

DIX ANS DE PRISE EN CHARGE DU VIH/SIDA DANS LES CENTRES DE TRAITEMENT AMBULATOIRE (CTA) DE L'OPALS ET DE LA CROIX-ROUGE FRANÇAISE

T. TRAN-MINH, L. ASTEL, F. CHIÈZE, S. MANTION, G. ADAM, M. GENTILINI

• Travail de la Croix-Rouge Française et de l'Organisation PanAfricaine de Lutte contre le Sida.
• E-Mail : t.tm@wanadoo.fr •

Med Trop 2004 ; 64 : 109-114

L'Organisation PanAfricaine de Lutte contre le Sida (OPALS) et la Croix-Rouge Française (CRF) développent une stratégie de prise en charge médicale et psychosociale des personnes vivant avec le VIH/Sida (PVVIH) en Afrique depuis 1994 par la mise en place et la gestion de Centres de Traitement Ambulatoire (CTA).

Ces centres assurent une prise en charge globale alliant dépistage, suivi clinique et biologique, dispensation des médicaments, hospitalisation de jour, suivi psychosocial, consultations d'observance thérapeutique et soutien nutritionnel.

Dix CTA existent aujourd'hui : au Congo, Brazzaville (1994) et Pointe-Noire (1999) (Fig. 1), au Gabon, Libreville (2001) (Fig. 2), Port-Gentil (2004) et Franceville (2004), au Burkina Faso, Ouagadougou (2000) et Bobo Dioulasso (2004), au Sénégal, Dakar (1998) au Niger, Niamey (2004) et au Maroc, Rabat (1997). Le premier CTA en Asie s'est ouvert à Sihanoukville en juin 2004 ainsi qu'une consultation VIH pédiatrique à Phnom-Penh (Cambodge).

Ces CTA assurent actuellement et annuellement 10 000 dépistages, 25 000 consultations et le suivi régulier de 10 000 patients, dont plus de 2 000 sous antirétroviraux (ARV).

Au-delà de la prise en charge thérapeutique du sida chronique, des programmes complémentaires sont développés afin de veiller à améliorer l'offre de



Figure 2 - CTA de Libreville, Gabon.

soins et à répondre à des problèmes spécifiques rencontrés chez les patients sous trithérapie :

- un soutien nutritionnel est désormais mis en place. Il se compose d'une consultation de diététique avec conseils nutritionnels et d'une cantine communautaire où sont expliqués et réalisés des repas adaptés aux besoins, aux coutumes et aux moyens financiers des patients.

- l'importance du nombre de femmes fréquentant les centres nous a amené à leur proposer une prise en charge pendant leur grossesse pour prévenir la transmission du virus de la mère à l'enfant ;

- progressivement, depuis 1998, au rythme des avancées thérapeutiques et des réductions de coût, de plus en plus de patients ont accès aux antirétroviraux.

C'est en s'appuyant sur près de 10 années d'expérience dans l'accès au traitement en Afrique que nous tirons les premières leçons tant au plan fonctionnel que médical.

Concept et bilan

Les CTA sont créés en partenariat avec les autorités nationales, facilités par la mise à disposition par l'Etat d'un terrain ou d'un bâtiment à rénover ainsi que du personnel médical et paramédical détaché de la fonction publique du pays concerné. Ces structures de 400 à 500 m² disposent d'une salle d'hospitalisation de jour, d'un

laboratoire qui assure les examens de routine et spécifiques (comptage lymphocytaire, charge virale), d'une pharmacie, de salles de consultations médicales et psychosociales et de locaux administratifs. Le plateau technique permet également la réalisation d'examens de radiologie et d'échographie. Situés généralement au sein des hôpitaux publics, les CTA complètent ainsi l'offre de soins existante.

Choix du site et mise en place

- *Implantation dans des hôpitaux publics*

C'est le site le plus approprié, l'expérience nous montrant que l'hôpital déjà reconnu comme un lieu de soins et disposant d'un plateau technique supplémentaire diminue la stigmatisation. De plus, l'accès est connu et facilité pour les patients. Les réticences soulevées par les autorités lors de la mise en place du programme sur le risque de stigmatisation d'un centre de traitement exclusivement consacré au VIH/sida ne sont finalement pas justifiées ; ce n'est pas un frein à la fréquentation, tant le besoin est important.

