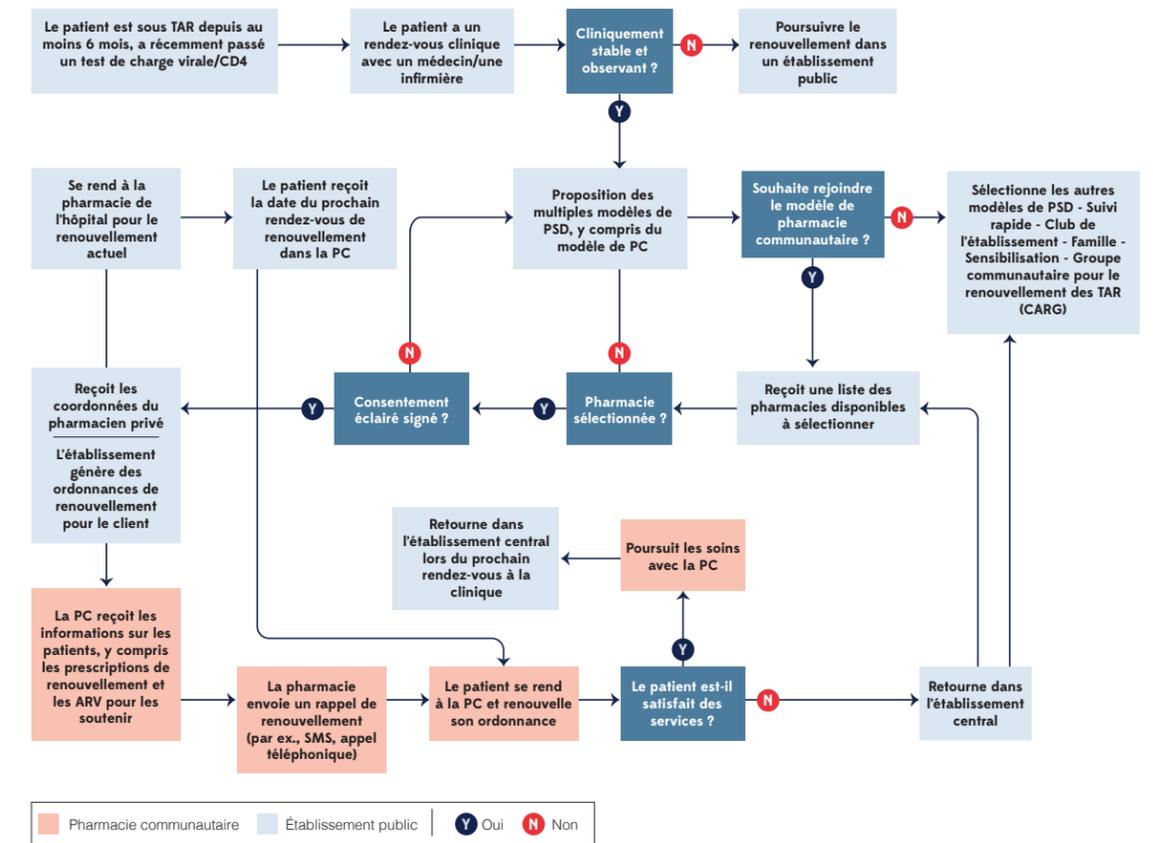
Les établissements très fréquentés sont généralement situés dans des zones urbaines ou périurbaines, dans lesquelles un grand nombre d'établissements du secteur privé sont également disponibles pour faciliter la transition. Une évaluation initiale des établissements publics, comprenant des discussions avec les prestataires et les clients, aidera à convenir/définir une valeur numérique pour chacun de ces critères.

##### Pour les établissements/points de vente privés

L'engagement avec les fournisseurs (pour les modèles automatisés) ou les organismes professionnels, réglementaires et d'agrément des pharmacies facilitera la sélection des points de vente privés appropriés. Les critères de sélection comprennent :

- être enregistré et titulaire d'une licence
- un emplacement pratique et une infrastructure adéquate
- du personnel formé (ou désireux de l'être, auquel cas les besoins de formation doivent être évalués). Pour les modèles de distribution automatisée, le personnel doit également avoir des connaissances et de l'expérience dans l'utilisation du modèle automatisé choisi,
- volonté de participer à la DD de TAR
- volonté de signer un PA avec un établissement de santé publique/gouvernement/donateur, qui définit les conditions d'engagement et les rôles et responsabilités de chaque partie impliquée dans le processus

**FIGURE 10.** Pathway for enrolling clinically stable patients to a community pharmacy (or other DD model)



##### Pour les clients

Les critères de sélection des clients cliniquement stables peuvent varier quelque peu d'un pays à l'autre et évoluer avec le temps, à mesure que de nouveaux ARV plus faciles à prendre sont introduits. L'OMS définit les clients cliniquement stables comme suit :

- Sous TAR pendant au moins un an (à noter que certains programmes nationaux réduisent cette période à six mois)
- Pas de réactions indésirables aux médicaments nécessitant une surveillance régulière
- Pas de maladie ou de grossesse en cours, et pas d'allaitement en cours
- Une bonne compréhension de l'observance à vie
- Des preuves de la réussite du traitement, telles que deux mesures consécutives de charge virale indétectable ou, en l'absence de surveillance de la charge virale, une augmentation du nombre de CD4 ou un nombre de CD4 supérieur à 200 cellules/mm3 (à noter que l'intensification des tests de charge virale est essentielle pour garantir le succès de l'inscription des patients aux modèles de PSD et aux MDD, et devrait aller de pair).

L'exemple de la voie à suivre pour transférer des patients stables d'un établissement à un modèle de DD de choix (dans ce cas, une pharmacie communautaire) est présenté à la Figure 10. Les modèles de DD de TAR devraient être proposés en même temps que les modèles de PSD existants et les patients devraient être autorisés à faire un choix éclairé.

Tous les patients qui sont éligibles pour une PSD sur la base des directives nationales sont également éligibles pour une DD de TAR. Parmi les autres critères, on peut citer :

- la volonté de s'inscrire à la DD de TAR
- fournir un consentement éclairé écrit

#### 4.2.5. Procéder à une évaluation des établissements du secteur privé

Cette évaluation doit inclure les critères spécifiques aux établissements privés énumérés à la section 3.2.4 (voir également la Figure 11). Lors de l'évaluation des pharmacies de proximité en vue de déterminer si elles disposent d'une infrastructure adéquate, il convient de s'assurer que les exigences minimales suivantes sont respectées :

- Un espace suffisant pour faire face à l'augmentation de l'afflux de patients
- Un espace qui garantit le respect de la vie privée sur le plan audio et visuel afin de pouvoir fournir des conseils et répondre aux préoccupations des patients
- Un espace de stockage des médicaments conforme aux exigences (température ne dépassant pas 30 °C, non exposé à la chaleur directe et à une forte humidité, étagères adéquates, disponibilité d'armoires de verrouillage)
- Un espace et/ou une infrastructure électronique adéquats pour la gestion et le stockage des dossiers et des registres des patients
- Un système d'alimentation électrique ou de secours fiable, un réseau de téléphonie mobile et un accès à Internet, qui sont essentiels si l'on utilise des systèmes électroniques pour la notification et le partage d'informations en temps utile
- Des mesures de sécurité contre les effractions et les cambriolages (fenêtres, portes, espaces de stockage verrouillés).

**FIGURE 11.** Identification des pharmacies communautaires



Pour les modèles de distribution automatisée, évaluer ces exigences en matière d'infrastructure :

- Un système de dossiers médicaux électroniques fiable qui pourra être relié aux dossiers de l'établissement pour permettre une distribution automatisée
- Un système fiable de dernier kilomètre pour assurer le réapprovisionnement des stocks en temps voulu
- Des systèmes de notification des clients, de rappel et d'information en cas de questions sur l'utilisation des médicaments
- Un système d'alimentation électrique ou de secours fiable, un réseau de téléphonie mobile et un accès à Internet, qui sont essentiels pour les modèles de distribution automatisée et tous les modèles où la collecte électronique de données est introduite
- Le cas échéant, un centre d'appel pour répondre aux préoccupations des patients lors de la distribution automatisée

En outre, bien que la délivrance de médicaments pour maladies chroniques autres que les ARV ne soit pas obligatoire, elle est considérée comme un plus car elle contribue à réduire la stigmatisation.

