

QUESTION

11 MAI 2014

DE DÉVELOPPEMENT

SYNTHÈSES DES ÉTUDES ET RECHERCHES DE L'AFD

La prise en charge du VIH/sida en Afrique

L'IMPORTANCE DE LA DÉLÉGATION DES TÂCHES

En Afrique, dans un contexte de pénurie de personnel de santé, de prévalence VIH élevée et de besoins importants en personnel pour la mise sous traitement antirétroviral (TARV) et le suivi des patients, on constate des goulots d'étranglement nuisibles à la mise à l'échelle de la prise en charge des personnes vivant avec le VIH (PVVIH). De fait, 95 % des PVVIH vivent dans les pays en développement et les deux tiers d'entre elles en Afrique subsaharienne; cette partie du monde comptabilise seulement 3 % des personnels de santé et consomme 1 % des dépenses mondiales de santé (WHO, 2006).

L'optimisation de l'organisation du travail du personnel de santé est envisagée depuis quelques années par certains pays pilotes comme un moyen de faciliter la prise en charge (PEC) du VIH. De nombreuses expériences sont conduites sur le continent africain, particulièrement en Afrique anglophone, dans le but de permettre l'accès universel aux antirétroviraux (ARV) ou encore l'atteinte des Objectifs du Millénaire pour le développement (OMD) à échéance 2015, dont trois d'entre eux sont liés à une meilleure PEC de l'infection au VIH.

A partir de la littérature scientifique répertoriée sur PubMed (environ 80 articles) et des principaux rapports ou guides publiés par la communauté internationale en matière de délégation des tâches, ce document fait le point sur le déploiement de ces stratégies et sur leur impact en terme d'amélioration de la PEC des PVVIH. Les études comparatives sont peu nombreuses (au nombre de 5), alors que les études de cas contextuelles et illustratives sont majoritaires.

Selon l'OMS, la délégation des tâches, "task shifting" en anglais, consiste en la redistribution rationnelle des tâches auprès des équipes de personnel de santé. Lorsque c'est justifié, la redistribution se fait du haut vers le bas, c'est-à-dire d'une catégorie de personnel plus qualifié vers une catégorie de personnel moins qualifié ou moins expérimenté dans le but d'optimiser l'utilisation des ressources humaines en santé.

L'intérêt de la communauté internationale pour la délégation des tâches

Une consultation internationale organisée à Genève en mai 2006 a réuni 134 délégués représentant des gouvernements, des organisations internationales, des organismes de développement, des institutions universitaires et des organisations de la société civile et de PVVIH agissant dans le domaine du VIH/sida et des ressources humaines pour la santé. Elle a donné lieu à l'initiative "Treat, Train, Retain" (TTR) ou « Traiter, Former, Fidéliser ». Ce plan repose sur trois principes : la prévention et le traitement des personnels de santé dans le contexte du VIH/sida, la formation et l'extension en nombre du personnel de santé et la mise en place de stratégies de rétention du personnel de santé (WHO b, 2006).

L'INITIATIVE TREAT, TRAIN, RETAIN

TRAITER : Ensemble de services de traitement du VIH, de prévention, de soins et de soutien en faveur des personnels de santé qui pourraient être infectés ou affectés par le VIH/sida.

Illustration : Au Botswana, entre 1999 et 2005, le VIH a tué 17 % du personnel de santé. Sans action urgente, les projections montrent que ce chiffre pourrait être de 40 % sur la période 1999-2010.

FORMER : Mesures donnant aux personnels de santé la capacité d'assurer un accès universel aux services du VIH, notamment par une formation initiale et continue dans une « approche de santé publique ».

Illustration : La formation est complémentaire des besoins en personnel de santé et de la couverture en TARV. Le Lesotho, avec un taux de couverture en TARV de 14 %, offre seulement 20,9 soignants pour 1000 personnes ayant besoin d'un traitement. L'Ouganda atteint un taux de couverture de 51 % avec 145,5 soignants pour 1000 personnes ayant besoin d'un traitement.