- *Passerelles avec les services hospitaliers*

Le CTA se voulait un hôpital de jour destiné à accueillir des patients VIH pour soulager le service de maladies infectieuses ou de médecine interne. Nous pensions nous appuyer sur les compétences médicales des autres services et sur la proximité du plateau technique de l'hôpital pour réaliser la plupart des examens nécessaires au suivi de nos patients.

Il s'est avéré que les passerelles souhaitées entre les médecins hospitaliers et le CTA ont mis du temps à s'établir et que le plateau technique de l'hôpital, souvent carencé, le manque de maintenance, l'absence itérative de réactifs et consommables, d'un contrôle de qualité associé à un délai extrêmement long pour un rendu des résultats, ne sont pas compatibles avec



Figure 1 - CTA de Pointe-Noire, Congo.

L'activité d'un hôpital de jour où les patients doivent pouvoir bénéficier rapidement d'un bilan pour être pris en charge et rentrer à leur domicile le soir. Il n'est, en effet, pas concevable d'attendre une numération sanguine ou des examens de radiologie plusieurs jours. Il arrive également que certains examens, ne puissent être faits en raison du risque de contamination.

Cela nous a conduit, avec la croissance de l'activité des centres, à mettre en place, dans le CTA, un plateau technique de qualité, cohérent et efficace. Ce plateau technique est souvent, à la demande des hôpitaux ou d'autres organisations, utilisé pour des patients extérieurs au CTA.

En revanche, le CTA accueille des médecins spécialistes venant réaliser des examens comme des échographies ou assurant des consultations spécialisées.

• Accessibilité du site

C'est également un facteur important tant pour un problème d'environnement médical que pour faciliter les coûts de supervision et d'approvisionnement de la structure.

L'offre de soins spécialisée que propose le CTA nécessite dans un premier temps d'être dans une capitale politique ou économique. La décentralisation ne peut être envisagée que dans un second temps en gardant toujours le CTA initial comme structure de référence pour la formation des soignants et le suivi biologique spécifique des patients.

Le coût de certains réactifs et consommables, souvent très supérieur lorsque l'on passe par le distributeur local, nécessite une négociation globale faite par le siège de la Croix-Rouge Française avec le fournisseur. En terme d'approvisionnement, l'accessibilité du site est essentielle, aussi l'envoi par fret aérien doit tenir compte des spécificités des produits et notamment du respect de la chaîne du froid.

• Adaptation à la situation locale

La modélisation des CTA tient compte des différents paramètres locaux : la séroprévalence, les actions entreprises dans le domaine de la prévention, la présence de Centres d'Information et de Dépistage Anonyme et Gratuit (CIDAG), l'existence ou non de structures de prise en charge, la présence d'un réseau associatif, l'existence d'un laboratoire public ou privé fiable ainsi que l'engagement financier de l'Etat pour la subvention des traitements.

Ainsi, les programmes sont mieux adaptés aux besoins du pays : le CTA de Rabat au Maroc, compte tenu de la faible séroprévalence au VIH et de l'augmentation importante des infections sexuellement transmissibles (IST), est plus parti-



Figure 3 - Hall d'accueil du CTA de Libreville, Gabon.

culièrement chargé de la prévention et de la sensibilisation, du dépistage et du traitement des IST/sida.

Organisation et fonctionnement

• Modélisation du plan

Les quatre unités distinctes (unité de soins, de consultations, unité technique, unité administrative), souhaitées dans chaque CTA, répondent à une logique et permettent un fonctionnement optimisé de la structure.

La convivialité des espaces et le bon entretien des lieux génèrent d'emblée une confiance et laissent présager de la qualité des soins. La taille de la structure contribue aussi au rapprochement entre le patient et l'équipe de soins et lui confère une « dimension humaine » (Fig. 3).

L'ensemble du personnel est responsabilisé tant sur l'accueil à réserver aux patients, qu'au respect de l'anonymat et de la confidentialité. Il est aussi sensibilisé et responsabilisé au respect de l'outil de travail et au maintien d'une excellente hygiène dans le centre.

• Gestion

La gestion du centre recouvre deux aspects : une partie médicale qui doit être impérativement confiée au médecin-chef et une partie administrative, qui peut être déléguée ou confiée à une tierce personne. Le rôle du médecin-chef est d'assurer une bonne coordination entre toutes les activités de soins du CTA ainsi qu'une bonne communication au sein de l'équipe.

Le concept des CTA ne prévoyait pas, initialement, la présence d'expatriés à temps plein sur les centres ; la relation de confiance et les contacts fréquents entre le médecin-chef et le siège de l'OPALS/CRF étaient, et restent essentiels au bon fonctionnement. La situation évolue quelque peu et certains centres de gestion difficile bénéficient maintenant de la présence de délégués (coordinateur médical ou administratif).