Une fois les pharmacies de proximité évaluées, elles doivent être cartographiées autour des établissements de santé publique. Le processus de sélection et de cartographie des pharmacies de proximité devrait également impliquer les parties prenantes clés.

#### 4.2.6. Élaborer un dossier de décision à présenter à la pharmacie de proximité ou à un autre établissement privé

Après l'évaluation et la cartographie des pharmacies de proximité, organiser une discussion sur le dossier de décision avec les propriétaires des PC qualifiées. Le dossier de décision doit mettre en évidence les avantages suivants pour la pharmacie :

- Recettes directes provenant de la rémunération à l'acte et recettes indirectes provenant des besoins en médicaments auxiliaires
- Visibilité accrue pour le pharmacien grâce à son implication dans les interventions de santé publique
- Appréciation/reconnaissance spéciale lors des conférences nationales de la société pharmaceutique/l'association professionnelle
- Fréquentation accrue
- Renforcement solide des capacités pouvant s'appliquer à d'autres domaines pathologiques et contribuant au développement professionnel
- Responsabilité sociale des entreprises

Après la discussion, les propriétaires doivent décider si participer à la fourniture de renouvellements d'ARV et de soins pharmaceutiques aux patients les intéresse. Ceux qui acceptent devront ensuite signer un MA avec le gouvernement et/ou toute autre organisation concernée.

#### 4.2.7. Renforcer la capacité des prestataires à offrir des services de qualité

Les prestataires privés peuvent avoir différents niveaux de préparation pour proposer des renouvellements d'ARV et les services VIH associés.

- En se basant sur les lacunes identifiées lors de l'évaluation de l'établissement et avant le lancement de la DD de TAR dans l'établissement, former les pharmaciens et le personnel des pharmacies de proximité sélectionnées afin de garantir qu'ils remplissent les conditions suivantes :
  - » Avoir une bonne compréhension des politiques, lignes directrices et protocoles nationaux pertinents,
  - » Avoir les connaissances requises sur les médicaments ARV et être en mesure de conseiller les patients sur leur utilisation correcte, leurs effets secondaires, les raisons de contacter leur prestataire de soins de santé, etc.,

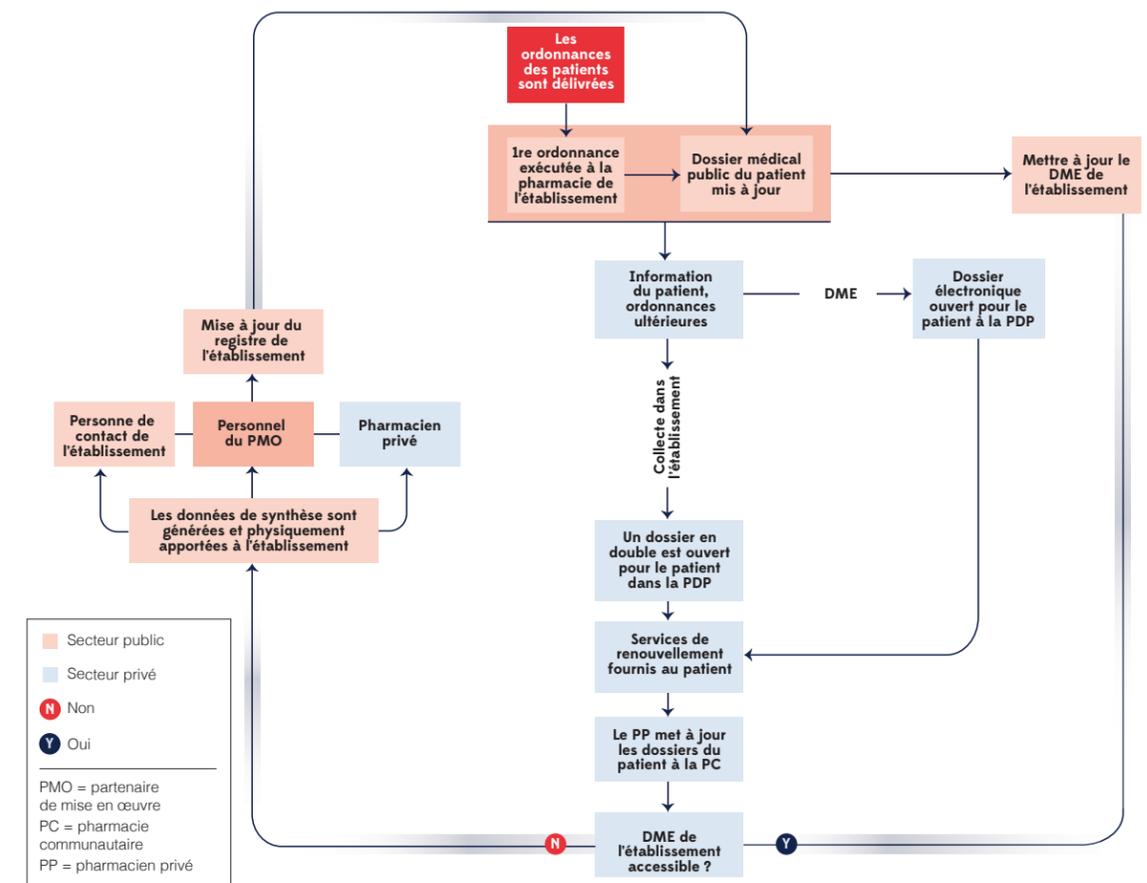
- » Comprendre et pouvoir faire respecter les normes de qualité des soins,
  - » Être en mesure d'offrir des conseils de qualité en matière d'observance,
  - » Savoir quand et où orienter les patients,
  - » Comprendre l'importance de prévenir la stigmatisation et la discrimination tout en offrant des services aux PVVIH,
  - » Comprendre les exigences en matière de gestion de l'information et avoir les compétences nécessaires pour y répondre.
- Dans le cadre de l'établissement d'un rapport entre le personnel de santé publique et le personnel des établissements privés, le personnel de la pharmacie de proximité doit visiter l'établissement public lors de l'orientation initiale afin de comprendre les procédures et les processus au niveau du site pendant les renouvellements de TAR. Cela permettra d'améliorer les consultations et la communication à l'avenir.
  - Prévoir un renforcement continu des capacités. Étant donné que la prise en charge du VIH évolue avec le temps, à mesure que de nouveaux médicaments sont mis sur le marché, les prestataires du secteur privé auront besoin de formations d'appoint et de mises à jour pour s'assurer qu'ils fournissent des soins de haute qualité. Les gouvernements et les programmes doivent :
    - » Impliquer autant que possible les prestataires du secteur privé dans les programmes de formation nationaux,
    - » Évaluer l'utilisation de l'apprentissage électronique ou en ligne, qui peut être plus pratique pour le secteur privé de la santé, car il est souvent moins disposé ou en mesure de laisser son personnel quitter les établissements pour assister à des formations/ateliers.
  - Assurer la coordination avec les associations de pharmaciens, les réseaux du secteur privé et les autres sociétés professionnelles responsables de la formation médicale continue dans le cadre des exigences d'accréditation et d'autorisation. L'implication de ces associations/réseaux dans la conduite de l'évaluation initiale et de toute activité de formation ultérieure peut renforcer leur capacité à fournir une assurance qualité et une formation future en matière de RHS, contribuant ainsi à la durabilité des MDD des TAR.
  - Mettre en place un mécanisme de suivi régulier (avec des indicateurs définis), de supervision de soutien et d'examen des performances dès le début. Cela garantira le respect des meilleures pratiques et l'amélioration continue de la qualité.

#### 4.2.8. Créer une demande de DD de TAR tout en respectant le choix éclairé

Plusieurs modèles de PSD différents sont actuellement mis en œuvre dans le secteur public de différents pays. La DD de TAR par le secteur privé est une option supplémentaire qui présente ses propres avantages. Afin de créer une demande pour les modèles de DD de TAR :

- Sensibiliser le personnel des établissements de santé publique à la disponibilité des modèles de DD et leur fournir toutes les informations et outils pertinents.
- Ajouter l'option DD par le secteur privé à la liste des options publiques de PSD qui sont évoquées avec les patients au niveau de l'établissement.
- Fournir des informations sur les modèles de DD de TAR aux patients dans le cadre des discussions sur l'observance et lors des réunions des groupes de soutien. Informer les clients sur les conditions requises pour participer au modèle et sur la manière de maintenir leur éligibilité à rester inscrits.