FIDÉLISER : Stratégies permettant aux systèmes de santé publique de conserver leurs personnels, notamment par des incitations financières, par des mesures de santé et de sécurité au travail et autres mesures améliorant les lieux de travail, accompagnées d'initiatives visant à réduire l'émigration des personnels de santé.

Illustration : On observe trois phases dans la carrière du personnel de santé dans le secteur public : recrutement, affectation et départ. Le départ se fait dans le privé, les ONG ou à l'étranger. Les mauvaises conditions de travail, les risques professionnels liés au VIH et les faibles salaires incitent le personnel de santé à quitter le secteur public.

En 2008, une conférence internationale sur la délégation des tâches a été organisée à Addis Abeba, elle a donné lieu à une déclaration d'engagement des pays participants. C'était aussi une opportunité pour faire le point sur quelques initiatives. Le Malawi a commencé à offrir un hébergement gratuit aux professionnels de santé. L'Éthiopie a ouvert 13 universités de 2005 à 2007 et le nombre d'étudiants inscrits en médecine a quintuplé. Des incohérences ont aussi été relevées : Judith Oulton, directrice générale du Conseil international des infirmières, s'est inquiétée de voir opérer une délégation des tâches alors que des infirmières sont au chômage au Sud comme au Nord, préconisant d'abord l'embauche des personnels de santé sans emploi (Remed, 2008). Ces débats offrent l'avantage de relancer la question du renforcement des systèmes de santé en Afrique, questions déjà largement évoquées et souvent sous-estimées, que ce soit à Alma Ata en 1978 ou encore à la conférence de Bamako de 1987. La délégation des tâches est un phénomène ancien qui ressurgit dans l'urgence de la PEC du VIH/sida. La conférence d'Addis Abeba a permis de rappeler que 2,4 millions de médecins, infirmières et sages-femmes supplémentaires devaient être recrutés dans les pays en développement et que le coût de la campagne de délégation des tâches était estimé au moins à 7 milliards de dollars pour la période 2008-2012 (Remed, 2008).

L'impact de la délégation des tâches sur la prise en charge du VIH/sida

Les publications font état d'un impact sur différents aspects de la PEC du VIH/sida : l'accès aux ARV, la qualité des soins et les résultats cliniques, le coût-bénéfice de l'opération.

En matière d'accès aux ARV, la plupart des études de cas affichent des résultats positifs sur le gain de temps pour la réalisation du travail, l'amélioration du taux de suivi des patients ou encore la capacité de mise sous TARV de nouveaux patients. Certains auteurs relèvent que le temps de travail des infirmier(e)s est plus long que celui des médecins, mais au Rwanda la diminution de la charge de travail des médecins occasionnée par la délégation des tâches aux infirmier(e)s leur a permis de recruter de nouveaux patients dans la cohorte des PVIH. C'est également le cas au Malawi, où le nombre de patients sous traitement de 1^{ère} ligne a doublé, comme en Afrique du Sud à Lusikisiki en zone rurale.

CHIFFRES CLÉS

Au Tchad, malgré l'augmentation de **120 à 150** sites PTME en 2012, la couverture des besoins pour la prise en charge des femmes et enfants infectés par le VIH est de seulement **13%**

TABLEAU: PROPOSITION D'UNE TYPOLOGIE DE DÉLÉGATION DES TÂCHES LIÉES AU VIH OBSERVÉE EN AFRIQUE À PARTIR DE CELLE DE L'OMS