Notre mode de fonctionnement diffère de celui de l'hôpital dans la mesure où la présence de toute l'équipe est nécessaire à plein-temps. Les primes accordées au per-

sonnel sont une motivation pour la qualité du travail et la présence effective. Les médecins des CTA étant souvent des référents nationaux dans le domaine du VIH/sida, ils sont, de ce fait, très sollicités dans leur pays et à l'étranger. Si les CTA ont ouvert avec un médecin, rapidement secondé par un deuxième, aujourd'hui trois médecins minimum sont nécessaires pour assurer un fonctionnement permanent des structures et faire face à l'effet prédateur des organisations internationales en quête d'experts formés.

Equipements, maintenance, approvisionnement

• Choix des équipements

L'installation d'un plateau technique au CTA soulève le problème du choix des équipements qui doit tenir compte des capacités des personnes recrutées sur place à les utiliser et de la présence de sociétés pouvant assurer la maintenance préventive et corrective. Le coût de la maintenance et des réactifs doit également être pris en compte lors de l'achat ainsi que des modalités du circuit d'approvisionnement en réactifs et consommables.

Dans le domaine de la biologie de routine, un automate d'hématologie ayant fait ses preuves et bien connu des techniciens, présente parfois plus d'intérêt que l'achat d'un équipement neuf, coûteux, de maintenance complexe.

Le matériel reconditionné nous a permis, au début, de disposer d'un plateau technique complet et cohérent, pour un coût raisonnable au niveau de l'investissement et de la maintenance. De nouveaux marchés proposent aujourd'hui du matériel neuf de bonne qualité, aux normes européennes, à un coût à peine supérieur au matériel reconditionné (Fig. 4).

Pour l'ensemble de ces installations, il faut tenir compte de l'environnement électrique (variations importantes de tension, coupures d'alimentation fréquentes, orages ou foudre). L'installation d'un groupe électrogène de secours, avec



Figure 4 - Laboratoire du CTA Niamey, Niger.

démontage automatique, est indispensable notamment pour conserver les réactifs au frais, maintenir la climatisation et préserver les appareils. Des stabilisateurs et onduleurs sont aussi nécessaires.

• Examens de laboratoire

Le contrôle qualité des examens que nous réalisons doit, en théorie, être effectué par le laboratoire national de référence, quant il existe.

Pour pallier l'absence de contrôle qualité sur place, plusieurs solutions peuvent être envisagées :

- l'envoi de solutions étalons calibrées ;
- l'appel régulier à un technicien pour le contrôle de la qualité des examens effectués ;

- ou la validation des examens par un laboratoire à l'étranger après transport des échantillons sanguins mais certains pays interdisent l'exportation de sang ; les sociétés, type DHL ou Chronopost, refusent généralement de transporter du sang potentiellement infecté ; enfin il faut tenir compte du coût élevé des examens lorsqu'ils sont faits en Europe.

• Approvisionnement

Concernant l'approvisionnement des réactifs et consommables, dont le coût reste encore important, il est plus intéressant de regrouper les achats pour l'ensemble des centres et de les faire expédier. Certains fabricants de réactifs proposent maintenant des coûts Access pour les centres qui auront été agréés par un organisme chargé de vérifier le bien fondé de la demande. Le coût du fret aérien, les contraintes de la chaîne du froid, les difficultés de dédouanement sont autant de difficultés dont il faut également tenir compte.

L'approvisionnement régulier en médicaments, réactifs et consommables reste un atout majeur des CTA labellisés OPALS/Croix-Rouge Française. Cela a nécessité une sensibilisation particulière du personnel afin qu'il soit capable d'anticiper les commandes avec les bonnes caractéristiques (taille des seringues, forme galénique etc..) pour éviter les ruptures.

Compétences et formation du personnel médical et paramédical

• Recrutement

Nous avons choisi de ne travailler a priori qu'avec du personnel médical national, ce qui a créé quelques difficultés, notamment depuis la généralisation de la mise à disposition des traitements antirétroviraux. L'arrivée de ces traitements a demandé la formation de compétences pour acquérir une méthode et une rigueur nécessaires notamment à un suivi de qualité.

