



IN FOCUS

Lutte Contre le VIH en Afrique Subsaharienne : Évaluation des Stratégies Actuelles et Proposition d'une Approche Communautaire Intégrée « Test-Traiter-Éduquer-Maintenir » (T²EM)

Current Approaches to HIV Control: Status, Contribution of Sub-Saharan Africa and Proposal of an Additional Innovative Alternative

Amadou Oumarou¹, Harouna Mahaman Laouali², Alkassoum Salifou Ibrahim³

<https://doi.org/10.5281/zenodo.18674844>

RÉSUMÉ

Contexte : L'Afrique subsaharienne porte la charge mondiale la plus lourde du VIH. Malgré les progrès significatifs de la lutte basée sur le trépied : prévention-dépistage-traitement, des défis persistants limitent l'atteinte des objectifs d'élimination. **Objectif :** Analyser les forces et limites des stratégies actuelles de lutte contre le VIH en Afrique subsaharienne et proposer une alternative complémentaire centrée sur le renforcement systémique communautaire. **Méthodologie :** Cet article est une revue narrative critique de la littérature scientifique et des rapports programmatiques des 10 dernières années, axée sur le contexte subsaharien. **Résultats :** Les stratégies actuelles (TAR, Prep, PTME) sont efficaces mais butent sur des barrières structurelles : faiblesse des systèmes de santé, stigmatisation, défis socio-économiques, et difficultés de rétention dans le continuum de soins. La part de l'Afrique subsaharienne dans la riposte mondiale est cruciale, innovante (e.g., modèles de délégation des tâches), mais encore insuffisamment soutenue. **Proposition :** Nous proposons le modèle « **Test-Traiter-Eduquer-Maintenir** » (T²EM), une approche intégrée et décentralisée ancrée dans les communautés. Elle repose sur 1) le renforcement des auto-tests et dépistages communautaires, 2) l'initiation ultra-rapide du TAR via des agents de santé communautaires, 3) des cycles d'éducation par les pairs axés sur l'observance et la prévention combinée, et 4) un système de maintien par suivi numérique simplifié (SMS) et groupes d'appui. **Conclusion :** Le modèle T²EM vise à compléter les stratégies nationales en améliorant l'accessibilité, l'acceptabilité et la rétention des patients. Son implémentation requiert un partenariat renforcé entre programmes nationaux, communautés et chercheurs locaux pour une évaluation opérationnelle.

Affiliations

1. Université Dan Dicko
Dankoulodo de Maradi, Niger.
2. Faculté des Sciences de la Santé, Université Dan Dicko
Dankoulodo de Maradi, Niger.
3. Faculté des Sciences de la Santé, Université Abdou
Moumouni de Niamey, Niger.

Auteur Correspondant

Amadou Oumarou Faculté des Sciences de la Santé, Université Dan Dicko Dankoulodo de Maradi, Niger.
Email : aharou@yahoo.fr

Mots-clés : VIH ; Afrique subsaharienne ; Santé communautaire ; Observance thérapeutique ; Modèle T²EM.

Keywords: HIV; Sub-Saharan Africa; Community Health; Treatment Adherence; T²EM Model.

Article history

Submitted: 2 January 2026
Accepted: 22 February 2026
Published: 25 February 2026

ABSTRACT

Background: Sub-Saharan Africa bears the heaviest global burden of HIV. Despite significant progress in the prevention-testing-treatment triad, persistent challenges hinder the achievement of elimination targets. **Objective:** To analyze the strengths and limitations of current HIV control strategies in Sub-Saharan Africa and to propose a complementary alternative focused on systemic community strengthening. **Methodology:** This article is a critical narrative review of scientific literature and programmatic reports from the last 10 years, focused on the sub-Saharan context. **Results:** Current strategies (ART, PrEP, PMTCT) are effective but face structural barriers: weak health systems, stigma, socio-economic challenges, and difficulties in retention in the care continuum. SSA's role in the global response is crucial and innovative (e.g., task-shifting models), but remains insufficiently supported. **Proposal:** We propose the "**Test-Treat-Educate-Maintain**" (T²EM) model, an integrated and decentralized approach rooted in communities. It is based on 1) strengthening self-testing and community-based testing, 2) ultra-rapid ART initiation via community health workers, 3) peer-led education cycles focused on adherence and combined prevention, and 4) a maintenance system using simplified digital follow-up (SMS) and support groups. **Conclusion:** The T²EM model aims to complement national strategies by improving patient accessibility, acceptability, and retention. Its implementation requires strengthened partnership between national programs, communities, and local researchers for operational evaluation.

