



**Université Senghor**

Université internationale de langue française  
au service du développement africain

Opérateur direct de la Francophonie

**Projet d'éducation thérapeutique et de suivi de soins des adultes vivant  
avec le VIH/Sida au Centre Hospitalier et Universitaire de Cocody,  
à Abidjan (Côte d'Ivoire)**

présenté par

**Fatoumata Koné**

pour l'obtention du Master en Développement de l'Université Senghor

Département Santé

Spécialité « Santé Internationale »

le 31 Mars 2009

Sous la direction de

**Docteur Laurence Bentz**

Praticien Hospitalier en Santé Publique

CHU de Nice-Corevih PACA-Est

Devant le jury composé de :

Docteur Christian Mésenge   Président

Directeur du département Santé de l'université  
Senghor d'Alexandrie (Egypte)

Professeur Anne-Marie Moulin   Examineur  
Chercheur au CNRS-CEDEJ, Le Caire (Egypte)

Docteur Sani Kozman   Examineur  
Consultant international VIH-Président d'ONG-  
Responsable du secteur VIH à Caritas Egypte



## Remerciements

Au Docteur Laurence Bentz, praticien hospitalier au Département de Santé Publique du CHU de Nice, Hôpital de l'Archet 1, pour avoir consacré du temps à l'encadrement de ce mémoire.

A tout le personnel du Service de Pneumophtisiologie du CHU de Cocody à Abidjan, particulièrement au Professeur E. Aka-Danguy, au Docteur A. K. Boko, au Docteur K. Horo, au Docteur E. Dadié, au Docteur J.M. Ahui-Brou, à Madame A. Kramoh et à Monsieur S. Koffi-Yao.

A tout le personnel de l'Association Ruban Rouge Côte d'Ivoire, particulièrement à Madame I. Assouan et à Monsieur A. Kpolo.

A tout le personnel du Service de Maladies Infectieuses et Tropicales du CHU de Nice, hôpital de l'Archet1, particulièrement au Professeur P. Dellamonica, au Docteur Puglièse et au Docteur J. Durand.

A tout le personnel du Département de Santé Publique du CHU de Nice, hôpital de l'Archet 1, particulièrement au Professeur C. Pradier et au Docteur L. Bentz.

A tout le personnel de Sida Info Service, particulièrement à Mesdames S. Becquet, A. M'Bodje, A. Cloatre et Messieurs M. Ohayon, A. Gaddari et F. Clouzeau.

A tous les professeurs associés de l'Université Senghor d'Alexandrie, particulièrement aux professeurs L. Rachid-Salmi, J. Palazzolo et Michel Lebras (In memorium).

Au personnel du Département Santé de l'Université Senghor d'Alexandrie : Docteur C. Mésenge et Madame A. Mounir.

A tout le personnel de l'université Senghor d'Alexandrie, particulièrement à Madame Omnéya et à Messieurs Ahmed et Hicham.

Au Docteur B. Kadio et à Monsieur A. Kaboré et C. Bagnoa, pour leur collaboration à l'élaboration de ce travail.

A toute la communauté Ivoirienne de la XIème promotion de l'Université Senghor d'Alexandrie, particulièrement à T. Kouadio et B. Kadio.

A toute la XIème promotion de l'Université Senghor d'Alexandrie, particulièrement aux étudiants du Département Santé.

A tous mes amis de la XIème promotion de l'Université Senghor d'Alexandrie : Régine, Chantal, Florine, Guilaine, Amina, Patrick, Boukary, Clément et Alain.

## Dédicaces

Au Seigneur tout puissant qui guide mes pas sur cette terre des Hommes. Que ta volonté se fasse toujours dans ma vie.

Aux deux Amours de ma vie, mon époux Michel Zié KONATE et mon fils Christ-Emmanuel Wossanry KONATE, pour leur amour et le sacrifice consenti pour ces études. Que le Seigneur vous bénisse et que je sois une excellente épouse et mère pour vous.

In Mémorium : A mon père Feu Dramane Flanan KONE et ma mère Feue Sita COULIBALY rappelés très tôt à Dieu. Reposez en paix.

A tous mes frères et sœurs (Adjaratou, Mariam, Awa, Souleymane, Aboubakar, Abiba, Bintou, Safiatou et Ramatou) ainsi qu'à vos épouses et époux pour votre soutien indéfectible.

A tous mes neveux et nièces (Salma, Sabaty, Ryann, Merouane, Assita, Khady, Abdoul, Raïssa, Ange-Loïc, Oriane, Axel-Yohann, Alexia, Dilane, Grâce-Aurélié et Laurine), que « tata » Fatou soit un modèle de courage et de persévérance pour vous.

A toutes mes familles adoptives (Sabaty, Lanzéni, Brahima, Sinaly et Oumar Coulibaly) pour l'éducation que vous m'avez inculquée.

A ma belle famille pour son indulgence et son estime pour moi.

A mes filleul(e) s Marie-Ange, Raïssa, Ivan, Emmanuella. Que je sois par ma vie de tous les jours, un modèle de foi, d'amour et d'espérance pour vous.

A tous les amis de mon couple : Diaby, Rodrigue, Hilaire, Armel, Annick, Thérèse, Germaine, Komotio.

Aux parrains, marraines et témoins de mariage de mon couple : Père Emmanuel Say Kouamé, Josephine N'Douba-Agolé, Bintou Tiéplé Coulibay-Doumatey, Yves Michel Migan-Zinsou, Denis Boka).

## Résumé

L'épidémie du VIH/Sida est un fléau socio-économique. La part de mortalité par le VIH/Sida est très élevée en Afrique subsaharienne : 22,5 millions de personnes infectées par le VIH ; 2,5 millions de nouvelles infections et 2,1 millions de décès dus au Sida (ONUSIDA, 2007).

Les gouvernements et les partenaires au développement ont mené une riposte solide au VIH/Sida. Selon le rapport mondial sur l'épidémie du VIH/Sida en 2008, des progrès ont été faits. Cependant des obstacles subsistent et doivent être identifiés pour réorienter la lutte.

Dans le cadre de cette nouvelle approche de la lutte contre le VIH/Sida, l'objectif général de cette étude était de concevoir et de poser les conditions de faisabilité d'un projet d'éducation thérapeutique et de suivi de soins des adultes vivant avec le VIH au Centre Hospitalier et Universitaire (CHU) de Cocody, à Abidjan (Côte d'Ivoire).

La méthode a consisté à comparer qualitativement trois modèles de prise en charge observés et analysés. Il s'agit de ceux de l'ONG « Ruban Rouge », de l'association « Sida info service » et du CHU de Nice, Hôpital de l'archet 1. Ceci dans l'optique de proposer un modèle spécifique et adapté au contexte du pays et de l'unité de prise en charge des personnes vivant avec le VIH/Sida du CHU de Cocody.

Les résultats de l'étude nous ont amené à proposer un projet d'éducation thérapeutique et de suivi de soins fondé sur une stratégie d'intervention s'inspirant de ces trois modèles. Cette stratégie est basée à la fois sur le traitement, le patient, les soignants, le système de soins et le contexte socio-économique.

Notre stratégie intègre à la fois l'éducation thérapeutique, l'accompagnement psycho-social, la prise en charge communautaire, et le travail en réseau avec tous les acteurs de la prise en charge sur le même site d'intervention.