FIGURE 12. Schéma de flux de données entre les établissements publics et privés



- Développer des supports d'information, d'éducation et de communication et les mettre à la disposition des patients pour les aider à mieux comprendre les modèles de DD et leurs attributs afin de leur permettre de faire un choix éclairé sur l'option qui leur convient le mieux.
- Impliquer les associations de PVVIH afin qu'elles puissent informer leurs membres sur la disponibilité de la DD dans le secteur privé en plus des autres modèles de PSD.
- Lorsque des ressources sont disponibles, la communication de masse doit être utilisée pour sensibiliser les clients aux modèles de DD.
- Encourager les clients qui utilisent le modèle de DD des TAR à partager leurs expériences avec d'autres clients.
- Rassurer les patients en leur disant qu'ils sont libres de retourner à tout moment dans l'établissement de santé, pour quelque raison que ce soit, et de changer de pharmacie ou de recommencer à recevoir leurs ARV dans le secteur public s'ils ne sont pas satisfaits du modèle du secteur privé.

#### 4.2.9. Veiller à ce que les outils et systèmes de gestion, de suivi et d'évaluation des données soient en place

Au niveau du programme, les donateurs et le gouvernement devraient systématiquement collecter et analyser des données telles que les taux de rétention, la suppression de la charge virale et les coûts associés aux clients qui collectent leurs ARV par le biais de modèles de DD. Les sites de collecte peuvent ou non être suivis dans les systèmes HMIS (Health Management Information Systems) nationaux existants ou dans le système de suivi DATIM du PEPFAR. Aux fins de déclaration au MS et au PEPFAR, les patients inscrits dans les modèles de pharmacie de proximité ou de DD automatisée sont toujours comptés dans l'établissement public où ils reçoivent leurs ordonnances. Par conséquent, les données de routine sur les services aux patients, y compris les renouvellements de TAR selon le MDD, doivent être compilées avec le rapport de l'établissement central et soumises au MS et au PEPFAR dans le cadre des exigences de déclaration de routine. La Figure 12 montre un schéma de flux de données entre un établissement public et un établissement privé fournissant des renouvellements. Dans le cadre d'un modèle de DD par un hôpital purement privé, l'établissement privé qui délivre l'ordonnance aux patients doit être l'unité de déclaration pour les patients qu'il dessert.

Les modèles de DD doivent figurer dans le manuel de soins et de traitement du patient en tant qu'options disponibles parmi lesquelles les patients peuvent choisir. Des codes spécifiques, conformes au système national, doivent être attribués aux modèles. Ces codes/modèles doivent également être inclus dans la liste de rendez-vous automatisée.



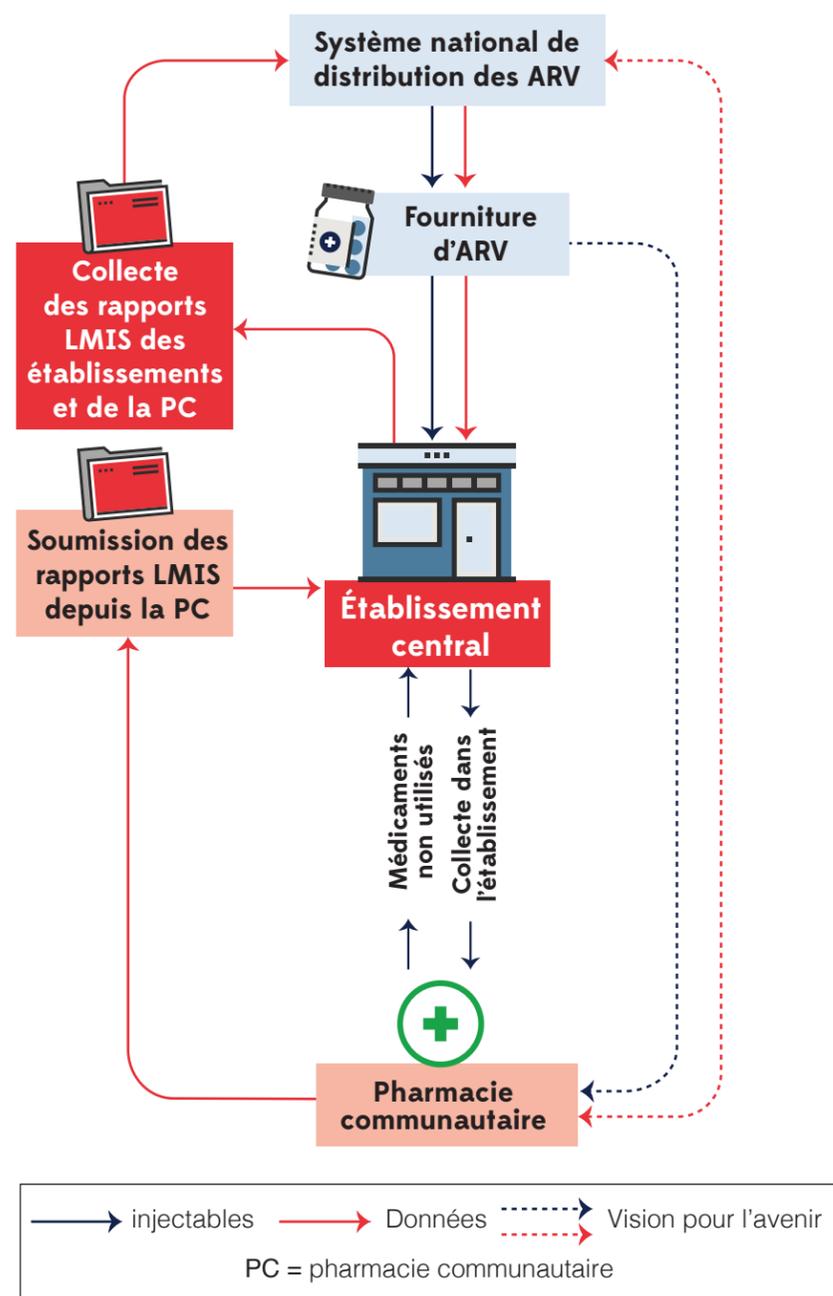
### SYSTÈMES DE GESTION ÉLECTRONIQUE DES DONNÉES

Un système électronique de gestion des données permet un transfert en temps réel entre les sites de collecte du secteur privé et le système national de déclaration. Des applications cloud tierces permettant un accès contrôlé par le secteur public et le secteur privé pourraient être utilisées. Un système basé sur le cloud permettra aux sites de collecte du secteur privé de s'inscrire dans le système et de saisir les informations nécessaires ; l'établissement public pourra voir les informations en temps réel et prendre une mesure appropriée. Certains pays utilisent déjà des outils de distribution d'ART (ODA) basés sur le cloud, qui permettent de partager des informations et de faire des rapports en temps réel. Certains des ODA sont en accès libre et peuvent donc être adaptés pour une utilisation dans d'autres pays. Si le secteur privé n'a pas accès au système national de déclaration, il faut envisager d'engager des programmeurs pour créer une interface de programmation d'application (API) entre le système électronique du point de collecte et le DME de la clinique de référence. L'API doit permettre l'échange de données en temps réel afin de garantir une prise en charge et une surveillance continues des patients. L'une des principales exigences en matière de partage de données entre les établissements privés et publics est le respect de la vie privée et de la confidentialité ; le système devrait donc permettre de désidentifier et d'échanger uniquement les données pertinentes aux fins de la fourniture de renouvellements d'ordonnance et de la surveillance de l'observance dans le secteur privé. Les systèmes des secteurs privé et public doivent être correctement protégés par des pare-feux adéquats visant à empêcher tout accès non autorisé aux informations. Au minimum, les informations sur les personnes qui sont venues et celles qui ne sont pas venues collecter les ARV un jour donné devraient être communiquées à l'établissement de santé pour permettre un suivi en temps utile.