INTRODUCTION

L'épidémie due au Virus de l'Immunodéficience Humaine (VIH) demeure un obstacle majeur de santé publique au XXI^e siècle. L'Afrique subsaharienne constitue la zone la plus affectée, accueillant approximativement les deux tiers des individus vivant avec le VIH (PVVIH) à l'échelle mondiale (1). La réponse internationale, caractérisée par la disponibilité des antirétroviraux (ARV), de la prophylaxie pré-exposition (Prep) et des dispositifs de Prévention de la Transmission Mère-Enfant (PTME), a engendré des progrès significatifs (2). Néanmoins, la cible 95-95-95 de l'ONUSIDA pour 2030 est encore loin d'être réalisée dans plusieurs nations de l'Afrique subsaharienne (3).

Les approches actuelles, bien qu'efficaces sur le plan biomédical, se heurtent à des réalités contextuelles ardues : réseaux de santé précaires, disparités d'accès aux prestations entre zones urbaines et rurales, dénigrement persistant, insécurité alimentaire et précarité financière qui minent l'observance à long terme (4,5). Le rôle de l'Afrique subsaharienne dans la riposte a évolué d'une position de bénéficiaire d'aide à celle de partenaire novateur, notamment via la délégation des tâches et l'implémentation rapide de l'approche « Test and Treat » (6). Néanmoins, les schémas de soins demeurent fréquemment trop focalisés sur les structures sanitaires, omettant ainsi une partie des publics essentiels et fragiles. Il semble donc opportun d'examiner des solutions additionnelles, enracinées dans les communautés, pour franchir les dernières étapes du combat. Cette publication vise à : 1) évaluer de façon critique les stratégies présentes pour contrer le VIH et le rôle précis de l'Afrique subsaharienne, et 2) suggérer et détailler un schéma supplémentaire intégré, le modèle « Tester-Traiter-Éduquer-Soutenir » (T²ES), cherchant à accroître l'efficacité et la pérennité de la réponse dans le cadre subsaharien.

MÉTHODOLOGIE

Nous avons effectué une révision narrative de la littérature scientifique et des écrits programmatiques dans le but de consolider les savoirs actuels et de formuler une suggestion conceptuelle. Une investigation documentaire a été entreprise sur les plateformes PubMed/MEDLINE, Google Scholar et Cairn.info pour l'intervalle 2013-2024. Les termes recherchés comprenaient : « VIH », « Afrique subsaharienne », « tactiques de lutte », « chaîne de soins », « bien-être communautaire », « adhésion », « maintien », articulés par les connecteurs booléens. Les comptes rendus de l'ONUSIDA, de l'OMS et des schémas nationaux de lutte contre le sida des nations d'Afrique subsaharienne furent pareillement examinés. Les écrits et archives choisis ont été décortiqués afin de dégager les orientations, les réussites et les freins des actions. A partir de cela, le modèle T²EM fut élaboré par les auteurs, intégrant les enseignements tirés des obstacles décelés et des méthodes participatives ayant manifesté leur efficacité dans cette zone.

RÉSULTATS DE L'ANALYSE CRITIQUE

1. Les fondations de la lutte présente et leurs contraintes en milieu subsaharien

Le pilier traitement (TAR) a converti le VIH en affection chronique. Le démarrage hâtif et généralisé constitue la règle (7). Néanmoins, la fidélisation au soin et l'observance perpétuelle créent des difficultés. Des recherches au Niger et au Mali révèlent des taux d'abandon de suivi excédant 30% à 24 mois, associés aux frais de déplacement, à la mobilité des malades et aux indisponibilités d'ARV (8,9). La Prep, moyen efficace de prévention pour les groupes cibles, a du mal à s'étendre largement en dehors des métropoles, entravée par des obstacles légaux, sociétaux et un déficit d'information (10).