Malgré les problèmes susceptibles d'être rencontrés, ce projet pourrait être mis en place au sein de l'unité de PVVIH, s'il y a une volonté réelle de tous les acteurs qui seront engagés autour du projet. Il permettra une prise en charge globale des malades en vue de leur assurer une meilleure qualité de vie professionnelle, familiale et sociale avec la maladie et le traitement qui lui est associé.

## Mot-clefs

VIH/Sida, Observance aux ARV, Education thérapeutique, Accompagnement, Suivi de soins, Prise en charge globale

## **Abstract**

The HIV / AIDS epidemic is a socio-economic problem. The share of mortality from HIV / AIDS is very high in sub-Saharan Africa: 33.2 million people living with HIV, 2.5 million new infections and 2.1 million deaths from AIDS

Governments and donors have conducted a robust response to HIV / AIDS. According to the World report on the HIV / AIDS in 2008, progress has been made. However, obstacles remain and need to be identified in order to refocus the fight.

Under this new approach to the fight against HIV / AIDS, the overall objective of this study is to conceive and establish the conditions for feasibility of a project of therapeutic education and care monitoring in the "CHU" of Cocody, in Abidjan (Côte d'Ivoire).

The method consisted to compare three observed and analyzed models of care. It's those of the NGO "Ruban Rouge", of "Sida Info Service" and of "CHU" of Nice, Archet 1 hospital. This in order to propose a specific and adapted model to the context of the country and the unit of care for PLWHA of "CHU" of Cocody.

The results of the study get us to propose a project of therapeutic education and care monitoring based on an intervention strategy drawing on the three models of care. This strategy is based both on the treatment, the patient, the caregivers, the care system and the socio-economic context.

This strategy may incorporate therapeutic education, psycho-social support, community care, and networking with all stakeholders on the same site of intervention.

Despite the problems likely to be encountered, this project could be implemented within the unit of care for PLWHA, if there is a genuine desire of all actors to be involved in this project. It will permit a global care of the patients in order to assure them a better professional, familial and social quality of life with the disease and the related treatment.

## **Keywords**

HIV / AIDS, Adherence to ARVs, Therapeutic education, Accompaniment, Care monitoring, Support overall

## Liste des acronymes et abréviations utilisés

- ARV : Antirétroviraux
- CDV : Conseil Dépistage Volontaire
- CHU : Centre Hospitalier et Universitaire
- COREVIH : Comité Régional de lutte contre le VIH
- CRIPS : Centre de Recherche, d'Information et de Prévention sur le Sida
- EIS-CI : Enquête sur les Indicateurs du Sida en Côte D'Ivoire
- HAS : Haute Autorité de la Santé
- INNRT : Inhibiteur Non Nucléosidique de la Reverse Transcriptase
- INRT : Inhibiteur Nucléosidique de la Reverse Transcriptase
- IP : Inhibiteurs des Protéases
- IST : Infections Sexuellement Transmissibles
- OMS : Organisation Mondiale de la Santé
- ONG : Organisation Non Gouvernementale
- ONUSIDA : Organisation des Nations Unies pour la lutte contre le Sida
- PPH : Pneumo-phtisiologie
- PTME : Prévention de la Transmission Mère Enfant
- PVVIH : Personnes Vivant avec le VIH
- REVIHOP : Réseau Ville Hôpital
- SIS : Sida Info Service
- VIH : Virus de l'Immuno déficience Humaine

## Liste des illustrations

Figure 1 : Evolution du nombre de nouveaux malades mis sous ARV de 2000 à 2008 dans l'unité de PVVIH du CHU de Cocody. ....	8
Figure 2 : Modèle en spirale des différentes étapes de changement de comportement au cours d'une dépendance .....	13

## Liste des tableaux

Tableau I: Bilan des activités réalisées dans l'unité de prise en charge des PVVIH du CHU de Cocody en 2007 .....	6
Tableau II : Méthodes de mesure de l'observance thérapeutique (Costagliola et Barberousse, 2001).....	16
Tableau III: Répartition des différentes activités réalisées dans les différents modèles de prise en charge des PVVIH.....	21
Tableau IV: Récapitulatif de la Programmation des activités du projet.....	28
Tableau V: Répartition des activités selon les 12 mois de mise en place et de démarrage du projet .....	30
Tableau VI: Répartition des ressources nécessaires au projet.....	31
Tableau VII: Répartition du budget prévisionnel selon les charges au cours du projet .....	32
Tableau VIII: Protocole d'évaluation du projet .....	34



## Sommaire

Remerciements.....	i
Dédicaces.....	ii
Résumé.....	iii
Mot-clefs.....	iii
Abstract.....	iv
Keywords.....	iv
Liste des acronymes et abréviations utilisés.....	v
Liste des illustrations.....	vi
Liste des tableaux.....	vi
Sommaire.....	1
Introduction.....	3
1 Contexte.....	4
1.1 Contexte national de la prise en charge du VIH/Sida en Côte d'Ivoire.....	4
1.2 Contexte spécifique de l'unité de PVVIH du CHU de Cocody.....	5
2 Problématique.....	9
3 Revue de la littérature.....	11
3.1 Définition de concepts.....	11
3.2 Synthèse critique.....	14
4 Méthodes.....	19
4.1 Collecte des données.....	19
4.1.1 Revue de la littérature.....	19
4.1.2 Entretiens.....	19
4.1.3 Observation des acteurs en activité.....	20
4.2 Analyse des données.....	20
5 Résultats.....	21
5.1 Description des différents modèles de prise en charge des PVVIH.....	21
5.1.1 Modèle de prise en charge communautaire des PVVIH à l'association Ruban Rouge....	22
5.1.2 Modèle de prise en charge psychosociale des PVVIH à l'association Sida info service ..	23
5.1.3 Modèle de prise en charge éducative des PVVIH au CHU de Nice, Hôpital de l'Archet 1	24
5.2 Avantages comparés des trois modèles.....	25
5.2.1 Prise en charge médicale.....	25
5.2.2 Prise en charge psychosociale.....	25

5.2.3	Education thérapeutique .....	25
5.2.4	Prise en charge communautaire .....	26
5.3	Proposition de projet : « Bien vivre au quotidien avec le VIH/Sida » .....	26
5.3.1	Identification .....	26
5.3.2	Planification.....	26
5.3.3	Description fonctionnelle .....	27
5.3.4	Ressources et budgétisation .....	31
5.3.5	Suivi et évaluation .....	33
6	Discussion.....	35
	Conclusion .....	38
	Références .....	39
	Annexes.....	44

## Introduction

En Afrique subsaharienne, près de 22,5 millions de personnes vivent avec le VIH/Sida selon le rapport de l'ONUSIDA en décembre 2007. Au début de l'épidémie du VIH/Sida, la maladie était assimilée à la mort immédiate après sa découverte. Mais depuis 1996, il y a eu de nouvelles avancées thérapeutiques avec l'avènement des antirétroviraux hautement actifs.

La production de ces Antirétroviraux (ARV) à moindre coût par les pays émergents (Chine, Brésil, Thaïlande et Afrique du sud) a rendu plus accessibles les médicaments ARV. Ce nouveau contexte a redonné un espoir de vie aux Personnes Vivant avec le VIH/Sida (PVVIH). Mais la réussite du traitement est conditionnée par une observance thérapeutique rigoureuse et un accompagnement du malade.