Au niveau des établissements, il est nécessaire de mettre en place un système efficace et efficient de collecte de données et d'échange réciproque entre les établissements de santé publique et les prestataires du secteur privé. Les outils de collecte de données doivent être simples et comporter des indications claires sur les indicateurs à enregistrer et sur le mécanisme que les prestataires privés utiliseront pour partager ces données avec l'établissement public :

- Mettre en place un système d'échange de données entre l'établissement public et le prestataire du secteur privé. Un système électronique qui permet le partage de données en temps réel sera préférable. Toutefois, si un tel système n'est pas disponible, un système papier devrait être utilisé pour les modèles non automatisés (par ex., PC, hôpital privé) tandis que des efforts seront faits pour passer à un système électronique.
- Dans le cas des modèles de distribution automatisée, veiller à ce que le partage électronique/en temps réel de données de patients entre l'établissement de santé publique et le modèle de distribution automatisée soit soutenu.
- Adapter les approches de gestion des données en fonction des besoins. À mesure que le nombre de clients utilisant le MDD s'intensifie, il est nécessaire de réduire la charge de données pour le prestataire du secteur privé, ce qui peut nécessiter un système de gestion électronique des données plus efficace (voir l'encadré).
- Développer des outils de collecte de données et former les prestataires du secteur privé à leur utilisation. L'outil de collecte de données utilisé par la pharmacie de proximité doit être similaire à celui utilisé au point de distribution de l'établissement. Cela permettra un transfert facile des informations entre l'établissement public et l'établissement privé.
- Développer des procédures opératoires standards (POS) pour remplir les outils de collecte de données et partager les POS avec les prestataires du secteur privé.
- Au moment de définir les voies de partage des données pour fusionner les données des secteurs privé et public, prendre des précautions pour éviter les doublons (par ex., lorsque les patients sont transférés à plusieurs reprises d'un secteur à l'autre).
- Veiller à ce que les prestataires du secteur privé sachent :
  - » Quand rendre compte à l'établissement du secteur public où le patient reçoit les ordonnances de renouvellement,
  - » Comment envoyer des informations à l'établissement sur les patients qui ont collecté leurs renouvellements,
  - » Informer immédiatement ou dès que possible l'établissement du patient en défaut ou renvoyé à l'établissement pour examen. Le système de suivi des patients en défaut dans l'établissement doit être déclenché immédiatement après réception des informations du prestataire privé.
- Lorsque le secteur public dispose d'un système de dossier médical électronique (DME) fonctionnel, s'efforcer de créer une interopérabilité avec les DME du secteur privé.
- Organiser des réunions d'examen régulières entre les prestataires du secteur privé et les prestataires des établissements de santé publique
- Assurer une supervision régulière des prestataires du secteur privé par le MS et/ou des experts techniques locaux, des membres d'associations professionnelles et d'autres organismes compétents
- Développer des tableaux de bord au niveau des établissements, des districts, des régions et du pays pour suivre l'acceptation de la DD de TAR et les résultats des patients dans le cadre du MDD.

**FIGURE 13.** Système logistique proposé



Périodiquement, les programmes devront effectuer une analyse comparative pour s'assurer que les modèles de DD répondent aux besoins des patients. Les données de surveillance de routine sur la suppression virale et l'observance doivent être examinées et, si possible, comparées à des cohortes similaires d'autres patients stables qui ne sont pas inscrits dans un modèle de DD. Les comparaisons devraient s'appuyer sur des données longitudinales extraites des systèmes de DME ou de transfert électronique des données (TDE) conservés pour les patients recevant des médicaments par le biais de modèles de DD par rapport à ceux qui ne sont pas inscrits dans des modèles de DD.

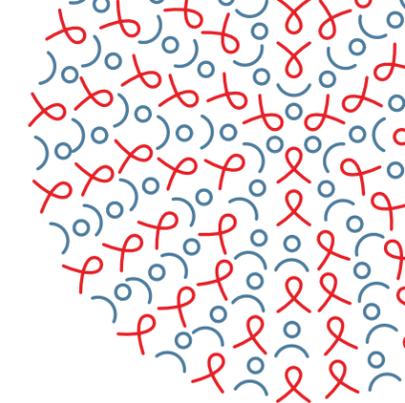
#### 4.2.10. Assurer la disponibilité des ARV dans le secteur privé par des ajustements nécessaires de la chaîne d'approvisionnement et/ou des moyens efficaces de transfert des ARV du secteur public au secteur privé

Selon le modèle d'approvisionnement, les ARV peuvent être fournis par le distributeur central/régional du gouvernement, ou par l'établissement de santé publique vers lequel les patients ont été orientés, ou ils peuvent être achetés directement par le prestataire du secteur privé. L'objectif principal de la chaîne d'approvisionnement est de garantir que les produits seront disponibles au point de distribution lorsque le patient se présentera au point de renouvellement. Le processus de la chaîne d'approvisionnement qui inclut les prestataires du secteur privé doit être clairement défini, y compris la base du réapprovisionnement.

Il existe trois méthodes pour fournir les ARV au secteur privé :

- Fournis par le distributeur national/régional
  - » Inclure les pharmacies privées sélectionnées dans la liste des distributeurs nationaux/régionaux.
  - » Définir clairement les procédures de demande, d'attribution, de réception et de déclaration.
  - » Si les pharmacies de proximité sont nombreuses, elles peuvent être regroupées et un centre de réception pour un groupe de pharmacies peut être utilisé pour minimiser les coûts de distribution.
  - » Former les prestataires du secteur privé au système de la chaîne d'approvisionnement du gouvernement afin qu'ils puissent remplir les documents nécessaires à temps.
- Fournis par l'établissement de santé publique (centre de l'étoile) à ses pharmacies affiliées (branches de l'étoile)
  - » Décrire les voies à suivre : déterminer qui est responsable, comment les médicaments sont transportés vers l'établissement privé, quels sont les documents requis, quelle est la fréquence des transferts d'ARV (pour permettre les renouvellements) et quelles sont les exigences en matière de déclaration.
  - » Le personnel de la pharmacie de proximité peut collecter les médicaments auprès de l'établissement public ou les ARV peuvent être délivrés par l'établissement ou le personnel du partenaire de mise en œuvre.
  - » Concevoir/adapter les outils logistiques pertinents à utiliser pour la demande, l'expédition, la réception et la déclaration.
  - » Former les prestataires du secteur privé au système de la chaîne d'approvisionnement du gouvernement afin qu'ils puissent remplir les documents nécessaires à temps. La pharmacie de proximité doit envoyer les rapports logistiques à la santé publique à temps pour la déclaration nationale.
- Achetés directement
  - » Si les ARV sont achetés directement par les prestataires du secteur privé, examiner le type de soutien dont ils pourraient avoir besoin pour gérer efficacement les stocks et assurer le renforcement des capacités en fonction de leurs besoins.
  - » Concevoir/adapter les outils nationaux pertinents à utiliser pour la demande, l'expédition, la réception et la déclaration.
  - » En cas de remboursement, les documents requis doivent être convenus.

Étant donné qu'un certain nombre de pharmacies de proximité peuvent déjà stocker des ARV, il est conseillé d'envisager de marquer les médicaments financés par le gouvernement/les donateurs « Financés par le gouvernement/PEPFAR, non destinés à la revente » pour pouvoir facilement les différencier. Cela permettra également de garantir que les produits gratuits financés par le gouvernement ou les donateurs ne soient pas vendus aux patients. L'utilisation d'un lecteur de code à barres de l'emballage primaire, lorsque cela est possible, permettrait de garantir le suivi des ARV pour un client donné. Avant la mise en place de ces systèmes, un système qui livre des paquets d'ARV uniquement pour les patients adressés à la pharmacie privée concernée et qui adresse à l'établissement un rapport de consommation pour ces patients, garantira la responsabilisation.



L'inclusion d'autres médicaments, tels que l'isoniazide pour le traitement préventif de la TB, les médicaments pour le traitement de la TB et la PrEP, permettra non seulement d'améliorer l'expérience des patients mais aussi de rendre les modèles plus efficaces.

Un système électronique d'information sur la gestion de la logistique (eLMIS) est préférable et, lorsqu'il n'est pas disponible, des efforts doivent être mis en œuvre pour concevoir ou acquérir un tel système qui sera utilisé par le secteur privé et le secteur public. La Figure 13 montre le flux de données sur la fourniture et la consommation d'ARV entre le système national de distribution d'ARV, l'établissement public et l'établissement privé. Les changements potentiels de ce flux peuvent impliquer la fourniture directe d'ARV du système de distribution national à l'établissement privé.