Une des difficultés liées directement au concept du CTA (partenariat avec les Ministères de la santé) réside dans le recrutement et la gestion du personnel fonctionnaire et mise à la disposition du programme. Ainsi, il arrive que nous ne soyons pas associés au choix de ce personnel et que les compétences ne soient pas le premier critère de sélection pour la mise à disposition dans le CTA.

• Formation du personnel médical

Les disparités rencontrées au niveau des médecins sont tout d'abord liées à la qualité de la formation, les facultés de médecine étant d'un niveau très inégal. Il est préférable de recruter les médecins dès la sortie de la faculté, en favorisant le recrutement de ceux ayant un attrait pour la clinique, motivés et désireux d'acquérir une compétence dans le domaine du VIH/sida, entretenue par une formation complémentaire et continue.

Plusieurs types de formations sont possibles :

- la formation Nord/Sud : dans un pays du Nord, elle peut être sanctionnée par un diplôme valorisant. Cette formation est validante pour le bénéficiaire mais doit être, impérativement, suivie d'une formation clinique sur le terrain, celle-ci présentant parfois l'inconvénient de placer le médecin en formation dans un environnement différent, notamment au niveau de la disponibilité des examens, qu'il ne pourra pas avoir dans son pays. Cette formation doit essentiellement attirer son attention sur la méthode et la rigueur nécessaire au suivi clinique et biologique des patients. Ces stages peuvent être aussi le moment idéal pour créer un lien confraternel avec un médecin hospitalier du Nord avec lequel il devrait pouvoir rester en contact et échanger des avis à propos de dossiers difficiles ;

- la formation Sud/Sud : elle est aussi à favoriser dans la limite des terrains de formation disponibles. Elle nous permet d'évaluer les compétences d'un médecin et son aptitude à être formé au VIH/sida avant de le recruter définitivement. Elle permet également aux équipes médicales d'un nouveau centre de voir le fonctionnement pratique d'un CTA au quotidien dans une structure plus proche de celle qui l'attend.

En 2004, le Burkina Faso accueillera la première session d'un Diplôme d'Université (DU) de prise en charge du VIH.

• Formation du personnel technique

Pour des problèmes de coût et de maintenance, les équipements biologiques des CTA, à l'exception des équi-



Figure 5 - Laboratoire du CTA de Libreville, Gabon.

pements spécifiques (compteur lymphocytaire, PCR et charge virale) sont des appareils basiques, connus et utilisés par des techniciens nationaux qu'il n'est donc pas indispensable d'envoyer dans les pays du Nord pour une formation sur des appareils qu'ils n'auront pas à utiliser (Fig. 5).

Les techniciens les plus performants conduits à travailler sur des techniques très spécifiques, comme la PCR en temps réel, peuvent bénéficier d'une formation dans un service hospitalier d'un pays du Nord pour acquérir une compétence sur la machine mais également pour établir, à leur retour, un lien permanent avec l'équipe formatrice.

La formation pour le comptage lymphocytaire, pour nous un examen de routine, doit être effectuée sur place par la société qui fournit l'appareil.

Des collaborations avec des services hospitaliers sont aussi réalisées pour l'envoi de formateurs dans des domaines variés : pharmacie, biologie, radiographie, échographie. Ces mêmes formateurs peuvent assurer des missions d'évaluation régulièrement.

• Formation du personnel administratif et de soutien

L'ensemble du personnel, y compris le personnel d'entretien et de gardiennage, doit être formé ou tout au moins sensibilisé au VIH/sida, à l'accueil des patients, à la confidentialité, à la tenue du centre et aux risques liés à l'activité notamment aux Accidents d'Exposition au Sang (AES).

Le personnel social est généralement bien formé localement, souvent par le Programme National de Lutte contre le Sida (PNLS) et grâce également à tout le réseau associatif, avec lequel il développe une série d'activités (groupe de parole, suivi à domicile, micro-projets générateurs de revenus). Un soutien par des équipes du Nord à l'aide de documents pédagogiques peut améliorer l'éducation des patients et contribuer à une meilleure observance.

• Fidélisation

C'est un problème crucial notamment pour le personnel médical. Le nombre de médecins cliniciens compétents formés à la prescription des ARV reste très insuffisant dans les pays du Sud par rapport aux besoins. Les praticiens identifiés sont sollicités de la part de programmes privés ou d'institutions internationales, qui, en terme de salaire et de carrière, sont sans commune mesure avec ceux proposés par des Associations humanitaires. Il s'agit d'un véritable détournement de cerveaux, déstabilisant et pénalisant.