Il est désormais essentiel de s'intéresser à l'observance thérapeutique en Afrique, continent le plus touché par l'épidémie, avec l'augmentation du nombre de malades mis sous ARV. Cette nouvelle direction devra tenir compte de certaines spécificités locales (Eholié et *al.*, 2006).

Selon le rapport de l'Enquête sur les Indicateurs du Sida en Côte d'Ivoire (EIS-CI) réalisée en 2005, la Côte d'Ivoire avait une prévalence du VIH de 4,7% sur un échantillon de 8436 personnes, dans la population sexuellement active (15 à 49 ans). Elle a introduit depuis 1998 avec l'appui de l' ONUSIDA, la diffusion contrôlée des traitements ARV dans le cadre de la prise en charge des malades.

Le Centre Hospitalier et Universitaire (CHU) de Cocody, avec son unité de prise en charge des PVVIH, est un acteur clé dans ce dispositif de diffusion des ARV. Un modèle d'accompagnement de ces PVVIH s'impose donc pour cette unité en vue de rendre optimale et globale la prise en charge des malades. Ce qui leur assurera une meilleure qualité de vie avec la maladie et le traitement qui lui est associé.

Ainsi, l'objectif général de cette étude est de mettre en place un projet d'éducation thérapeutique et de suivi de soins chez les adultes vivant avec le VIH/Sida dans l'unité de prise en charge des PVVIH du CHU de Cocody, à Abidjan (Côte d'Ivoire) à partir des modèles français de Sida Info Service et du CHU de Nice, hôpital de l'Archet 1 et du modèle ivoirien de l'association Ruban Rouge.

De façon spécifique, il s'agit de :

- Décrire les modèles de prise en charge des PVVIH de Sida Info Service et du CHU de Nice, hôpital de l'Archet 1 et de l'association Ruban Rouge
- Identifier les avantages comparés de ces trois modèles de prise en charge des PVVIH
- Proposer un projet de prise en charge globale des PVVIH qui tienne compte des enseignements et des expériences de ces trois modèles de prise en charge.

## 1 Contexte

### 1.1 Contexte national de la prise en charge du VIH/Sida en Côte d'Ivoire

Le rapport de l'EIS-CI montrait une féminisation de l'épidémie liée à la vulnérabilité de la femme. Ainsi sur 750 000 personnes vivant avec le VIH, la séroprévalence était de 6,4% chez les femmes et de 2,9% chez les hommes. Cette vulnérabilité de la femme serait due à sa prédisposition physique, à son ignorance des modes de contamination, à son niveau d'éducation, à sa situation professionnelle, à sa domination par le conjoint et à son exclusion de la famille et de la société à l'annonce de la maladie (Kablan et *al.*, 2006).

En plus de cette féminisation, le VIH/Sida participe de façon active à la recrudescence de la tuberculose, première affection opportuniste associée à la maladie en Côte d'Ivoire. Les formes extra pulmonaires (46% des cas de Tuberculose) augmentent considérablement avec l'infection à VIH/Sida (N'Gom et *al.*, 1999).

La maladie étant devenue une priorité d'action en santé publique, le gouvernement ivoirien a mis en place, dès 1987, une réponse nationale multisectorielle et décentralisée à travers la création d'instances et de structures spécialisées (Ministères et Programmes nationaux). Les résultats de cet engagement montraient de nombreux acquis dans la lutte contre le VIH/Sida en 2005, notamment dans le domaine de la prise en charge thérapeutique (Annexe 1).

En effet, la prise en charge médicale des PVVIH a évolué en trois phases. Initialement les soins aux PVVIH étaient limités au diagnostic et au traitement des infections opportunistes. En juillet 2004, le dépistage du VIH était gratuit mais les ARV et le bilan biologique avaient un coût forfaitaire trimestriel de 5000 F CFA (7,69 euros). Les enfants, les femmes enceintes et les professionnels de la santé en cas d'accidents d'exposition au sang bénéficiaient d'une gratuité du traitement.

A partir de 2006 pour la deuxième phase, le traitement et le bilan biologique avaient un coût forfaitaire trimestriel de 3000 F CFA (4,61 Euros). Enfin pour la troisième phase, depuis août 2008, le traitement ARV est entièrement gratuit. Cependant le traitement des infections opportunistes est toujours à la charge du malade sauf pour les antituberculeux et pour le sulfaméthoxazole-Triméthoprime. Désormais les ARV sont donc réellement disponibles et accessibles sur l'ensemble du territoire ivoirien.

Mais vu le fort impact social de l'épidémie, l'action gouvernementale est complétée par celle de nombreux autres acteurs. Ce sont entre autres, les Organisations Non Gouvernementales (ONG), les services de téléphonie sociale et les acteurs communautaires dont les chefs religieux, les rois, les chefs traditionnels, les juristes et les PVVIH elles-mêmes à travers des associations de personnes affectées et infectées par le VIH.

En effet, ces dernières années ont vu une multiplication des associations civiles contre le VIH. Cependant elles occupent une place encore minoritaire dans le système de santé ivoirien à côté de l'hôpital. De plus il n'y a pas de collaboration véritable entre l'hôpital et ces associations.

Ce champ associatif est occupé aussi bien par des ONG nationales qu'internationales. Des ONG nationales telles que Ruban rouge, Amepouh, Lumière action, Chigata font partie d'une plate-forme « Ensemble Luttons contre le Sida en Afrique » créée à l'initiative de cinq associations Françaises de lutte contre le Sida ; ce sont Sida info service, AIDES, Sidaction, CRIPS et solidarité Sida. Elles jouent un rôle important dans la prise en charge des malades.

Ainsi, l'ONG «ACONDA-VS-CI» travaille avec l'organisation française « Ensemble pour une Solidarité Thérapeutique en Réseau ». Cette ONG assure à elle seule la prise en charge du tiers des malades vivant avec le VIH suivis en Côte d'Ivoire (Stratégie Nationale, 2006). Ces ONG ont des sièges isolés ou elles sont intégrées dans des centres de santé publique.

Par contre, on peut noter que les services de téléphonie sociale restent peu développés en Côte d'Ivoire. Depuis décembre 2001, la ligne verte de l'ONG «Ruban rouge» répond gratuitement aux questions de la population sur le VIH. Une autre ligne destinée aux professionnels de la santé a été mise en service depuis octobre 2007. Mais ces lignes seraient encore sous utilisées par leurs destinataires.

## 1.2 Contexte spécifique de l'unité de PVVIH du CHU de Cocody

### *Présentation de l'unité*

L'unité de PVVIH est située dans le service de Pneumophtisiologie du CHU de Cocody qui est constitué de services d'hospitalisation, d'une consultation externe et de laboratoires ( laboratoire de l'institut Institut Pasteur de Côte d'Ivoire et laboratoires de la faculté de médecine). Ces laboratoires font la numération du taux de CD4 en routine. Par contre la charge virale et le typage génotypique ne sont pas faits systématiquement avant l'initiation du traitement.

Le service de PPH est constitué d'une unité de consultation (3862 patients/an en moyenne), d'une unité d'endoscopie bronchique (137 patients/an), d'une unité d'hospitalisation avec 37 lits (600 malades/an), d'une unité d'hospitalisation de jour avec trois lits, et de l'unité de PVVIH. Selon plusieurs études effectuées au service de PPH du CHU de Cocody, la prévalence du VIH/Sida était estimée à environ 60% dans le service (Dadié, 2005 ; Gnazé, 2006 ; Tchiny, 2006).