#### 4.2.11. Plan de durabilité des approches de DD

La durabilité des modèles de DD dépend de la capacité des pays à trouver d'autres moyens de les financer. Il convient de considérer ces éléments comme les premiers pas vers la durabilité :

- Plaider pour et faciliter l'augmentation de la couverture d'assurance maladie pour les PVVIH. De nombreux pays n'ont pas de politique obligeant les assureurs santé privés à couvrir les services liés au VIH. Afin de renforcer la participation du secteur de l'assurance maladie, les gouvernements nationaux devraient élaborer des modèles de politiques qui garantissent que les services liés au VIH sont progressivement couverts à la fois par l'assurance maladie universelle et par les fournisseurs d'assurance maladie privés. Ces modèles devraient tenir compte des résultats d'études de coûts appropriées sur la fourniture de soins et de traitements complets pour le VIH. Le fait de détailler les différents éléments et de préciser le coût de chacun d'entre eux (plutôt que de fournir une estimation forfaitaire) peut faciliter l'élaboration d'un dossier de décision et la négociation de la couverture requise avec les fournisseurs d'assurance maladie.
- Examiner les moyens de rendre les ARV dans le secteur privé plus abordables. Cela peut signifier :
  - » Soutenir la mise en commun des achats d'ARV en permettant aux prestataires privés d'accéder au pool gouvernemental afin de bénéficier de tarifs compétitifs négociés par le gouvernement, ou en aidant les prestataires privés à se regrouper pour négocier de meilleurs tarifs.
  - » Fixer un prix pour les ARV distribués par le secteur privé si l'on s'attend à ce que les clients commencent à payer les ARV en plus des services. Il convient d'examiner attentivement ce qui serait abordable pour les clients, tout en maintenant une certaine marge de profit pour le prestataire privé.

## Résumé et recommandations

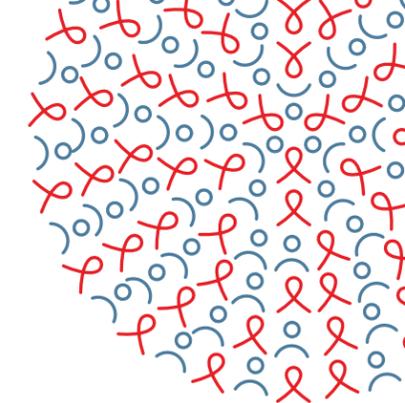
Les modèles du secteur privé peuvent rapprocher les services du domicile et les rendre plus accessibles et plus pratiques pour les PVVIH qui sont cliniquement stables. Les MDD contribueront à réduire le fardeau qui pèse sur les établissements de santé publique encombrés et à améliorer la qualité des soins pour les patients sous TAR.

Les programmes et les gouvernements peuvent décider quel modèle peut le mieux fonctionner dans le contexte de leur pays/programme. Les différents modèles de distribution décentralisée des TAR mis en œuvre sont les suivants :

- **Modèles des pharmacies communautaires.** Les patients reçoivent des ARV gratuitement (payés par le gouvernement/les donateurs), mais les services (frais d'ordonnance, conseil) sont payants, ou reçoivent à la fois les ARV et les services gratuitement.
- **Modèles de distribution automatisée.** Incluent les UDP, UCO/casiers et les UCD. Les patients ne sont pas facturés pour les ARV ou les services associés.
- **Modèles des hôpitaux privés.** Incluent les hôpitaux où les ARV sont fournis gratuitement, mais où les patients sont facturés pour d'autres services, et les hôpitaux où les patients sont facturés pour les services ainsi que pour les ARV (peu courant).

La plupart des comtés ont un nombre relativement élevé de pharmacies privées (de proximité) agréées, en particulier dans les zones urbaines et périurbaines, et l'OMS a récemment recommandé d'accroître le rôle des pharmaciens de proximité dans les soins du VIH. Dans les pays où le modèle de DD des pharmacies de proximité est mis en œuvre, les données montrent un taux élevé de renouvellement des ordonnances, une rétention élevée dans le système de soins et un très faible taux de PDV.

L'examen des documents et les entretiens avec les informateurs clés qui ont servi à l'élaboration de ce guide ont révélé que bien qu'il existe des politiques de prise en charge différenciée du VIH dans les établissements du secteur public, il manque des politiques spécifiques à la décentralisation par le secteur privé. Il serait important de combler cette lacune et de mettre en place des politiques définissant la participation du secteur privé au traitement et aux soins du VIH, les changements nécessaires à la chaîne d'approvisionnement et les moyens de garantir que les prestataires du secteur privé aient accès à des ARV abordables.



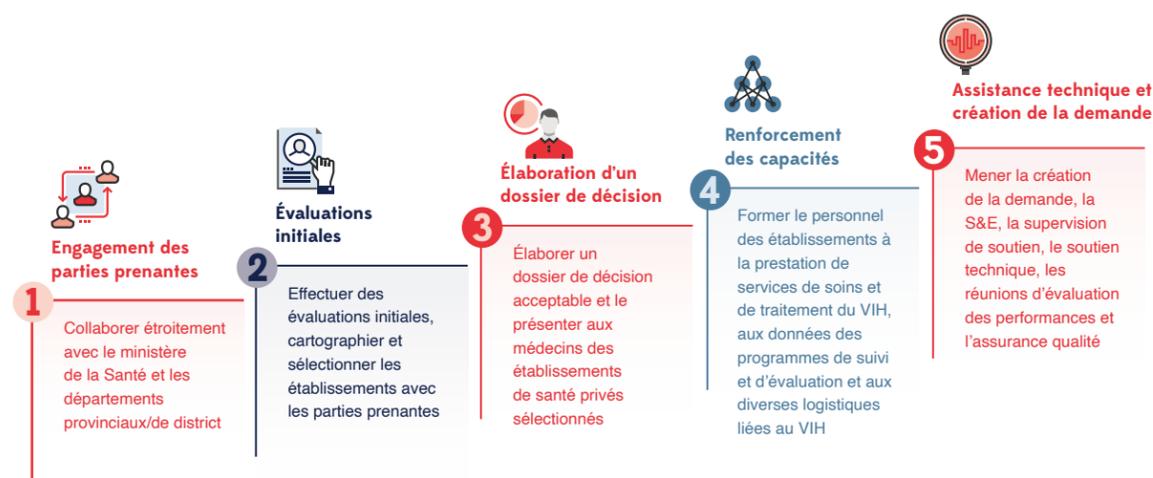
Les principaux éléments à prendre en compte pour l'extension du modèle de DD sont les suivants :

- **Conduite d'une analyse de marché**, qui devrait prendre en compte la taille de la population de patients cliniquement stables, leur consentement à payer pour des services dans le secteur privé, les économies potentielles pour le secteur public et les avantages pour les prestataires privés et les patients.
- **Création d'un environnement favorable**, ce qui nécessitera de défendre et de développer des politiques de soutien, d'impliquer les parties prenantes de manière précoce et continue, d'améliorer la coordination entre les secteurs public et privé et de disposer d'un système de gestion des données.
- **Assurer la préparation des services**, ce qui inclut une infrastructure adéquate, des prestataires formés, un mécanisme d'assurance/amélioration de la qualité et la disponibilité des ARV.
- **Avoir des critères clairs** pour sélectionner les établissements publics et privés qui participeront à la DD ainsi que des critères pour identifier les clients cliniquement stables qui peuvent passer au secteur privé.

### Étapes clés à suivre pour la mise en œuvre d'un modèle de DD

Une fois l'analyse de marché terminée, suivre les étapes ci-dessous pour pouvoir mettre en œuvre un modèle de DD :

#### ÉTAPES CLÉS À SUIVRE POUR LA MISE EN ŒUVRE D'UN MODÈLE DE DD



## Annexes

### Annexe 1 : Description du modèle d'estimation pour évaluer l'impact potentiel de l'introduction/du développement des MDD

Palladium a conçu ce modèle d'estimation pour fournir des estimations sur l'impact potentiel de l'introduction ou de l'extension d'un ou plusieurs MDD. Le modèle se concentre sur l'estimation de l'impact épidémiologique, de la taille du marché et des économies de coûts pour les bailleurs de fonds et les patients atteints du VIH avec l'introduction ou l'extension de trois MDD : MPP, modèle d'hôpital privé, et modèle de casiers centralisés.

Le modèle d'estimation ne fournit pas d'estimations du rapport coût-efficacité pour chaque MDD, ne définit pas de seuils pour recommander/ne pas recommander la mise en œuvre ou l'extension des MDD, ni de suggestions sur le type de MDD à mettre en œuvre, le cas échéant. Ce modèle permet aux décideurs politiques et aux responsables de la mise en œuvre des programmes (les utilisateurs finaux du modèle) de mieux comprendre les différents facteurs qui jouent un rôle dans la mise en œuvre/l'extension du MDD, et de disposer d'estimations indicatives sur l'ampleur des économies réalisées grâce à l'extension d'un ou plusieurs MDD dans un pays ou une région spécifique.