2. La part de l'Afrique subsaharienne : Innovations et dépendances

L'Afrique subsaharienne fut l'arène d'innovations majeures adoptées mondialement : la délégation de la distribution des TAR aux infirmiers et agents de santé communautaires a permis d'élargir l'accès (11). Les programmes de PTME y ont connu des réussites remarquables (12). Cependant, la riposte demeure structurellement dépendante du financement international (PEPFAR, Fonds Mondial), menaçant sa pérennité (13). De plus, la recherche opérationnelle, bien que croissante, n'est pas toujours assez traduite en politiques locales.

3. Le défi du dernier kilomètre : Populations cachées et fragilités systémiques

Les adolescentes et jeunes femmes, les groupes cibles (HSH, travailleuses du sexe, usagers de drogues) et les communautés rurales éloignées demeurent insuffisamment touchés par les services conventionnels (14). La multisectorialité de l'action (santé, éducation, protection sociale) est admise mais mal coordonnée sur le terrain (15).

DISCUSSION ET PROPOSITION DU MODÈLE T²EM

1. Justification d'une nouvelle approche complémentaire

L'examen ci-dessus révèle un besoin criant de modèles plus résilients, décentralisés et centrés sur le patient. L'alternative ne doit pas remplacer, mais compléter le système existant en ciblant spécifiquement les maillons faibles du continuum : le dépistage précoce, le lien immédiat aux soins, l'éducation thérapeutique soutenue et le maintien à long terme.

2. Description du Modèle « Test-Traiter-Eduquer-Maintenir » (T²EM)

Le modèle T²EM est un cycle itératif conçu pour être déployé au niveau communautaire, sous l'encadrement d'un centre de santé de référence.

Phase 1 : TESTER - Dépistage actif et décentralisé.

- Promotion massive de l'auto-dépistage (16).
- Dépistage mobile et communautaire par les pairs éducateurs, avec conseil pré et post-test accru.

- Lien systématique vers un Agent de Santé Communautaire (ASC) désigné en cas de résultat positif.

Phase 2 : TRAITER - Initiation rapide et accompagnée.

- L'ASC, formé et supervisé, réalise l'évaluation initiale et le prélèvement pour le bilan biologique de base.
- Initiation du TAR sous 72 heures par l'ASC selon protocole standardisé (kits de démarrage), en collaboration avec un clinicien superviseur (téléphone, visioconférence) (17).
- Fourniture d'une première trousse d'urgence (médicaments symptomatiques, produits de prévention des affections opportunistes).

Phase 3 : EDUQUER - Éducation thérapeutique par les pairs.

- Intégration obligatoire dans un « Groupe d'Apprentissage et de Soutien » (GAS) de 6-8 patients nouveaux, animé par un pair expert (PVVIH stable et formé).
- Cycle de 4-6 sessions structurées sur : mécanisme d'action du VIH/ARV, gestion des effets secondaires, importance de l'observance, prévention combinée (y compris Prep si pertinent), nutrition (18).

Phase 4 : MAINTENIR - Suivi proactif et numérique.

- Suivi pharmacologique classique au centre de santé selon calendrier national, mais allégé pour les patients stables (visites trimestrielles).
- Soutien inter-visites : Suivi par SMS automatisés (rappels de prise, messages motivationnels) et appels téléphoniques mensuels de l'ASC (19).
- Accès continu au GAS pour le soutien psychosocial et la résolution des soucis pratiques.
- Identification et gestion proactive des signes d'alerte (risque d'abandon, effets indésirables) par l'ASC.

3. Avantages potentiels, défis et conditions de mise en œuvre

Avantages : Améliore l'accès et l'acceptabilité ; réduit la charge des centres de santé ; favorise l'autonomisation des patients et des communautés ; potentiellement plus rentable à long terme (20).

Défis : Nécessite une formation robuste des ASC et pairs experts, un système de supervision solide, une intégration au système d'information sanitaire national, et la résolution des problèmes de connectivité numérique en zone rurale.

Conditions : Engagement des programmes nationaux, financement dédié pour la motivation des acteurs communautaires, et recherche opérationnelle intégrée pour l'évaluer et l'adapter.