Au sein du CHU de Cocody, la prise en charge du VIH chez l'enfant est dévolue aux services de pédiatrie et de gynécologie, ce dernier s'occupant surtout du volet prévention à travers le programme de la Prévention de la Transmission Mère-Enfant (PTME). Il existe également des activités de Conseil Dépistage Volontaire (CDV) dirigées par les services de Pédiatrie, de Gynécologie et de Pneumophtisiologie (PPH).

*Mission et attributions de l'unité*

L'unité de PVVIH est l'organe de coordination de toutes les activités de prise en charge des PVVIH au niveau du CHU de Cocody. Elle réfère les cas de résistances au traitement ou d'échecs thérapeutiques au laboratoire national de référence et au centre national de référence de la prise en charge (Service des maladies infectieuses et tropicales du CHU de Treichville).

Cette unité reçoit toutes les informations nationales sur la prise en charge des PVVIH et les relayent au niveau des autres services du CHU de Cocody impliqués dans la prise en charge.

*Activités de l'unité*

Les 2/3 des malades de l'unité de prise en charge des patients infectés par le VIH proviennent de l'hospitalisation du service de PPH. Les autres malades proviennent de la consultation externe, des urgences, des autres services du CHU, de l'institut Pasteur et des hôpitaux périphériques proches.

Les principales activités réalisées dans l'unité de prise en charge des PVVIH du CHU de Cocody se déclinent dans le tableau I qui suit.

Tableau I: Bilan des activités réalisées dans l'unité de prise en charge des PVVIH du CHU de Cocody en 2007

<b>Activités</b>	<b>Niveau de réalisation</b>
Conseil Dépistage Volontaire	953
Initialisation du traitement ARV	633
Nombre moyen de Consultations de suivi par malade et par an	4
Nombre de prélèvements de suivi effectués	1156

Le malade est reçu pour sa première consultation par un médecin qui lui donne des informations générales sur la maladie, les mesures de prévention, la confidentialité à la famille, l'existence du traitement, les conditions d'éligibilité, la nécessité de l'observance, les modalités de suivi, le coût de la consultation et l'approvisionnement en médicaments.

A la deuxième consultation, le traitement est initié pour les malades qui sont éligibles au traitement. Quand le malade n'est pas éligible au traitement, il reçoit des conseils et des informations d'usage: bonne hygiène de vie, mesures de prévention secondaire contre une nouvelle infection ou les infections

sexuellement transmissibles, bilan biologique tous les six mois, prophylaxie au Sufaméthoxazole-Triméthoprime.

Le traitement est initié selon les protocoles thérapeutiques recommandés en Côte d'Ivoire (Annexe 2). Les malades adultes et adolescents de plus de 13 ans sont mis sous traitement selon les critères d'éligibilité clinique et biologique de la classification CDC Atlanta 1993 (Annexe 3). La consultation coûte trimestriellement 5000F CFA (7,69 Euros).

Les prélèvements ont lieu trois jours dans la semaine (Mardi, Mercredi et Jeudi). La pharmacie est ouverte tous les jours de la semaine. Les infirmiers et les assistants sociaux sont disponibles tous les jours de la semaine. En cas de nécessité, les malades sont hospitalisés dans un service du CHU selon l'affection opportuniste qu'ils présentent.

L'hôpital du jour du service est aussi disponible pour certains soins palliatifs aux PVVIH. Tout le personnel de la prise en charge se réunit une fois par mois pour discuter des problèmes posés par certains malades, des décisions thérapeutiques, des difficultés de la prise en charge et pour diffuser les informations venant du niveau national.

La pharmacie de l'unité fournit les stocks d'ARV aux services de pédiatrie et de gynécologie. Les malades des autres services du CHU prennent directement leurs médicaments dans cette pharmacie. La salle de prélèvement réceptionne les prélèvements de tous les autres services du CHU pour les acheminer au laboratoire de référence.

### *Ressources*

#### *Humaines*

Le personnel soignant du service de PPH comprend trois professeurs de Pneumophtisiologie, un maître assistant, deux assistants chef de clinique, trois médecins pneumologues, trois internes des hôpitaux, quatorze infirmiers et trois aides soignants. Le personnel non soignant compte trois assistants sociaux, un pharmacien, deux secrétaires médicales et un archiviste et un informaticien

Le personnel permanent de l'unité de PVVIH est constitué de deux infirmiers, d'un médecin référent, d'un pharmacien et d'un assistant social. Les autres médecins du service de PPH, formés à la prise en charge des PVVIH, aident à la consultation des PVVIH à côté de leurs tâches habituelles au sein du service.

#### *Infrastructures*

Cette unité de PVVIH dispose d'une salle de prélèvement et d'archivage des dossiers, d'une salle d'attente, d'une pharmacie et d'une salle de consultation et d'une salle polyvalente.

### *Equipements*

La salle de consultation et la pharmacie sont équipées d'ordinateurs avec une connexion Internet à bas débit. Tous les malades sont répertoriés sur un fichier informatisé à ces deux niveaux, cependant il n'y a pas encore de dossier médical électronique fonctionnel. Il existe une ligne d'écoute téléphonique pour les malades. La salle polyvalente est équipée de chaises, de matériel de bureau et de matériel de vidéo projection.

### *Principaux résultats*

Le service de PPH héberge l'unité de PVVIH et est devenu en 2004, le centre de référence national de la prise en charge des maladies opportunistes respiratoires de l'infection à VIH. En 2007, il est devenu le centre pilote de la recherche sur la prise en charge de la co-infection VIH-Tuberculose initiée par la fondation Elisabeth Glazer Pediatric Aids Foundation qui apporte son appui au service.

Dans l'unité de prise en charge des PVVIH du CHU de Cocody, le nombre de malades mis sous ARV ne cesse de croître chaque année (**600 à 800 malades par an**). La figure 1 présente l'évolution annuelle du nombre de nouveaux malades mis sous ARV de 2000 à 2008 dans cette unité de prise en charge des PVVIH.

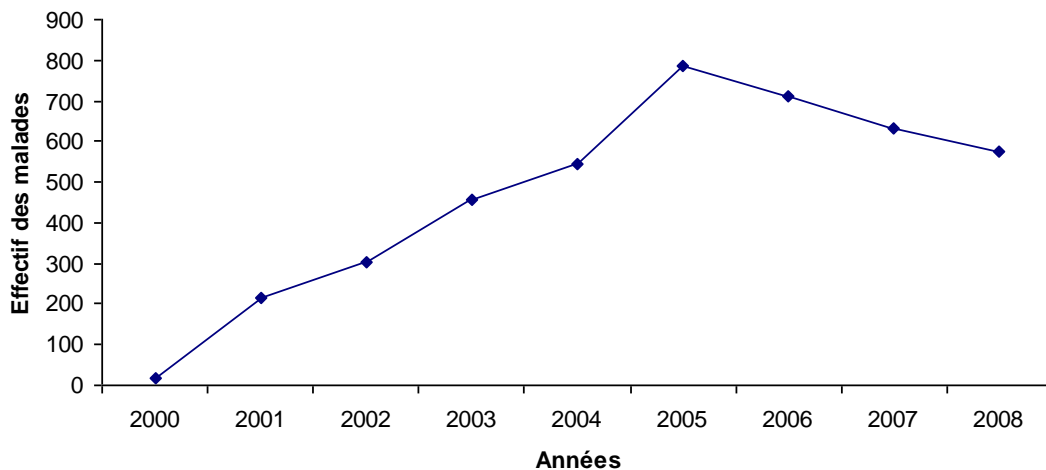


Figure 1 : Evolution du nombre de nouveaux malades mis sous ARV de 2000 à 2008 dans l'unité de PVVIH du CHU de Cocody.