La prise en charge des patients

Le suivi des patients au CTA comporte les activités de consultations médicales, examens de laboratoire, dispensation des médicaments, consultation d'observance thérapeutique et soutien psychosocial.

Le CTA s'est adapté aux évolutions thérapeutiques, notamment par un passage, dès que cela a été possible, de la prophylaxie et du traitement des maladies opportunistes au traitement antirétroviral : des centres plus grands, mieux équipés en terme de laboratoire, une pharmacie plus spacieuse avec guichet de distribution, une cuisine, une équipe renforcée sont maintenant mis en place. Les CTA dits de « première génération » ont ainsi tous bénéficié de travaux importants pour une remise à niveau.

• Dépistage

Il revêt plusieurs modes :

- spontané : le patient ne connaît pas son statut sérologique et il vient pour un dépistage qui lui est proposé assorti d'un *counselling* pré- et post-test (Fig 6) ;

- orienté : les patients référés par un médecin ou un service hospitalier avec un statut sérologique connu ou non ; un dépistage est alors réalisé dans le laboratoire du CTA avec l'accord du patient ;

- systématique : des étudiants ou des militaires, qui ont besoin d'une sérologie pour poursuivre leur cursus ou obtenir une bourse.

Cette activité a été acceptée pour déstigmatiser le centre ou pour dépanner les autorités qui manquaient de structures ou de moyens pour réaliser ces tests ; elle représente dans certains CTA une activité importante sachant que le coût du dépistage y est généralement de 50 à 80% moins cher (car subventionné par l'OPALS/CRF) que dans un laboratoire privé. Elle doit donc être limitée car la vocation du CTA n'est pas d'être, avant tout, un centre de dépistage.

Il est proposé à chaque personne



Figure 6 - *Counselling* pré-test au CTA de Niamey, Niger

dépistée positive une prise en charge dans le CTA. Ainsi, chaque personne suivie aura fait l'objet d'un dépistage du VIH/sida ou d'un contrôle de sérologie. Certains patients arrivent, adressés par d'autres structures, sans avoir eu de tests discriminants.

Si, lors de la conception des CTA, la composante de dépistage n'avait été pensée que pour des raisons de non stigmatisation et d'ouverture du centre vers des non-malades, elle s'avère aujourd'hui être une composante essentielle d'une prise en charge de qualité afin d'éviter des erreurs lourdes de conséquences (Fig. 7).

Les techniques utilisées sont le plus souvent les tests rapides discriminants VIH 1 et 2, selon les algorithmes recommandés par l'ONUSIDA.

Les CTA effectuant un nombre important de sérologies VIH disposent d'une chaîne Elisa automatisée.

Pour les nouveaux-nés, un dépistage précoce est maintenant effectué dans un de nos centres par la technique de PCR (*Polymerase Chain Reaction*) en temps réel.

• Intégration dans la cohorte

A l'ouverture d'un dossier, un bilan clinique, biologique et radiologique complet est effectué. Il comprend également la numération lymphocytaire qui sera effectuée pour les patients sous traitement ARV tous les 6 mois. Une consultation psychosociale est associée pour mieux connaître le malade et son environnement.

Nos files actives se décomposent en deux parties :

- la partie la plus importante des patients est représentée par ceux bénéficiant d'une prophylaxie des infections opportunistes (IO) dans l'attente d'une mise sous traitement antirétroviral (ARV) ou, pour la plupart, parce que leur état ne justifie pas, selon les critères d'éligibilité cliniques ou biologiques, d'une mise sous traitement immédiate ;

- la partie représentée par les patients sous antirétroviraux (entre 10 et 30% selon les centres) est l'objet d'un suivi plus strict

incluant les consultations d'observance thérapeutique.

• Comités d'éligibilité

Ces comités ont été créés pour une plus grande transparence dans la mise sous ARV des patients. Ils sont généralement mis en place par les programmes nationaux. Ils désignent selon des critères biologiques, cliniques et sociologiques, les patients qui bénéficieront d'ARV et du montant de leur taux de subvention. Les bilans biologiques sont parfois longs à réaliser, ce qui retarde d'autant l'éligibilité des malades.

Dans les pays où il n'y a pas encore de comité d'éligibilité au niveau national, nous avons créé un comité propre au CTA regroupant l'équipe médicale, un assistant sanitaire, le psychologue et un responsable des soins infirmiers. Les dossiers de patients extérieurs au CTA peuvent être présentés par d'autres médecins et sont étudiés lors de réunion des comités.