#### Hypothèses, scénarios et paramètres permettant d'estimer les trois principaux résultats

Le modèle nécessite l'identification de deux scénarios. Premièrement, un scénario de base (également considéré comme le scénario de comparaison, ou scénario contrefactuel), qui suppose que la couverture des personnes sous TAR (y compris sous l'un des MDD actuellement en place) reste constante sur une période spécifique. Ainsi, si un pays n'a pas encore mis en place de MDD, le scénario initial ne prendra en compte aucun patient dans le cadre des MDD sur la même période. Le deuxième scénario est le scénario d'extension du MDD, qui doit être défini par l'utilisateur en fournissant des données clés, notamment l'ampleur de l'extension potentielle d'un ou plusieurs MDD, principalement en termes de zones géographiques, et le prix final estimé pour les patients séropositifs s'ils passent à l'un de ces MDD.

L'accès potentiel aux MDD est déterminé en trois étapes. Premièrement, la population d'intérêt est définie comme tous les patients séropositifs sous TAR qui remplissent les critères d'éligibilité suivants : être âgés de 18 ans ou plus, suivre un traitement de première ligne et afficher une suppression virale. Deuxièmement, le modèle exige des utilisateurs qu'ils identifient l'accès géographique potentiel pour le **scénario d'extension du MDD** (régions d'un pays où un ou plusieurs MDD seraient mis en œuvre ou étendus) sur la période (le modèle ne permet actuellement pas différents niveaux de pénétration pour chaque modèle dans les régions, mais indique seulement si un modèle est présent dans une région spécifique ou non). Troisièmement, seules les PVVIH avec CDP passeront à un MDD (cela n'implique pas que, dans la pratique, toutes les PVVIH avec CDP passeront à un MDD ; d'autres facteurs, financiers ou non, joueront également un rôle). Voir ci-dessous pour une explication sur la manière dont la CDP peut être estimée.

Ce modèle repose sur quelques **hypothèses** clés. Premièrement, il suppose qu'en moyenne, les prestataires privés travaillant dans le cadre des MDD font un meilleur travail de suivi des patients, de sorte que les taux de PDV sont plus faibles dans le cadre des MDD. Deuxièmement, il suppose que si un MDD est présent dans une région spécifique, toutes les PVVIH éligibles au MDD peuvent potentiellement y accéder. Troisièmement, il suppose que si plusieurs MDD sont disponibles dans une zone géographique et qu'un patient peut se permettre d'adhérer à plusieurs, il aura la même probabilité de passer à l'un ou l'autre modèle.

#### Capacité de payer et taille du marché potentiel

L'estimation de la CDP est une étape clé dans le processus d'estimation de la taille du marché potentiel. Afin d'estimer la CDP, le modèle a besoin des paramètres clés suivants :

- Prix final pour les patients sous TAR dans le cadre de chacun des MDD pertinents sur la période de modélisation (si une subvention complète est envisagée, le prix final pour les patients serait fixé à zéro)
- Revenu moyen des ménages par quintile dans le pays (ou la région)
- Proportion de PVVIH dans le pays répartie entre les quintiles de revenu
- Estimation de la part de revenus que les PVVIH seraient prêtes à dépenser pour passer à un MDD

À l'aide de ces quatre paramètres, le modèle estime la taille maximale du marché potentiel (nombre de toutes les PVVIH éligibles avec CDP) pour les MDD. Le modèle prédit également l'impact épidémiologique en fonction d'indicateurs tels que le nombre de PVVIH sous TAR, les patients sous TAR perdus de vue, le nombre de nouvelles infections par le VIH et le nombre de décès liés au sida.

#### Économies de coûts pour les bailleurs de fonds et les patients

Le modèle d'estimation calcule le montant des ressources financières à économiser par les bailleurs de fonds lorsqu'un certain nombre de PVVIH passent d'un modèle public à un MDD. Les économies réalisées par les bailleurs de fonds tels que les gouvernements et le PEPFAR peuvent prendre la forme d'une réduction des dépenses liées à la fourniture directe de services VIH aux patients (étant donné que davantage de patients auront accès aux services VIH dans le secteur privé) ; d'une diminution des dépenses consacrées aux ressources humaines, aux frais généraux des établissements, aux produits ARV et aux diagnostics de laboratoire ; et d'une diminution des efforts nécessaires pour suivre les patients PDV, entre autres. Cependant, il faudrait également savoir si, et dans quelle mesure, les bailleurs de fonds ou les donateurs continueraient à financer/subventionner la fourniture de certains services liés au VIH. Ces économies seront compensées par les investissements à réaliser sur les coûts en capital de démarrage ou d'extension.

Le modèle estime également les économies de coûts pour les patients en soustrayant le montant que les patients régleraient pour les services VIH s'ils passaient à un MDD de ce qu'ils économiseraient en coûts indirects, principalement grâce à la réduction des coûts de transport (ayant la possibilité de se rendre moins fréquemment dans les centres de soins et peut-être plus près de leur domicile) et à une réduction des coûts de renoncement et de l'investissement en temps (sous la forme d'une perte de salaire due au fait qu'il y a moins de visites, et que chaque visite prend moins de temps que dans les établissements publics).

En comparant le scénario initial avec le scénario d'extension du MDD, le modèle d'estimation fusionne tous les flux de coûts et de bénéfices sur une période donnée et fournit à l'utilisateur l'impact potentiel net estimé sur les économies à la fois pour les bailleurs de fonds et les patients pour un pays spécifique, compte tenu des paramètres fournis par l'utilisateur.

#### Données requises

En plus des paramètres clés indiqués ci-dessus, le modèle nécessite que l'utilisateur spécifie les variables suivantes sur la période :

- Prix final à payer par les patients pour les services VIH s'ils passent à l'un des MDD disponibles (cela peut inclure le prix de la distribution des ARV, du conseil, des tests CD4 et tests de charge virale, entre autres, tel que défini par l'utilisateur dans le cadre du scénario d'extension du MDD)
- Régions géographiques où les MDD seraient disponibles
- Nombre de PVVIH éligibles déjà sous l'un des MDD
- Taux prévu de suppression de la charge virale et taux de PDV pour chaque MDD
- Données épidémiologiques du fichier officiel national du modèle d'impact du sida (AIDS Impact Model, AIM) dans Spectrum, y compris des estimations du nombre de PVVIH de 18 ans et plus et de PVVIH sous TAR
- Données programmatiques sur le nombre de nouveaux patients chaque année, taux de PDV, pourcentage de patients sous TAR de première ligne et taux de suppression de la charge virale
- Coût annuel par patient sous TAR (ventilé par ressources humaines, frais généraux, ARV et diagnostics de laboratoire dans les établissements du secteur public et pour tous les MDD)
- Coûts indirects pour les patients atteints du VIH : estimation des coûts de transport et des pertes de salaire (perte de productivité) pour tous les MDD concernés

Les données relatives aux deux premières variables doivent être fournies par l'utilisateur du modèle ; les autres données peuvent être obtenues à partir des fichiers nationaux AIM et des bases de données du PEPFAR pour les informations épidémiologiques, des données programmatiques et administratives des partenaires de mise en œuvre de MDD similaires dans d'autres pays de la région, et des EDS et autres sources de données secondaires. Si elles ne sont pas disponibles, elles doivent être discutées et examinées avec les principales parties prenantes et les partenaires locaux. Elles peuvent également être extrapolées à partir de données des années précédentes, en particulier des paramètres prédisant les tendances futures pour la période de modélisation.

## Annexe 2. Exemple illustratif : introduction et extension des MDD au Zimbabwe

Nous avons appliqué le modèle d'estimation au contexte zimbabwéen afin d'estimer la taille du marché potentiel, les impacts épidémiologiques et les économies de coûts pour les bailleurs de fonds et les patients si les MDD sont étendus ou introduits dans le pays pour la période 2020-2024.

#### Contexte

Actuellement, aucun MDD n'a été systématiquement mis en œuvre au Zimbabwe. Alors que le gouvernement du Zimbabwe et les donateurs envisagent la possibilité d'introduire puis de développer un modèle de pharmacie de proximité, il est important de connaître la taille du marché potentiel, les impacts épidémiologiques et les économies potentielles pour les bailleurs de fonds et les patients selon différents scénarios de développement.