## 2 Problématique

L'unité de prise en charge des PVVIH en 2006, après six années d'activités, a constaté dans sa cohorte, **9% d'échec thérapeutique de traitement de première ligne**, 10% de décès, **29% de perdus de vue** (Abandons de traitement, départs vers les ONG de prise en charge, difficultés financières) et 52% d'évolution favorable (Gnazé, 2006).

Par ailleurs l'observance thérapeutique des malades de l'unité de PVVIH n'est pas satisfaisante. L'évaluation de leur observance, basée sur les déclarations des malades, la régularité des consultations et le renouvellement des ordonnances, a retrouvé un niveau d'observance estimé à 60% en 2006 (Tchiny, 2006).

Cependant les résultats de l'évaluation de l'observance au cours de l'initiative ONUSIDA en Côte d'Ivoire (Msellati, 2001) montrent que le niveau d'observance des malades en Afrique subsaharienne est élevé et tout à fait comparable à celui des malades des pays industrialisés, voire meilleur. Et ce dans le cas où les patients n'ont plus à faire face à des difficultés financières pour l'accès à leur traitement et qu'il n'existe pas de rupture d'approvisionnement des pharmacies hospitalières.

Les conséquences économiques de la mauvaise observance sont nombreuses et les bons niveaux d'observance sont associés à de bons niveaux de bien être du malade. La bonne observance doit toujours être un choix rationnel du malade (Lamiraud et Moatti, 2006). Certes, mais la situation sociale et économique des malades de l'unité de PVVIH ne leur permet pas de faire tout seul ce choix rationnel.

En effet, l'environnement social est marqué par une forte stigmatisation au point où parfois des malades n'osent pas partager le résultat de leur sérologie avec leur famille ou leur entourage. Dans le même temps, du fait de difficultés financières, ils doivent recourir justement à cette famille, ce qui renforce leur vulnérabilité et les rend peu observants.

Ce qui justifie aussi le recours des malades aux tradithérapeutes, aux religieux,... et l'abandon du traitement médical. En effet, la majorité des malades de l'unité associent toujours au traitement médical qu'ils reçoivent, d'autres thérapies traditionnelles ou religieuses selon leur culture et leur croyance. Les thérapies traditionnelles non dosées, ont souvent des effets néfastes sur le résultat du traitement médical institué.

Par ailleurs, devant la charge de travail du personnel soignant de l'unité, le temps d'écoute consacré à chaque malade reste insuffisant, ne serait-ce que pour les informations d'usage. Dans sa relation avec le soignant, le malade fait donc l'impasse parfois des difficultés liées à l'organisation de la prise de ses médicaments, à la confidentialité par rapport à la famille et d'autres difficultés financières.

Ainsi, la prise en charge des personnes adultes vivant avec le VIH dans l'unité de prise en charge des PVVIH du CHU de Cocody pose le problème de la mauvaise observance des malades au traitement et

au suivi de soins. Les déterminants de cette mauvaise observance sont complexes et peuvent être identifiés en lien avec le malade, sa famille, le soignant, le système de soins et la marginalisation du travail en réseau avec les ONG et associations pertinentes.

On peut alors formuler l'hypothèse qu'un dispositif d'aide à l'observance et d'accompagnement, tenant compte de ces déterminants, permettra aux malades d'être plus observants et d'avoir une meilleure qualité de vie au quotidien avec leur maladie et le traitement qui lui est associé.

### 3 Revue de la littérature

#### 3.1 Définition de concepts

##### **Observance thérapeutique:**

Le terme d'observance à l'origine provient du vocabulaire religieux: c'est l'action d'observer, de pratiquer une règle. On a parlé aussi souvent de « compliance », puis « d'adhérence », traduction littérale du terme anglo-saxon qui signifie soumission et qui porte sur les rapports intersubjectifs, c'est à dire qu'il s'agit ici de se plier aux exigences et aux consignes du médecin afin de lui complaire (ANRS, 2002).

Actuellement, on parle d'observance ou d'adhésion au traitement définie comme le suivi exact par un patient des modalités de prise d'un traitement, l'insistance étant mise sur la capacité du patient à adopter une démarche active, à s'approprier la prescription et à devenir partie prenante de la relation thérapeutique.

Selon la version 2006 du rapport d'experts pour la prise en charge médicale des personnes infectées par le VIH, l'observance est un comportement de prise du traitement avec l'assiduité et la régularité optimales, selon les conditions prescrites et expliquées par le médecin (Yéni, 2006).

L'observance thérapeutique peut être définie comme la capacité d'une personne à prendre un traitement selon une prescription donnée. Plusieurs composantes cognitive, émotionnelle, comportementale et sociale concourent à l'observance thérapeutique et à son maintien (Tourette-Turgis et Rebillon 2002).

Elle est le principal facteur du succès thérapeutique. Elle est variable, dynamique, fluctuante, jamais acquise et est fonction des événements de la vie du malade et du temps. De plus en plus, on parle de gestion autonome de la maladie et des traitements qui lui sont associés par le malade.

##### **Education thérapeutique:**

Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS)<sup>1</sup> (1998) : « *L'éducation thérapeutique* » a pour but d'aider les patients à acquérir ou maintenir les compétences dont ils ont besoin pour gérer au mieux leur vie avec une maladie chronique. Elle fait partie intégrante et de façon permanente de la prise en charge du patient.

Elle comprend les activités organisées, conçues pour rendre les patients conscients et informés de leur maladie, des soins, de l'organisation et des procédures hospitalières, et des comportements liés à la santé et à la maladie. Elle a pour but d'aider le malade (ainsi que sa famille) à comprendre sa maladie

---

<sup>1</sup> Therapeutic patient education-Continuing Education Programmes for health care providers in the field of chronic disease

et son traitement, à collaborer et à assumer ses responsabilités dans sa propre prise en charge (Bourdillon, 2008).

***Counseling motivationnel (Entretien motivationnel):***

Ce counseling motivationnel, un modèle particulier d'éducation thérapeutique très développé dans le domaine du VIH/Sida, a pour objectif d'aider chaque personne à :

- Clarifier ses connaissances, ses croyances, ses valeurs liées à l'infection par le VIH et ses traitements
- Identifier les réaménagements à introduire dans sa vie pour intégrer les traitements
- Résoudre les problèmes ayant un impact sur la qualité de vie,
- Explorer ses besoins et identifier son réseau de soutien (Tourette-Turgis et *al.*, 2000).

Ce counseling VIH nécessite que le conseiller ou le soignant fasse le deuil de son savoir, de sa toute-puissance et de l'ultra-technicité de son discours pour que sa relation avec le malade soit de bonne qualité (Palazzolo, 2007).

Pour Miller et Rollnick (2006), l'entretien motivationnel est une méthode de communication centrée sur le patient, une évolution radicale de la relation d'aide et du travail thérapeutique et est nécessaire à chaque fois qu'il est à la fois utile et difficile de modifier un comportement problématique. Cet entretien fondé sur le respect de l'autonomie, peut aider les intervenants sanitaires et sociaux à accompagner leurs patients dans le changement de comportement.