• Dossier médical

C'est la base essentielle pour assurer un bon suivi des patients. Les informations qui y sont relevées servent également souvent de support au Comité d'éligibilité dans les choix. Un important travail a été effectué dans les CTA pour améliorer la qualité du dossier et appeler l'attention de l'équipe soignante sur la rigueur à apporter dans sa tenue. L'accessibilité aux ARV a fait ressortir de nombreuses carences.

Le dossier se compose des données socio-démographiques, en général bien remplies à l'inclusion du patient et de l'observation médicale.

• Soutien psychosocial

Les consultations assurées au CTA par l'assistant social et/ou le psychologue sont pleinement intégrées à l'offre de soins du CTA. La relation de confiance est importante pour anticiper et prévenir tout changement dans le statut social et professionnel des patients. Des difficultés financières, par exemple, peuvent avoir un retentissement sur leur participation au coût du traitement ou sur leur alimentation.



Figure 7 - Prélèvement pour le dépistage au CTA de Niamey, Niger.

Nous avons vu, dans certains cas, des patients prenant en charge leur traitement mais incapables de subvenir à leurs besoins alimentaires. D'autres connaissent des difficultés financières transitoires ou définitives (perte d'emploi). Le service social doit pouvoir être informé, anticiper les conséquences et appeler l'attention du médecin pour l'aider à les résoudre.

La double consultation est essentielle : le service social renforce le discours du médecin et par une relation de confiance privilégiée, peut aborder des aspects différents en laissant le patient s'exprimer.

• *Partenariat avec les Associations*

Le réseau associatif varie d'un pays à l'autre. Certains pays ont une tradition associative, un réseau d'associations important et sont très soutenus par des associations des pays du Nord, trop parfois. D'autres sont délaissés.

Dans chaque CTA, le service social collabore avec la société civile : il s'agit souvent d'associations de malades ou de la Société Nationale des Croix-Rouge et Croissant-Rouge (CR/CR) locale. Ces partenariats viennent généralement renforcer la prise en charge sociale effectuée au CTA. Dans certains cas, ils ont permis de créer, puis d'institutionnaliser, des groupes de parole dans lesquels les personnes atteintes suivies ou non sous ARV peuvent échanger, parler de leurs problèmes divers, familial, professionnel, des effets secondaires etc.. Ces réunions, animées par le représentant de l'association, le service social et un médecin, se tiennent souvent au CTA, les associations apportant également un soutien pour le transport et pour la collation. L'aspect convivial de ces rencontres est essentiel.

Le partenariat avec les associations permet de renforcer également les activités de suivi à domicile : recherche des perdus de vue, conseil à la cellule familiale, aide au démarrage de micro-projets, soutien régulier au patient dans sa prise en charge médicale quotidienne, aide à l'observance thérapeutique etc..

• *Observance thérapeutique*

Cette composante prend de plus en plus d'importance dans la mise en place des programmes et l'activité des CTA. Elle est essentielle au suivi des patients, puisque l'on sait que l'efficacité thérapeutique des traitements est liée à une observance thérapeutique supérieure à 90%. Elle repose sur la complexité des croyances, des comportements, des attitudes et nécessite souvent une collaboration extérieure, avec des consultants spécialisés notamment.

Le partenariat avec les associations

locales peut renforcer le soutien au patient spécifiquement dans le domaine de l'observance thérapeutique, lors des visites à domicile, à la condition essentielle que les volontaires soient bien formés.

Pour l'ensemble de cette composante, les CTA bénéficient des conseils de l'association *Comment Dire*, spécialiste de l'accompagnement thérapeutique et auteur de l'ouvrage « mettre en place une consultation d'observance aux traitements contre le VIH/sida ». Un partenariat avec la fondation GlaxoSmithKline (GSK) permet maintenant la mise en œuvre dans trois CTA d'une aide méthodologique directement centrée sur l'éducation des patients (Fig. 8).

Les CTA : Perspectives

Informatisation globale et mise en réseau

C'est notre principale priorité.

Elle correspond à trois besoins essentiels :

- améliorer le fonctionnement interne au CTA, permettre un recueil généralisé des données, accessibles à l'ensemble des services du CTA en préservant la confidentialité des dossiers et contribuer à une meilleure gestion des stocks avec un système d'alerte pour un approvisionnement régulier ;

- exploiter les données à partir du siège pour mieux évaluer les besoins et les manques et mieux gérer. Favoriser une approche multicentrique des données recueillies, y compris des données médicales, pour améliorer encore la modélisation des CTA ;

- disposer d'un outil épidémiologique, commun à l'ensemble des centres, pour permettre de fournir des données au Ministère de la Santé, au PNLIS, aux bailleurs, d'analyser les données médicales, de tirer des enseignements nécessaires et enfin pour servir de support à des publications ou communications scientifiques.