| TYPE DE DÉLÉGATION DES TÂCHES | DESCRIPTION | EXEMPLE (*) |
|-------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Type I | Délégation des tâches de médecins spécialistes vers des médecins généralistes. | Ce type de délégation concerne davantage le milieu hospitalier, les spécialistes (infectiologues) se concentrent sur les cas les plus difficiles et relèguent une partie des consultations médicales à des médecins non spécialisés (fréquent en Afrique subsaharienne et en milieu hospitalier). |
| Type II | Extension du champ de pratique des cliniciens non-médecins (assistants médicaux) pour leur permettre d'assumer certaines tâches auparavant effectuées par du personnel plus qualifié, par exemple les médecins. | Assistant médicaux (clinical officers) décidant de l'éligibilité et prescrivant les ARV (Malawi). |
| Type III | Extension du champ de pratique des infirmier(e)s et sages-femmes pour leur permettre d'assumer certaines tâches auparavant effectuées par du personnel plus qualifié, par exemple des médecins ou des assistants médicaux | Infirmier(e)s traitant les infections opportunistes et prescrivant le TARV (Botswana, Ethiopie, Ouganda, Malawi, Mozambique, RDC). |
| Type IV | Extension du champ de pratique des agents de santé communautaires ou acteurs non professionnels (" lay providers "), y compris les PVVIH pour leur permettre d'assumer certaines tâches auparavant effectuées par du personnel plus qualifié, par exemple les infirmier(e)s et sages-femmes, assistants médicaux, et médecins. | Agents de santé communautaires assurant le conseil sur le TARV et le test VIH (Ouganda, Rwanda, Malawi). |
| Type V | Personnes vivant avec le VIH, formées sur le VIH et à l'autogestion de leur traitement pour leur permettre d'assumer certaines tâches liées à leur PEC et qui auraient auparavant été effectuées par du personnel de santé | PVVIH assurant un soutien de base sur le VIH, observance thérapeutique, support psychosocial. (Botswana, Kenya, Nigeria, Afrique du Sud) |
| Type VI | Extension du champ de pratique d'autres catégories de personnel de santé n'ayant pas traditionnellement de fonction clinique, par exemple les pharmaciens, techniciens de laboratoire, agents administratifs, agents chargés des dossiers et/ou de la saisie des données, etc. | Agents chargés de la saisie des données ou des dossiers dans les cliniques VIH recueillant les informations de base des patients (ex nom, date de naissance, adresse, situation familiale), ainsi que certains paramètres comme le poids (Malawi). |

Source : WHO B (2006)

(*) Les exemples de pays sont tirés de la littérature et ne sont pas exhaustifs.

Une étude au Cameroun montre que la politique de délégation des tâches réduit les temps d'attente des patients éligibles au TARV. Les améliorations ne sont pas seulement dues à la délégation des tâches, elles sont aussi le fait des politiques de décentralisation qui ont permis de renforcer la présence de médecins en zone rurale.

Se pose inévitablement la question du maintien de la

qualité des soins et plusieurs études font état d'une qualité de travail équivalente entre les médecins et le personnel infirmier dans les tâches déléguées. Les critères d'évaluation sont essentiellement la mesure de la charge virale, l'adhésion au traitement, la toxicité et le taux de mortalité. Médecins Sans Frontières affirme que non seulement l'implication de travailleurs non professionnels de santé ne nuit pas à la qualité des soins, mais qu'ils contribuent parfois à l'améliorer



LAURENT AVENTIN

ECONOMISTE DE LA SANTÉ / EXPERT EN SANTÉ PUBLIQUE

Consultant indépendant spécialisé sur le renforcement des systèmes de santé, la prise en charge des maladies infectieuses (VIH/sida), le financement de la santé et les partenariats public/privé.



ESTHER

Cette revue de la littérature sur la délégation des tâches s'inscrit dans un programme de terrain sur la formation des paramédicaux au Niger et en Côte d'Ivoire, conduit par ESTHER sur financement de l'AFD.

parce qu'ils respectent strictement les protocoles médicaux (Zachariah et al., 2009). On doit cependant tempérer certains résultats car les expériences sont souvent conduites avec un appui extérieur et un encadrement amélioré.

En termes de coût-bénéfice, la plupart des études montrent que la délégation des tâches permet de gagner du temps, de libérer du personnel médical pour d'autres tâches ou simplement de faire des économies de personnel. Par exemple en Ouganda le coût des soins par an et par PVVIH est de 793 USD pour le modèle impliquant la délégation des tâches contre 838 USD pour le modèle usuel. Le coût moyen à la charge du patient pour accéder aux soins est de 29

USD la première année, puis 18 USD les années suivantes dans le modèle impliquant la délégation des tâches. Ce coût est en revanche de 60 USD, puis de 54 USD pour le modèle classique (Jaffar et al., 2009).