En effet ce changement de comportement (Théorie de la motivation de Prochaska), avec ou sans aide, s'effectue suivant une progression à travers cinq stades. La connaissance de ces stades peut aider le conseiller à adapter son intervention et son discours de soutien au patient. Il doit être en mesure

« D'accepter » les rechutes du patient et l'encourager en reflétant les expériences positives accomplies.

La figure 2 qui suit montre les différentes étapes du changement de comportement.

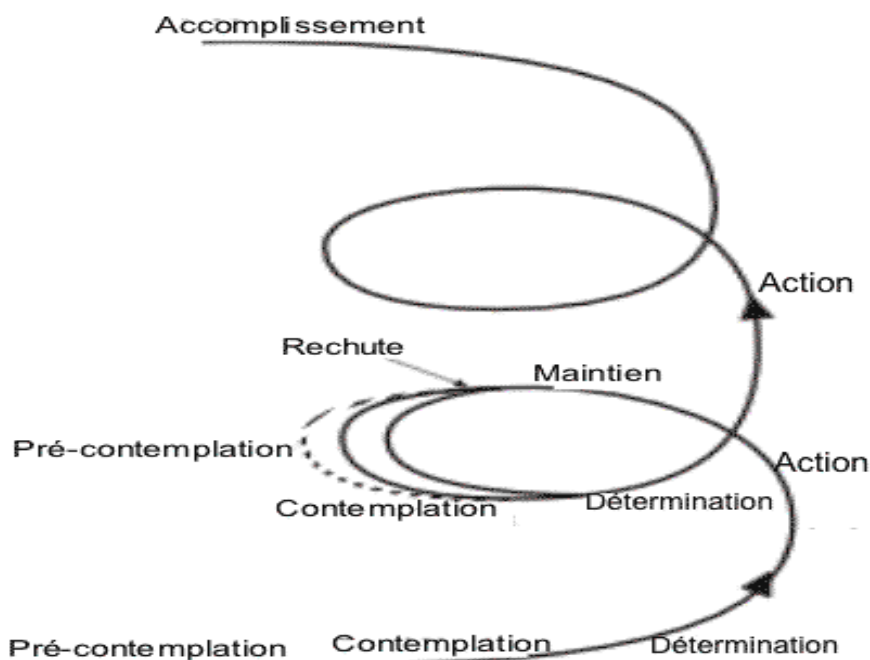


Figure 2 : Modèle en spirale des différentes étapes de changement de comportement au cours d'une dépendance<sup>2</sup>

Très peu d'interventions ont été basées sur l'entretien motivationnel qui peut être pourtant très bénéfique, aidant à motiver les personnes vivant avec le VIH à adhérer à leur traitement en phase d'initiation ou en phase d'échec thérapeutique (Cooperman et al., 2005 ; Godin et al., 2005 ; Golin et al., 2006).

### **Education par les pairs et VIH/Sida:**

Selon le rapport ONUSIDA 2000, « *L'éducation par les pairs* » sert à susciter un changement au niveau de l'individu en tentant de modifier ses connaissances, ses attitudes, ses croyances ou ses comportements. Toutefois, elle peut également générer un changement au niveau d'un groupe ou d'une communauté, en modifiant les normes et en suscitant une action collective aboutissant à des changements de programme et de politiques.

Le pair éducateur est une personne crédible, qui connaît le public cible, qui est acceptée de la communauté, qui sait lire et écrire, qui possède de bonnes aptitudes, qui est un modèle au sein de sa communauté, qui sait utiliser un langage et une terminologie adaptée. Il suscite la discussion de groupe, apprend à mener le groupe à ses propres conclusions et décisions.

<sup>2</sup> D'après Prochaska J.O. et al, Am. Psychol. 1992, 47 :1102-1114

## 3.2 Synthèse critique

### **Déterminants de l'observance thérapeutique**

Les déterminants de l'observance à un traitement sont multiples et variables selon les personnes, les contextes et les situations. D'un autre point de vue, ces déterminants de l'observance thérapeutique sont liés au niveau d'éducation, aux différences culturelles et religieuses et aux représentations de la maladie et du traitement.

Le pourcentage d'observance des prescriptions pour toute maladie chronique est en moyenne de 60 à 70% (Palazzolo, 2004). Les facteurs influençant positivement ou négativement l'observance thérapeutique sont globalement regroupés en trois catégories selon qu'ils soient liés au traitement lui-même, au malade ou au système de soins.

Parmi les facteurs liés au traitement ARV, on peut citer la complexité des traitements et les effets secondaires des médicaments. La relation entre la compréhension du régime thérapeutique par les patients et leur adhésion au traitement a été établie par plusieurs études (Stone et al., 2001 ; Ollivier et al., 2005).

L'étude de Stone et al. (2001) réalisée aux Etats-Unis sur une cohorte de femmes VIH a montré que 75% des patientes comprenaient correctement la fréquence des prises des ARV, 80% comprenaient les restrictions alimentaires liées au traitement et 63% les deux. La compréhension des modalités du régime thérapeutique par les patients décroît quand la complexité de ce régime augmente.

Les facteurs liés au malade sont multiples et variés: ses attitudes face au traitement et à l'infection par le VIH (sa croyance en l'efficacité du traitement, son pessimisme face à l'infection par le VIH), son niveau d'information et sa compréhension du mécanisme physiologique de la maladie, son niveau d'éducation et les facteurs socio-économiques (la vulnérabilité économique, le soutien de la famille et de l'entourage, la stigmatisation).

Selon des études faites sur l'Initiative Sénégalaise d'accès aux ARV, le niveau d'observance élevé ne s'expliquait pas par les simples mesures d'appui mises en place à Dakar, mais par le niveau de perception extrêmement positif des traitements par les malades (ANRS<sup>3</sup>, 2002).

Le statut clinique du patient (la présence d'une douleur physique, de symptômes invalidants ou d'une co-infection) et la santé mentale du malade (la dépression, l'anxiété et l'usage d'alcool ou de drogue) sont aussi des facteurs liés au malade. D'Alessandro et al. (2007) a montré que le traitement de la dépression chez les patients infectés par le VIH pouvait améliorer l'observance aux ARV.

Parmi les facteurs liés au système de soins, on peut citer la qualité de la prise en charge globale, la qualité de la relation médecin-malade, les modalités d'accès aux soins (l'accessibilité géographique et

---

<sup>3</sup> Agence Nationale de la Recherche sur le Sida

la restriction des horaires de consultation), la compréhension et l'intégration de l'information donnée par le médecin lors des consultations et les contraintes diététiques liées au traitement.

*En Côte d'Ivoire*, selon (Tanon et al., 2006), les principales causes de la mauvaise observance sont la rupture de stock (21%), la survenue d'effets indésirables (19%), l'insuffisance de moyens financiers (15%), le manque de confidentialité (5,4%), l'oubli, la complexité du régime thérapeutique et l'orientation vers les thérapies traditionnelles. Tandis que les facteurs renforçant l'observance étaient l'adhésion du patient au traitement (42,2%), la sensation d'une amélioration de l'état clinique (52%).

### **Caractère dynamique de l'observance thérapeutique**

L'observance est un perpétuel compromis entre le malade, son traitement et l'équipe soignante. Le malade et l'équipe soignante sont partenaires de l'alliance thérapeutique qui doit aboutir à une bonne observance et au succès thérapeutique. Selon Goicoechea et al., (2006), tous les malades ne sont pas capables d'atteindre et de maintenir une adhérence à un traitement au long cours et doivent bénéficier d'une aide à l'observance.

