

Evaluation des Preuves: Résumé d'une Revue Systématique

A qui est destiné ce résumé?

Aux Administrateurs et Gestionnaires des formations sanitaires, aux Agents de Santé Communautaires et aux partenaires impliqués dans la prise en charge des personnes vivant le VIH.

Décentralisation du traitement du VIH dans les pays à revenu faible et intermédiaire

Principales conclusions

- Lorsque le traitement antirétroviral (ARV) est initié à l'hôpital et se poursuit dans un centre de santé (décentralisation partielle), il y a moins de patients perdus de vue après un an.
- Lorsque le traitement ARV est initié et se poursuit dans un centre de santé (décentralisation complète), il n'y a pas de différence sur le nombre de décès et de patients perdus de vue, mais dans l'ensemble, un plus grand nombre de patient a accès aux soins après une année.
- Si les ARV sont fournis dans la communauté, par des bénévoles formés, il n'y a pas de différence sur le nombre de décès ou sur le nombre l'accès aux soins par rapport aux soins dispensés dans un centre de santé après un an.

Contexte

De nombreuses personnes vivant avec le VIH qui ont besoin d'ARV sont incapables d'accéder ou de continuer de recevoir les soins. Cette situation est souvent due au manque de temps et au manque de moyens de transport nécessaires pour se rendre dans les formations sanitaires. Une approche pour faciliter l'accès aux soins et réduire la rétention dans les soins est de rendre disponible les ARV à proximité du domicile des malades, c'est " la décentralisation du traitement des hôpitaux vers les centres de santé ou même vers la communauté.

Question

Quel est l'effet de la décentralisation de la prise en charge du VIH par rapport à l'initiation et au suivi du traitement ARV?

La décentralisation du traitement du VIH au Cameroun: La prévalence du VIH au Cameroun est de 4,3%. A la fin de l'année 2013, 168 Centres de Traitement Agréés et Unités de Prise en Charge étaient fonctionnels à la fin de l'année 2013 pour la dispensation des antirétroviraux à 131531 dans les 10 Régions.

Tableau 1 : Résumé de la revue systématique		
	Ce que les auteurs de la revue cherchaient	Ce que les auteurs de la revue ont trouvé
Etudes	Essais contrôlés randomisés, essais contrôlés non randomisés, études contrôlées avant et après et études de cohorte.	Seize études ont répondu aux critères d'inclusion, 2 étaient des essais contrôlés randomisés en grappe, deux étaient des cohortes prospectives et 12 étaient des cohortes rétrospectives.
Participants	Les patients infectés par le VIH en phase d'initiation du traitement, et les patients déjà sous traitement nécessitant un renouvellement d'ordonnance et un suivi.	Les patients infectés par le VIH au moment de l'initiation du traitement, et les patients déjà sous traitement nécessitant un renouvellement d'ordonnance et un suivi.
Interventions	Les différents modèles de prestation de soins décentralisés pour l'initiation du traitement, la poursuite du traitement, ou les deux. La décentralisation est définie comme la fourniture d'un traitement d'un niveau supérieur à un niveau inférieur du système de santé.	Toutes les études ont évalué la décentralisation des soins de l'hôpital à des niveaux inférieurs. Huit études ont inclus la délégation de tâches des médecins aux non-médecins (infirmiers ou personnel clinique). Trois études ont examiné le traitement chez les enfants seulement, deux études ont inclus les adultes et les enfants et les autres les adultes seulement. Une étude a inclus le traitement par rapport à des soins hospitaliers secondaires et tertiaires.
Contrôles	Soins offerts par une formation sanitaire de catégorie supérieure (habituellement un hôpital ou n'importe quelle formation sanitaire dans le cas d'interventions communautaires)	Soins offerts par une formation sanitaire de catégorie supérieure (habituellement un hôpital ou n'importe quelle formation sanitaire dans le cas d'interventions communautaires)
Résultats	Principaux résultats • Réduction de la file active, définie comme une perte de patients suivis ou la mort ; • Perte de suivi à tout moment après mise en œuvre de l'intervention tel que défini par les auteurs de l'étude ; • Décès après avoir été considérés comme éligibles pour un traitement, ou pendant le traitement. Résultats secondaires • Temps pour initier un traitement antirétroviral ; • Patients diagnostiqués de la tuberculose après l'initiation de la prise en charge du VIH ; • Réponse virologique au traitement antirétroviral (la proportion des participants qui atteint ou maintient un niveau pré-défini de suppression de la charge virale, tel que défini par les auteurs de l'étude) ; • Réponse immunologique aux ARV (changement moyen dans la concentration des lymphocytes CD₄ par rapport au départ exprimé en cellules / mm³) ; • Présence d'une nouvelle maladie définissant le sida. Satisfaction des patients à des soins, telle que définie par les auteurs de l'étude ; • Coût pour les prestataires de soins.	Les résultats rapportés étaient: • Mortalité; • Morbidité; • Réduction de la file active (mort ou perte de soins); • Perte de soins; • Diminution de la charge virale; • Coût pour le personnel de santé et pour les patients; • Initiation du traitement de la tuberculose, le temps de l'initiation du traitement antirétroviral, nouvelle maladie définissant le sida, tout impact négatif sur la prestation de soins; • Satisfaction des patients à des soins; • Changements immunologiques CD₄ + cellules.
Date de la l'étude la plus récente: 26 Mai 2013		
Limites: Il s'agit d'une revue systématique de qualité moyenne, AMSTAR =08/11		
Référence bibliographique : Kredo T, Ford N, Adeniyi FB, Garner P. Decentralising HIV treatment in lower- and middle-income countries. Cochrane Database of Systematic Reviews 2013, Issue 6. Art. No.: CD009987. DOI: 10.1002/14651858.CD009987.pub2.		