Optimiser les politiques de délégation des tâches

Malgré des résultats encourageants sur des expériences locales, la mise à l'échelle de la délégation des tâches requiert des changements importants, à commencer par la définition d'un document de stratégie et d'un plan d'action national. La prise en compte d'un plan de formation du personnel, de nouveaux recrutements et d'un plan de décentralisation des ressources humaines (RH) est incontournable. Il n'est pas possible de faire l'impasse sur ces aspects interdépendants qui ont un coût généralement élevé. Par exemple, la décentralisation des RH nécessite des avantages pour le personnel en zone rurale, comme un logement décent, une infrastructure de travail correcte (accès à l'eau et l'électricité, bâtiment salubre, matériel médical), un moyen de transport (motocyclette) et une prime de ruralité ou la scolarisation gratuite des enfants. A défaut de ces mesures, on retrouve le personnel de santé concentré dans la capitale et sur deux ou trois autres grandes villes, comme c'est actuellement le cas dans de nombreux pays. Il s'agit là d'une recommandation du plan TTR, qui préconisait aussi de financer, pour le personnel de santé, l'accès aux soins pour la PEC du VIH/sida et des maladies opportunistes. La fidélisation du personnel a un coût, tout autant que sa formation.

Dans certains pays ont été observées des réticences professionnelles. Des médecins ou des pharmaciens considèrent que la délégation des tâches s'apparente à une déclassification de leur doctorat. Des infirmières émettent des réticences à endosser une partie du travail des médecins sans augmentation de salaire. On pourrait également évoquer les nouvelles relations de travail et de hiérarchie qui se construisent après la mise en place d'une telle stratégie, certaines ambiguïtés dans le rôle des différentes catégories professionnelles alimentant de mauvaises relations. L'ensemble de ces contraintes doivent être correctement prises en considération pour réussir une politique de délégation des tâches et de décentralisation du personnel dans le but d'augmenter durablement la PEC des PVVIH. ■

METHODOLOGIE

A partir de ces expériences de terrain, se dessine une méthodologie pour le renforcement de la PEC des PVVIH par la délégation des tâches :

1. Répertoire les expériences de délégation des tâches dans le pays et les analyser,
2. Engager une consultation nationale,
3. Etablir un premier travail d'état des lieux et proposer une cartographie sanitaire à jour,
4. Elaborer un plan d'action,
5. S'assurer le financement du programme sur 5 ans,
6. Mise en œuvre et suivi du personnel de santé dans un cadre concerté de décentralisation des RH.

L'OMS propose également 22 recommandations générales qu'elle dispose en cinq grandes catégories (OMS, 2006) :

- A. Recommandations sur l'adoption de la délégation des tâches comme une initiative de santé publique,
- B. Recommandations sur la création d'un contexte de régulation pour sa mise en œuvre,
- C. Recommandations pour s'assurer de la qualité des soins,
- D. Recommandations pour s'assurer de la pérennité,
- E. Recommandations sur l'organisation des services de soins cliniques.

• RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES •

- JAFFAR S., B. AMURON, S. FOSTER, *et al.* (2009), "Rates of virological failure in patients treated in a home-based versus a facility-based HIV-care model in Jinja, southeast Uganda: a cluster-randomised equivalence trial", *The Lancet* 374(9707): 2080-89.
- OMS (2006), *Bilan: les pénuries en personnel de santé et la riposte au sida*, Document OMS, Genève, http://www.who.int/hiv/toronto2006/TTR2_fr.pdf
- REMED (2008), *La délégation des tâches pour donner un élan au système de santé*, www.essentialdrugs.org
- WHO (2006), *The World Health Report 2006 - Working together for health*, World Health Organization, Geneva.
- WHO B (2006), *Treat, Train, Retain. The AIDS and health workforce plan*, Report on the consultation on AIDS and human resources for health, WHO, Geneva.
- ZACHARIAH R., N. FORD, M. PHILIPS, *et al.* (2009), "Task shifting in HIV/AIDS: opportunities, challenges and proposed actions for sub-Saharan Africa", *Trans R Soc Trop Med Hyg.*, 103(6):549-58, June.-