## Hypothèses

Deux scénarios ont été définis : un scénario initial, dans le cadre duquel aucun MDD n'est en place, et un scénario d'extension des pharmacies de proximité, qui suppose le développement progressif de pharmacies de proximité fournissant des services de distribution d'ARV au cours des cinq prochaines années et l'accès aux pharmacies de proximité par les patients sous ARV à Bulawayo, Harare, Kwekwe, Gweru et Mangwe d'ici 2024.

L'estimation globale s'est appuyée sur les données du fichier AIM 2019 du Zimbabwe, sur les données de la COP19 du Zimbabwe et du programme PEPFAR, sur des études de coûts issues de pays similaires, sur l'enquête démographique et sanitaire de 2015 et sur d'autres sources. Des hypothèses préliminaires ont été formulées concernant les prix finaux potentiels pour les clients pour les soins ou les produits liés au VIH par an dans le cadre de chaque modèle,<sup>4</sup> et également concernant la part de revenu familial que les patients seraient en mesure d'allouer pour payer le passage à un MDD.

## Constatations

### Taille du marché potentiel

Dans le cadre du scénario d'extension des pharmacies de proximité, le modèle prévoit que 130 875 patients sous TAR seraient inscrits dans le modèle de pharmacie de proximité d'ici 2024, en fonction des critères d'éligibilité, de l'accès géographique, de la capacité de payer et d'un taux d'utilisation de 50 %. Cela représente environ 10 % de toutes les personnes sous TAR âgées de 18 ans et plus en 2024. Voir le Tableau 4 et la Figure 14 pour les inscriptions prévues pour 2020-2024.

### Impact épidémiologique

Le Tableau 3 présente les estimations épidémiologiques pour les deux scénarios pour la période de cinq ans. Étant donné que le Zimbabwe a déjà atteint un taux élevé de rétention des patients dans les soins du VIH, actuellement estimé à 93 % en 2019, l'extension du modèle de pharmacie de proximité n'aura qu'un impact minimal sur l'amélioration des taux de PDV et de la couverture du TAR. Néanmoins, le modèle prévoit des améliorations mineures de la rétention des soins dans le cadre du scénario MDD, entraînant une légère diminution des nouvelles infections et des décès liés au sida entre 2020 et 2024.

### Économies de coûts

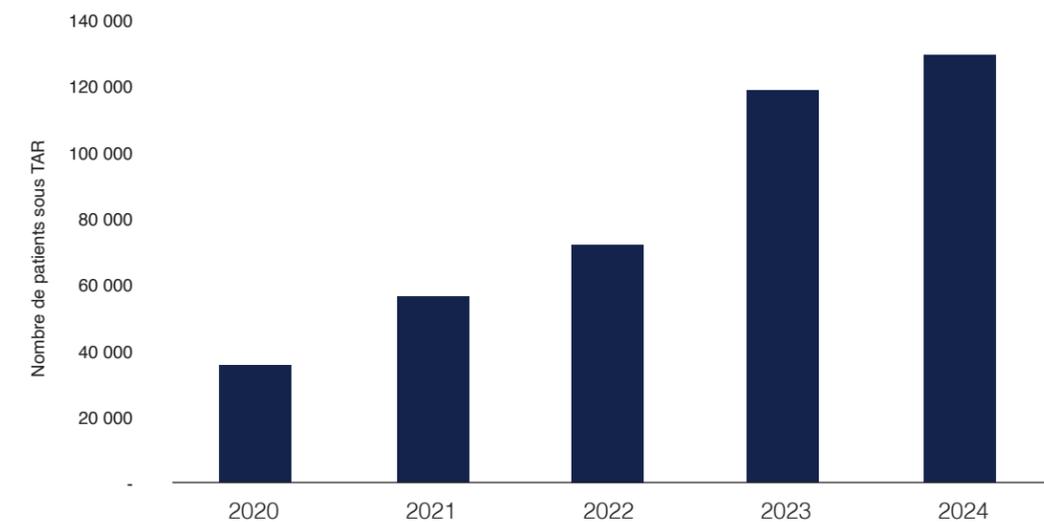
L'extension du modèle de pharmacie de proximité réduit les besoins en ressources du secteur public pour le VIH et permet un certain partage des coûts avec les patients sous TAR. Grâce à la réduction du nombre de patients recevant des ARV dans le secteur public, le gouvernement du Zimbabwe et le PEPFAR économiseraient, selon les estimations, 0,4 million et 0,8 million de dollars, respectivement, en coûts liés au temps des agents de santé des établissements publics et aux frais généraux des établissements de 2020 à 2024 (Tableau 5). Les économies réalisées sont relativement modestes car le gouvernement et les donateurs doivent encore payer les ARV et les visites cliniques dans les établissements publics, qui sont les principaux facteurs de coût des ARV.

Bien que les économies réalisées par le gouvernement et les donateurs soient modestes, le modèle prévoit que les patients sous TAR réaliseront des économies importantes grâce à la réduction des pertes de salaire en passant au modèle de pharmacie de proximité (Tableau 6). De 2020 à 2024, les patients sous TAR devraient économiser 11,7 millions de dollars US en pertes de salaire et 1,9 million de dollars US en frais de transport dans le cadre du scénario de MDD. Toutefois, le modèle prévoit que ces économies seraient partiellement compensées par l'introduction de frais d'ordonnance pour couvrir partiellement le coût du prestataire privé. Les économies nettes pour les patients sont donc estimées à 12,4 millions de dollars US. Si les prix finaux pour les patients au point de service étaient plus élevés, les économies de coûts pour le gouvernement et le PEPFAR seraient également plus importantes, mais les économies de coûts des patients sous TAR seraient plus faibles.

<sup>4</sup>La modélisation suppose que les patients régleraient des frais de dispensation d'un montant de 1 dollar US pour chaque collecte et que les patients feraient quatre visites de collecte dans une pharmacie privée par an et une visite de collecte restera dans l'établissement public. D'ici 2024, le modèle suppose que la moitié des patients sous TAR effectuerait deux visites de collecte par an et l'autre moitié quatre visites de collecte par an, avec une visite de collecte toujours dans un établissement public

En résumé, le modèle prédit que l'introduction et l'extension d'un modèle de pharmacie de proximité au Zimbabwe aurait des impacts minimes sur les résultats épidémiologiques et les économies de coûts pour le gouvernement et le PEPFAR. Toutefois, du point de vue des soins axés sur le client et des coûts, les avantages sont importants. Les économies réalisées par les patients entre 2020 et 2024 seront plus de dix fois supérieures aux économies de coûts estimées par le gouvernement ou le PEPFAR. Des niveaux plus élevés de subvention des prix et une augmentation de la VDP des patients peuvent avoir un impact positif sur les niveaux d'inscription qui, à leur tour, augmenteraient les économies nettes globales pour le gouvernement et le PEPFAR, si davantage de patients s'inscrivent à ce nouveau modèle. En outre, si le modèle est mis en œuvre dans des régions où la rétention est faible, ou s'il est ciblé sur certaines populations où la rétention est faible, les économies réalisées pourraient être substantielles au niveau infranational.

**FIGURE 14.** Nombre de patients sous TAR inscrits chaque année dans le modèle de pharmacie de proximité



**TABLE 3.** Estimations relatives au VIH ; scénario initial et scénario d'extension de la DD

SCÉNARIO INITIAL	2020	2021	2022	2023	2024
Patients adultes séropositifs sous TAR	987 802	990 156	1 016 873	1 039 404	1 068 551
Couverture des TAR (%)	81,3%	80,8%	82,2%	83,3%	84,8%
Patients sous TAR PDV	69 146	69 311	71 181	72 758	74 799
Nouvelles infections par le VIH	38 474	37 750	37 533	37 292	37 004
Décès liés au sida	23 149	23 971	23 584	22 920	22 446
SCÉNARIO D'EXTENSION DE LA DD	2020	2021	2022	2023	2024
Patients adultes séropositifs sous TAR	989 575	992 972	1 020 517	1 045 393	1 075 095
Couverture des TAR (%)	81,5%	81,0%	82,5%	83,8%	85,3%
Patients sous TAR PDV	67 498	66 692	67 792	67 189	68 713
Nouvelles infections par le VIH	38 465	37 738	37 525	37 287	36 998
Décès liés au sida	22 705	23 240	22 803	22 220	21 777