L'ensemble des CTA bénéficie d'un



Figure 8 - Consultation au CTA de Libreville, Gabon.



Figure 9 - Salle d'hospitalisation du CTA de Port-Gentil, Gabon.

équipement informatique, encore sous-exploité. Certains personnels nécessiteront une remise à niveau.

Décentralisation du suivi des patients sous ARV

Structures de référence, les CTA assurent actuellement les mises sous traitement et le suivi de la plupart des patients locaux mais aussi de nombreux patients originaires d'autres régions du pays. L'augmentation permanente de la file active et la saturation de la structure peuvent mettre en péril la qualité de la prise en charge.

Même avec une activité saturée (2000 patients suivis en file active), l'équipe médicale, pour des raisons éthiques, sociales et politiques, éprouve des difficultés à refuser l'accès au centre de patients et leur mise sous ARV quand elle est indiquée (Fig. 9).

Il serait souhaitable de décentraliser le suivi des patients venant des régions et à terme de ceux venant de la ville elle-même, tout en maintenant au CTA son caractère de structure de référence pour le choix des protocoles et le suivi biologique. Il serait nécessaire de confier ces patients à des médecins-référents, formés au VIH/sida et au suivi des patients sous ARV, qui travailleraient en lien direct avec le médecin du CTA et pourraient l'alerter en cas de difficultés (survenue d'effets indésirables, mauvaise observance, non efficacité du traitement : apparition de fièvre, d'infection, non reprise de poids). Les patients ne reviendraient au CTA qu'en cas de problème et au minimum tous les 6 mois pour réaliser les examens biologiques de contrôle.

Le médecin référent devrait pouvoir disposer des ARV, pour les patients qui lui sont adressés. Cela ne ferait pas de lui pour autant un médecin agréé prescripteur dans le sens où ce n'est pas lui qui initierait le traitement ou qui aurait la possibilité de changer les protocoles. Ce système de référencement doit être mis en place en collaboration avec les autorités sanitaires.

Cette proposition aurait pour effet non

seulement de soulager l'équipe des CTA et de permettre l'accueil de nouveaux patients, mais aussi de soulager chacun d'eux, de la fatigue et des coûts du trajet.

Partenariats privés

Un récent rapport (juillet 2003) présenté par la Banque Mondiale a souligné, s'il en était besoin, l'impact du sida sur les économies des pays. Les dévastations provoquées n'épargnent pas les entreprises du secteur privé qui comptent parmi leurs employés de nombreuses personnes contaminées. Prévenir et traiter la maladie devient donc, pour de plus en plus d'entreprises, une nécessité. Les CTA ont vocation à accompagner et à amplifier ces initiatives.

Le CTA est aujourd'hui un outil au service d'autres partenaires, notamment ceux du secteur privé. Le développement d'une relation privilégiée dans le cadre d'une convention de partenariat présente un double intérêt :

- proposer aux entreprises une prise en charge globale de leurs employés et de leurs ayants-droit atteints du VIH/sida, intégrant au sein de l'établissement des séances de prévention, de sensibilisation au VIH et d'incitation au dépistage. Certaines entreprises disposent de leur propre centre médical, généralement très bien équipé, mais rares sont celles qui disposent d'un plateau technique aussi spécifique que le CTA et des compétences nécessaires au suivi de patients sous ARV. Quelque soit le degré d'intervention du CTA, la collaboration entre les équipes médicales (centre médical et CTA) est essentielle. Sur l'ensemble des étapes, le respect de la confidentialité est un des garants du succès pour l'adhésion du personnel à la politique de lutte contre le sida proposée par l'entreprise.

- bâtir un réel partenariat avec l'entreprise qui peut contribuer au renouvellement de certains équipements, à l'entretien de la structure, au recrutement de personnel supplémentaire.

Outre les sociétés privées, la présence des CTA et le développement de nouveaux programmes peuvent aussi répondre aux préoccupations d'organisations internationales, notamment le CICR et la Fédération des Sociétés Nationales de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge soucieuses de prendre leur charge le coût du traitement de leurs employés directs.