Tableau 2 : Résumé des résultats

Traitement antirétroviral initié dans un hôpital, et poursuivi dans un centre de santé pour les patients infectés par le VIH			
Patients ou population: Patients infectés par le VIH			
Contextes: Pays à revenu faible et intermédiaire			
Intervention: Traitement antirétroviral initié dans un hôpital et poursuivi dans un centre de santé			
Résultats	Effet mesuré (IC à 95%)	Nombre de participants (études)	Qualité de la preuve GRADE
Décès ou perdu de vue Suivi: 12 mois	0,46 [0,29-0,71]	39090 (4)	Modérée
Perdu de vue Suivi: 12 mois	0,55 [0,45-0,69]	39090 (4)	Faible
Décès Suivi: 12 mois	0,34 [0,13-0,87]	39090 (4)	Faible
Traitement antirétroviral initié et poursuivi dans un centre de santé pour les patients infectés par le VIH			
Patients ou population: Patients infectés par le VIH			
Contextes: Pays à revenu faible et intermédiaire			
Intervention: Traitement antirétroviral initié et poursuivi dans un centre de santé			
Décès ou perdu de vue Suivi: 12 mois	0,7 [0,47-1,02]	56360 (4)	Très faible
Perdu de vue Suivi: 12 mois	0,3 [0,17-0,54]	56360 (4)	Modérée
Décès Suivi: 12 mois	1,1 [0,63-1,92]	55099 (4)	Très faible
Décentralisation du suivi des patients les patients infectés par le VIH sous antirétroviraux d'une formation sanitaire à la communauté			
Patients ou population: Patients infectés par le VIH			
Contextes: Pays à revenu faible et intermédiaire			
Intervention: Décentralisation des formations sanitaires vers la communauté pour la poursuite du traitement antirétroviral			
Décès ou perdu de vue Suivi: 12 mois	0,95 [0,62-1,46]	709 (2)	Modérée
Perdu de vue Suivi: 12 mois	0,81 [0,3-2,21]	709 (2)	Modérée
Décès Suivi: 12 mois	1,03 [0,64-1,65]	709 (2)	Modérée

Applicabilité

Trois des seize études ont été menées au Malawi, deux en Éthiopie, deux en Ouganda, une au Kenya, une au Swaziland, quatre en Afrique du Sud. Une étude au Kenya, en Lesotho, au Mozambique, au Rwanda en Tanzanie et en Thaïlande. La décentralisation du traitement antirétroviral peut s'appliquer dans d'autres contextes de faibles de ressources.

Conclusions

La décentralisation de la prise en charge du VIH vise l'amélioration de l'accès des patients au traitement antirétroviral. Peu de patients sont perdus de vue quand le suivi de leur traitement antirétroviral se fait dans les centres de santé plutôt que dans les hôpitaux. Cette intervention devrait inclure une supervision formative.

Préparée et traduite par

M. Vouking, C.D. Evina, L. Mbuagbaw, P. Ongolo-Zogo: Centre pour le Développement des Bonnes Pratiques en Santé Yaoundé, Cameroun. Disponible sur www.cdbph.org

Novembre 2014