**TABLE 4.** Estimation du nombre de patients éligibles à la DD et du nombre d'inscriptions, par scénario

SCÉNARIO INITIAL	2020	2021	2022	2023	2024	
Patients éligibles au modèle de DD	929 122	937 293	945 898	954 754	964 333	
Inscriptions anticipées au modèle	Public	1 214 539	1 225 220	1 236 468	1 248 045	1 260 566
	Modèle de pharmacie communautaire	0	0	0	0	0
SCÉNARIO D'EXTENSION DE LA DD	2020	2021	2022	2023	2024	
Patients éligibles au modèle de DD	929 122	937 293	945 898	954 754	964 333	
Inscriptions anticipées au modèle	Public	954 121	936 651	947 627	925 628	944 220
	Modèle de pharmacie communautaire	35 454	56 321	72 890	119 764	130 875

**TABLE 5.** Total des coûts et économies pour les bailleurs de fonds (en millions de dollars US)

MODÈLE	COÛTS TOTAUX	COÛTS POUR LE GOUVERNEMENT	COÛTS POUR LE PEPFAR
Coûts initiaux	580,6 \$	117,8 \$	139,3 \$
Coûts d'extension de la DD	580,3 \$	117,4 \$	138,5 \$
Économies	0,3 \$	0,4 \$	0,8 \$

**TABLE 6.** Économies de coûts pour les patients (en millions de dollars US)

MODÈLE	FRAIS DE DISPENSATION	COÛTS DE TRANSPORT	PERTES EN SALAIRE
Coûts initiaux	0 \$	63,3 \$	270,3 \$
Coûts d'extension de la DD	1,1 \$	61,4 \$	258,6 \$
Économies	-1,1 \$	1,9 \$*	11,7 \$

\* On prévoit une réduction des coûts de transport pour les patients s'ils collectent leurs médicaments plus près de leur domicile ou lieu de travail.

## Références

- Avong, Y.K., G.G. Aliyu, B. Jatau, R. Gurumnaan, N. Danat, et al. 2018. "Integrating Community Pharmacy into Community Based Anti-retroviral Therapy Program: A pilot Implementation in Abuja, Nigeria." *PLoS One* 13(1).
- Barnes, J., B. O'Hanlon; F. Feeley; K. McKeon; N. Gitonga; C. Decker. 2010. *Private Health Sector Assessment in Kenya* (English). World Bank working paper no. 193. Washington, DC: World Bank. Available at: [http://documents.worldbank.org/curated/en/434701468048274776/pdf/552020PUB0Heal10Box\\_349442B01PUBLIC1.pdf](http://documents.worldbank.org/curated/en/434701468048274776/pdf/552020PUB0Heal10Box_349442B01PUBLIC1.pdf).
- Bhat, N., P.H. Kilmarx, F. Dube, A. Manenji, M. Dube, et al. 2016. "Zimbabwe's National AIDS Levy: A Case Study." *Journal of Social Aspects of HIV/AIDS Research Alliance* 13(1):1-7.
- Dutta, A., M. Ginivan, T. Maina, and S. Koseki. 2018. *Kenya Health Financing Systems Assessment*. Washington, DC: Palladium Health Policy Plus.
- Federal Ministry of Health. 2016. *Nigerian National Guidelines for HIV Prevention, Treatment and Care 2016*. Abuja, Nigeria: National AIDS and STI's Control Programme. Available at: [https://aidsfree.usaid.gov/sites/default/files/2016\\_nigeria\\_natl\\_guidelines\\_hiv\\_treat\\_prev.pdf](https://aidsfree.usaid.gov/sites/default/files/2016_nigeria_natl_guidelines_hiv_treat_prev.pdf).
- International AIDS Society (IAS), 2016. *Differentiated Care for HIV: A Decision Framework for Antiretroviral Therapy Delivery Durban, South Africa*. Available at: [www.differentiatedcare.org](http://www.differentiatedcare.org).
- Lesotho Ministry of Health [MOH]. 2016. *Lesotho's National Guidelines on the Use of Antiretroviral Therapy for HIV Prevention and Treatment*, 5th Edition. Available at: [https://aidsfree.usaid.gov/sites/default/files/lesotho\\_art\\_2016.pdf](https://aidsfree.usaid.gov/sites/default/files/lesotho_art_2016.pdf).
- Magagula, S.V. 2017. *A Case Study of the Essential Health Care Package in Swaziland*. Discussion paper 112. Harare: Ministry of Health Swaziland, IHI and TARSC, EQUINET.
- McKinsey. 2017. *Kenya Supply Chain System Strengthening (2017): Expanding HIV/AIDS Care Provision through the Private Sector*. Draft report on market assessment and solution design. McKinsey.
- Montagu, D., G. Yamey, A. Visconti, A. Harding, and J. Yoong. 2011. "Where Do Poor Women in Developing Countries Give Birth? A Multi-Country Analysis of Demographic and Health Survey Data." *PLoS One* 6(2): e17155.
- National Department of Health. 2015. *National Adherence Guidelines for Chronic Diseases (HIV, TB and NCDs)*, Version. South Africa, Pretoria: National Department of Health South Africa.
- Osika J., D. Altman, L. Ekblad, I. Katz, H. Nguyen, et al. 2010. *Zimbabwe Health System Assessment 2010*. Bethesda, MD: Health Systems 20/20 Project, Abt Associates Inc.
- Roberts, P. 2018. "Centralized Chronic Medicine Dispensing and Distribution A Public/Private Partnership to Increase Access to HIV/Chronic Medication." Webinar, May 22, 2018. Project Last Mile. Available at: [https://cquin.icap.columbia.edu/wp-content/uploads/2018/08/ICAP\\_CQUIN\\_Grand-Rounds\\_Project-Last-Mile\\_Slides.pdf](https://cquin.icap.columbia.edu/wp-content/uploads/2018/08/ICAP_CQUIN_Grand-Rounds_Project-Last-Mile_Slides.pdf).
- U.S. President's Emergency Plan for AIDS Relief (PEPFAR). 2019a. *PEPFAR 2019 Country Operational Plan Guidance for all PEPFAR Countries*. Available at: <https://www.state.gov/wp-content/uploads/2019/08/PEPFAR-Fiscal-Year-2019-Country-Operational-Plan-Guidance.pdf>.

U.S. President's Emergency Plan for AIDS Relief (PEPFAR). 2019b. *2019 Annual Report to Congress*. Available at: <https://www.state.gov/wp-content/uploads/2019/09/PEPFAR2019ARC.pdf>.

SNAP. 2016. *National Policy Guidelines for Community-Centred Models of ART Service Delivery (CommART) in Swaziland*. Available at: [http://cquin.icap.columbia.edu/wp-content/uploads/2017/05/ICAP\\_CQUIN\\_Swaziland-SOPs\\_2016.pdf](http://cquin.icap.columbia.edu/wp-content/uploads/2017/05/ICAP_CQUIN_Swaziland-SOPs_2016.pdf).

Strengthening Health Outcomes through the Private Sector (SHOPS) Project. 2012. *Malawi Private Health Sector Assessment*. Brief. Bethesda, MD: SHOPS Project, Abt Associates.

Strengthening Health Outcomes through the Private Sector (SHOPS) Project. 2013. *Tanzania Private Health Sector Assessment*. Brief. Bethesda, MD: SHOPS Project, Abt Associates.

*Strategic Framework for Public-Private Partnerships for TB and HIV Prevention, Treatment, Care and Support 2014-2016*. 2014. Zimbabwe.

*The South African Private Healthcare Sector: Role and Contribution to the Economy*. 2013. Econex.

"UNAIDS Fact Sheet: Global AIDS Update 2019." 2019. Available at: [https://www.unaids.org/sites/default/files/media\\_asset/UNAIDS\\_FactSheet\\_en.pdf](https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/UNAIDS_FactSheet_en.pdf)

World Health Organization (WHO). 2016. *Consolidated Guidelines on the Use of Antiretroviral Drugs for Treating and Preventing HIV Infection. Recommendations for a Public Health Approach*. 2nd edition. Geneva: WHO.

Zimbabwe Ministry of Health and Child Care. 2017. *Zimbabwe Operational and Service Delivery Manual for the Prevention, Care and Treatment of HIV in Zimbabwe*. Zimbabwe Ministry of Health and Child Care, AIDS & TB Programme. Available at: [https://www.differentiatedcare.org/Portals/0/adam/Content/JAOEYYIREyKQ6R637vBmA/File/Zimbabwe\\_OSDM\\_webrevised\\_2017.pdf](https://www.differentiatedcare.org/Portals/0/adam/Content/JAOEYYIREyKQ6R637vBmA/File/Zimbabwe_OSDM_webrevised_2017.pdf).