Il n'y a pas de bons ou de mauvais malades. On ne s'installe pas de manière définitive dans l'observance ou la non-observance au cours d'un traitement. Une personne peut à la fois être observante de façon globale et un événement, une émotion, une difficulté transitoire peut entraîner une non-observance épisodique, voire séquentielle (Tourette-Turgis, 2007).

Les résultats d'une étude (Nilsson et al., 2006) illustrent clairement les difficultés pour maintenir un comportement de bonne observance thérapeutique. Il s'agit particulièrement des restrictions horaires et alimentaires, d'où la nécessité d'insister sur la mise en place d'évaluations multiples périodiques sur les trois dimensions d'observance (dose, horaire, mesures hygiéno-diététiques).

Les soignants doivent être avertis des défis et des obstacles que connaissent leurs malades. Les efforts pour maximiser l'observance thérapeutique doivent commencer avant l'initiation du premier traitement antirétroviral (Daar et Cohen, 2003). Ces efforts doivent être prolongés au moins 24 mois pour le traitement de première ligne (Parruti et al., 2006).

### **Les méthodes de mesure de l'observance et leurs difficultés**

Les différentes méthodes peuvent être regroupées en trois groupes principaux :

- les méthodes subjectives
- les méthodes objectives
- les indicateurs biologiques (dosages sanguins et urinaires).

Plusieurs méthodes existent pour mesurer l'observance thérapeutique. Parmi elles, les méthodes subjectives et l'auto questionnaire patient sont plutôt indiqués dans le contexte des pays à ressources limitées. Le tableau II suivant donne un résumé de ces différentes méthodes.

Tableau II : Méthodes de mesure de l'observance thérapeutique (Costagliola et Barberousse, 2001).

<b>Méthodes</b>	<b>Avantages</b>	<b>Inconvénients</b>
<b>Dosage des médicaments et des marqueurs biologiques.</b>	Vérification de l'utilisation récente.	Limité à l'utilisation récente. Variation de la cinétique entre patients et dans le temps pour chaque patient.
<b>Observation directe du patient</b>	Vérification de l'utilisation.	Impraticable au quotidien.
<b>Entretien</b>	Facile à utiliser, peu coûteux.	Influencé par la façon de poser les questions et l'habileté de l'intervieweur
<b>Carnet</b>	Seules données apportant des informations sur le rythme des prises et dont la source est le patient.	Le patient doit penser à remplir et ramener son carnet.
<b>Auto-questionnaire</b>	Facile à utiliser, peu coûteux.	La précision des données quantitatives dépend de l'outil.
<b>Dénombrement des médicaments restants</b>	Facile à utiliser, peu coûteux.	Pas de données sur le rythme des prises et les modalités.
<b>Registre de délivrance manuel</b>	Non invasif.	Limité par les possibilités locales.
<b>Registre de délivrance électronique</b>	Non invasif, données à long terme, échantillon de grande taille.	Connaissance de la base de données indispensable, pertinence des variables enregistrées.
<b>Pilulier électronique</b>	Données précises sur le rythme des prises.	Coûteux, abondance de données, intrusif.

Mais la mesure de l'observance thérapeutique demeure un problème pour les professionnels de la prise en charge car aucune de ces méthodes n'est totalement idéale et fiable. Elles présentent toutes des avantages et des inconvénients. Les méthodes d'évaluation de l'observance qui s'appuient sur les déclarations du patient sont plutôt soumises à sa volonté.



Les techniques directes de dosage, coûteuses et invasives, peuvent mesurer la molécule active mais ne détectent pas les modalités et les fluctuations de prise. Elles ne concernent souvent que la période la plus récente, le patient pouvant prendre son traitement uniquement à l'approche de la consultation. De plus, certains patients peuvent avoir des taux plasmatiques normaux et prendre différemment leur traitement.

Les variations de métabolisme individuel affectent également le niveau de concentration du médicament indépendamment de l'observance du patient. La présence du médicament et sa concentration optimale ne signifient donc pas forcément une bonne observance et inversement. Il est donc conseillé d'utiliser au moins deux méthodes différentes simultanément si c'est possible (Aubin, 2007).

Finalement, en Côte d'Ivoire, l'auto questionnaire serait une bonne méthode de mesure de l'observance thérapeutique parce qu'elle a une bonne sensibilité et une bonne spécificité. Deschamps et al. (2008) ont souligné ces qualités de l'auto questionnaire.

### ***Solutions proposées au problème d'observance et compétences requises pour l'éducation***

Dans une perspective d'optimisation des stratégies thérapeutiques et de lutte contre l'échec thérapeutique, les actions et les interventions qui visent à améliorer l'observance des traitements de l'infection par le VIH ont connu un développement important depuis l'émergence des multithérapies.

Le rapport Delfraissy (2002) en France recommandait aux équipes médicales de mettre en place au sein du service hospitalier des programmes spécifiques d'écoute et d'aide aux patients assurés par du personnel spécialement formé à cet effet. Les consultations d'observance paraissent particulièrement indiquées lors des premiers mois suivant l'initiation d'un traitement.

De nombreux programmes de prise en charge des PVVIH ont mis en évidence l'importance de motiver les malades dans la gestion de leur maladie sous la forme de counseling motivationnel, de groupe de parole, de consultation d'observance. L'éducation thérapeutique est complémentaire de ces approches.

Mais la conception et la mise en place de programmes d'aide à l'observance et d'accompagnement nécessitent souvent la combinaison de plusieurs stratégies qui se complètent les unes aux autres. Selon Nilsson et al. (2006), les interventions visant l'amélioration de l'observance horaire doivent particulièrement se baser sur les facteurs psychologiques et cognitifs du malade.

Quelque soit la stratégie utilisée, ces programmes d'intervention, qu'ils soient multidisciplinaires ou non, visent à améliorer l'observance au traitement ARV chez les malades en vue d'obtenir un meilleur état clinique, et une augmentation du taux de CD4 et l'effondrement de la charge virale (Levy, 2003; Haddad et al., 2006 ; Marazzi et al., 2006).

L'observance représente un aspect crucial dans la réussite du traitement ARV dans la lutte contre le VIH. Mais une insistance directe sur l'observance thérapeutique par des professionnels non formés aux

techniques de l'entretien motivationnel peut s'avérer négative par un phénomène de « Renforcement négatif ».

En effet une étude menée aux Etats-Unis par Tugenberg et *al.* (2006) a montré que le fait d'insister excessivement sur une stricte observance thérapeutique dans le contexte de la multithérapie pouvait s'avérer contreproductif, parce que cela peut empêcher l'atteinte d'un taux d'observance élevé et nuire à la relation médecin-patient.

De ce fait, la Haute Autorité de la Santé en France (HAS) propose une liste non exhaustive de compétences nécessaires aux professionnels de santé pour mettre en oeuvre l'éducation thérapeutique du patient de manière multidisciplinaire : compétences relationnelles, pédagogiques et d'animation, méthodologiques et organisationnelles, biomédicales et de soins (HAS, 2008).

Machtinger et *al.* (2007) soulignent aussi l'importance de ces compétences quand ils disent ceci :

« Bien que l'observance au traitement ARV soit le déterminant le plus important du succès thérapeutique chez les PVVIH, beaucoup de médecins ont peu de connaissances sur les étapes pratiques pour maintenir et améliorer l'observance aux antirétroviraux ».