Partenariats institutionnels

Là aussi, il est important de les développer tant pour bénéficier de compétences spécifiques (type partenariat avec le programme alimentaire mondial (PAM) ou

l'Unicef) que pour obtenir des financements supplémentaires (type Banque Mondiale, *Family Health International*, Union Européenne, Coopération Française).

Il est indispensable de favoriser les partenariats locaux. La présence, dans les pays dans lesquels nous sommes installés, des OPALS (associations nationales) ou des Sociétés Nationales de Croix-Rouge sont indispensables, bien évidemment en termes de compétences et de contribution au programme, mais également pour l'éligibilité à certains financements.

Sur le plan international, il s'agit bien souvent d'appels d'offre, accompagnés de nombreuses contraintes, et qui généralement ne permettent pas de pérenniser un programme existant.

Le Fonds Mondial contre le sida, la tuberculose et la malaria, devrait permettre à terme (compte tenu des procédures toujours très longues) d'augmenter le nombre de traitements ARV offerts aux patients et selon les sites, de financer l'installation d'un CTA.

Cinq années de mise sous traitement ARV : quel bilan ?

Malgré les réserves et les craintes, malgré les difficultés rencontrées, le CTA s'est imposé comme le concept le plus adapté pour la prise en charge de personnes atteintes du VIH/sida dans les pays du Sud et notamment en Afrique subsaharienne.

Le caractère ambulatoire du CTA, fut innovant en 1994, date de l'ouverture du CTA de Brazzaville, et a depuis fait preuve de son efficacité.

Parmi les 10 000 patients suivis dans les CTA, 2 000 d'entre eux bénéficient aujourd'hui d'une trithérapie antirétrovirale. Près de 2 000 autres restent dans l'attente d'une mise sous traitement. Malheureusement, le coût des traitements, même s'il est subventionné, reste élevé et un frein pour les patients africains.

Le nombre de génériques disponibles a beaucoup augmenté mais il faut rester prudent sur la qualité et l'approvisionnement. Il faut rester prudent aussi sur le changement de traitement de spécialités en génériques, celui-ci pouvant poser des problèmes d'incompréhension et donc d'observance chez les patients.

Un autre facteur à prendre en compte est le nombre de molécules disponibles en génériques ou des spécialités au coût « Access » qui reste limité par rapport aux pays du Nord. L'absence de formes pédiatriques est également très préjudiciable pour les enfants. Après plusieurs années de

trithérapie, on constate de plus en plus de cas de résistances à une ou plusieurs molécules qui ne peuvent être remplacées. Des problèmes se posent en raison de la faible disponibilité sur place, de l'autorisation d'importation d'une nouvelle molécule, voire même, des modes de conservation. En terme de coût et de santé publique, c'est aussi un choix à faire.

Le nomadisme médical est aussi une préoccupation importante, le patient s'attendant très souvent à une amélioration plus rapide de son état a tendance à se tourner vers d'autres structures, vers des associations ou vers des tradipraticiens.

Le bénéfice important apporté par la création d'une unité nutritionnelle dans les CTA, qui prodigue conseils diététiques et culinaires, mais qui surtout propose des compléments alimentaires, est évident sur l'efficacité du traitement et l'amélioration de l'état général du patient. Les nouveaux CTA intègrent des centres nutritionnels et les partenariats avec le Programme Alimentaire Mondial tendent à se généraliser.

Enfin, il nous apparaît de plus en plus nécessaire de disposer, à côté du comptage lymphocytaire, de la charge virale permettant une prise en compte des aspects immunologiques et virologiques dans leur ensemble. L'une de nos préoccupations majeures est de juger précocement de la bonne observance et de l'efficacité des traitements. De plus en plus de résistances se développent en Afrique, très souvent liées à un mauvais choix thérapeutique initial, à des mises sous traitement trop rapides sans évaluation des capacités d'observance, au nomadisme médical ou de la patientèle, à la méconnaissance de l'histoire de la maladie et des antécédents du patient, à un manque de suivi davantage qu'à un manque d'observance.

Après dix années d'activité, certains CTA ont acquis la capacité d'être autonome, grâce aux compétences qui s'y sont développées, grâce à l'engagement des autorités nationales mais aussi grâce à la mise à disposition de fonds internationaux. L'ensemble de ces facteurs positifs nous permet d'envisager sereinement la pérennisation de ces structures qui se traduira par un transfert progressif et rigoureux de la gestion médicale, administrative et financière.

POUR EN SAVOIR PLUS

- - www.counseling.vih.org.
- - www.croix-rouge.fr/goto/actions/sida/cta.asp