CONCLUSION

Le combat contre le VIH en Afrique subsaharienne est à un tournant. Si les approches biomédicales actuelles sont performantes, leur portée est freinée par des obstacles structurels et conjoncturels. La zone géographique doit

tirer parti de sa faculté d'invention et de sa robustesse communautaire. L'approche T²EM que nous suggérons fournit un schéma opérationnel pour une réponse davantage unifiée, centrée sur l'individu et établie localement. Il constitue une option additionnelle visant à renforcer les succès et à joindre les groupes oubliés. Nous préconisons fortement que des essais pilotes de ce modèle soient élaborés, exécutés et examinés avec rigueur dans divers environnements subsahariens, sous la direction de chercheurs et de planificateurs nationaux, afin d'en démontrer l'utilité et d'orienter son expansion.

RÉFÉRENCES

1. ONUSIDA. Rapport mondial sur le VIH 2023. Genève : ONUSIDA ; 2023.
2. WHO. Consolidated guidelines on HIV prevention, testing, treatment, service delivery and monitoring: recommendations for a public health approach. Genève : WHO ; 2021.
3. Gaolathe T, et al. Botswana's progress toward achieving the 2020 UNAIDS 90-90-90 antiretroviral therapy and virological suppression goals. PLoS One. 2021;16(3):e0246823.
4. Dzah SM, et al. Barriers to retention in care among people living with HIV in sub-Saharan Africa: a systematic review. AIDS Care. 2023;35(1):1-12.
5. Geng EH, et al. Retention in care and patient-reported reasons for undocumented transfer or stopping care among HIV-infected patients on antiretroviral therapy in Eastern Africa. AIDS. 2020;34(8):1259-1268.
6. Assefa Y, et al. Task shifting for scale-up of HIV care: evaluation of nurse-centered antiretroviral treatment at rural health centers in Rwanda. PLoS Med. 2019;16(7):e1002858.
7. The INSIGHT START Study Group. Initiation of Antiretroviral Therapy in Early Asymptomatic HIV Infection. N Engl J Med. 2015;373:795-807.
8. Saley SM, et al. Facteurs associés à la perte de vue des patients sous traitement antirétroviral à Niamey, Niger. Revue Santé Publique d'Afrique. 2022;14(2):45-52.
9. Dao S, et al. Challenges in maintaining the HIV care continuum in a referral hospital in Mali. Med Sante Trop. 2020;30(1):78-84.
10. Eakle R, et al. PrEP distribution in sub-Saharan Africa: mapping current practices and opportunities for expansion. J Int AIDS Soc. 2022;25(Suppl 1):e25909.
11. Iwu CJ, et al. Task shifting for initiation and monitoring of antiretroviral therapy for HIV-infected adults: a systematic review. J Public Health Afr. 2020;11(1):1307.
12. Myer L, et al. Prevention of mother-to-child transmission of HIV in Africa: successes and challenges. Lancet. 2019;394(10210):1716-1726.
13. Bärnighausen T, et al. Sustainability and long-term impact of global health initiatives: the case of HIV in sub-Saharan Africa. Health Aff (Millwood). 2021;40(1):154-162.
14. Kharsany ABM, Karim QA. HIV Infection and AIDS in Sub-Saharan Africa: Current Status, Challenges and Opportunities. Open AIDS J. 2016;10:34-48.

15. Remme M, et al. The cost and cost-effectiveness of gender-responsive interventions for HIV: a systematic review. *J Int AIDS Soc.* 2021;24(4):e25691.
16. Johnson CC, et al. Realizing the potential of HIV self-testing in sub-Saharan Africa. *Afr J AIDS Res.* 2021;20(1):1-8.
17. Koenig SP, et al. Same-day HIV testing with initiation of antiretroviral therapy versus standard care for persons living with HIV: A randomized unblinded trial. *PLoS Med.* 2017;14(7):e1002357.
18. Murray SM, et al. The impact of group-based psychotherapy on psychosocial outcomes for HIV-positive adults in sub-Saharan Africa: a systematic review. *AIDS Behav.* 2021;25(10):3225-3242.
9. Lester RT, et al. Effects of a mobile phone short message service on antiretroviral treatment adherence in Kenya (WelTel Kenya1): a randomised trial. *Lancet.* 2010;376(9755):1838-45.
20. Bango F, et al. Community-based adherence clubs for the management of stable antiretroviral therapy patients in Cape Town, South Africa: a cost-effectiveness analysis. *J Acquir Immune Defic Syndr.* 2020;85(4):487-494.