## 4 Méthodes

Notre étude a été réalisée dans le cadre du stage de mise en situation professionnelle. C'est une analyse comparative de trois modèles de prise en charge des PVVIH fonctionnant sur des modes différents:

- Un modèle subventionné fonctionnant selon les mécanismes de solidarité internationale: Association Ruban Rouge basé en Côte d'Ivoire
- Un modèle étatique fonctionnant sur les budgets nationaux de santé: CHU de Nice, Hôpital de l'Archet 1, en France
- Un modèle à fonctionnement mixte (état et système de solidarité internationale): Association Sida Info Service de Nice en France

### 4.1 Collecte des données

Trois méthodes ont été utilisées pour la collecte des données.

#### 4.1.1 *Revue de la littérature*

Elle a été faite en consultant :

- des ouvrages spécialisés sur la consultation d'aide à l'observance, l'éducation thérapeutique, la relation médecin-malade. A cet effet, nous avons fréquenté les centres de documentation tels que le Centre de Recherche, d'Information et de Prévention sur le Sida (CRIPS) de Nice, le Comité Départemental d'Education pour la Santé (CODES-06) de Nice
- des bases de données en ligne (Pubmed, Cairn)
- des pages web de Sida Info Service, de Ruban Rouge et du CHU de Nice, Hôpital de l'Archet 1

#### 4.1.2 *Entretiens*

Ils ont été faits avec des personnes ressources des trois modèles de prise en charge pour s'imprégner de leurs expériences et avec des personnes ressources du site d'intervention pour s'enquérir de leurs attentes. Il s'agit notamment :

- Au niveau de l'association Ruban Rouge : de la directrice et du coordonnateur de la ligne d'écoute
- Au CHU de Nice, hôpital de l'Archet 1 : du chef de service du service de maladies infectieuses et tropicales, du chef de service du département de santé publique et d'un praticien hospitalier de ce département

- Au niveau de l'association Sida Info Service : du délégué départemental de Nice, du coordonnateur médical, des responsables des actions internationales, du responsable de la formation et du responsable des dispositifs d'écoute
- Au CHU de Cocody : du chef du service de Pneumophtisiologie, du médecin référant de l'unité de PVVIH et d'autres acteurs de la prise en charge

#### 4.1.3 *Observation des acteurs en activité*

Cette observation a consisté à voir l'exécution des différentes activités de la prise en charge au sein des trois modèles et du site d'intervention :

- Ecoute téléphonique et actions de terrain à Sida Info Service
- Activités de prise en charge communautaire à Ruban Rouge
- Consultation d'aide à l'observance au CHU de Nice
- Prise en charge dans l'unité de PVVIH du CHU de Cocody

#### 4.2 Analyse des données

L'analyse a consisté en une mise en parallèle des trois modèles à l'aide d'un cadre (Annexe 4). Ce cadre fait ressortir les différentes composantes des activités de prise en charge globale, le profil des acteurs qui y interviennent et les outils utilisés. Cette analyse a permis de mettre en exergue les avantages comparatifs de chaque modèle par rapport aux autres au regard des composantes d'activité et des profils des acteurs.

## 5 Résultats

### 5.1 Description des différents modèles de prise en charge des PVVIH

Les activités de prise en charge des personnes vivant avec le VIH/Sida réalisées dans les différents modèles sont globalement au nombre de quatre :

- la prise en charge médicale (Initialisation et suivi du traitement antirétroviral)
- l'éducation thérapeutique (Education à la maladie, Education au traitement, avec intégration de soutien psycho-social)
- la prise en charge psychosociale (Ecoute téléphonique, Groupes de parole)
- la prise en charge communautaire (Aide nutritionnelle, économique, sociale, juridique, activités récréatives).

Dans chacun de ces modèles, on retrouve une ou plusieurs de ces composantes, mais avec parfois la prédominance d'une composante spécifique. Le tableau III suivant donne un résumé de ces différentes activités selon les modèles de prise en charge.

Tableau III: Répartition des différentes activités réalisées dans les différents modèles de prise en charge des PVVIH

	<i>Ruban Rouge</i>	<i>Sida Info Service</i>	<i>CHU de Nice</i>
<b>Domaine spécifique de prise en charge</b>	Prise en charge communautaire	Prise en charge psycho-sociale	Education thérapeutique
<b>Activités réalisées</b>			
Initialisation et suivi du traitement	++	0	++
Education thérapeutique	+/-	0	+++
Accompagnement psychosocial	++	+++	+++
Ecoute téléphonique	++	+++	0
Action de prévention sur le terrain	++	++	0
Assistance nutritionnelle	+++	0	0
Assistance financière	+++	0	0
Activités récréatives	+++	0	0
Assistance juridique	+/-	+/-	0
Travail en réseau	++	+++	+++
Conseil Dépistage Volontaire	++	0	+/-

### 5.1.1 *Modèle de prise en charge communautaire des PVVIH à l'association Ruban Rouge*

L'association Ruban Rouge Côte d'Ivoire créée en 1994, est membre de la plate-forme « Ensemble Luttons contre le Sida en Afrique » créée à l'initiative de cinq associations Françaises de lutte contre le Sida (Sida Info Service, AIDES, Sidaction, CRIPS et solidarité Sida). Elle travaille en partenariat avec l'association Sida Info Service.

Cette association est constituée de cinq structures essentielles:

- une ligne d'écoute téléphonique (ligne verte info sida)
- un Centre d'Information et de Documentation sur le Sida (CEDIS)
- un hôpital de jour (Le Centre plus) pour la prise en charge médico-psycho-sociale des PVVIH
- un restaurant.

Elle offre différents services aux PVVIH :

- la prise en charge médicale gratuite (traitement antirétroviral et infections opportunistes)
- la prise en charge psychosociale
- l'encadrement et le soutien à l'autonomisation économique par la mise en place d'activités génératrices de revenus
- l'aide nutritionnelle à travers l'offre de repas aux PVVIH et des activités récréatives
- l'aide juridique et la formation de pairs éducateurs.

Un comité de décision (Médecin, Conseiller en counseling, Directrice et Trésorier) se réunit régulièrement pour recruter les malades qui ont besoin d'une assistance sociale et économique particulière. Des binômes (Conseiller en counseling et Infirmier) rendent des visites à ces malades à domicile. Secondairement ces malades en difficultés économiques sont aidés pour la mise en place d'activités génératrices de revenus.

Face aux difficultés nutritionnelles quantitatives (insuffisance des rations alimentaires quotidiennes) ou qualitatives (alimentation non diversifiée) que connaissent les PVVIH, le restaurant de l'association offre un petit déjeuner, tous les matins, aux malades présents au sein de l'association. La cuisinière du restaurant réalise aussi des séances culinaires pour apprendre aux malades à faire des mets variés et équilibrés.

Des groupes de parole, animés par des pairs éducateurs sont organisés deux fois par mois pour les adultes et pour les enfants. Différents thèmes évoqués parfois par les PVVIH sont abordés au cours de ces rencontres. Après ces rencontres, un repas convivial est partagé et le transport des participants est payé pour les encourager à venir aux prochaines réunions.

Les week-ends thérapeutiques sont aussi organisés deux fois par mois. Il s'agit de conférences animées soit par un médecin du centre, soit par une personne externe, experte dans le domaine du VIH/Sida (Nutritionniste, psychologue, sociologue). Plusieurs thèmes sont abordés au cours de ces rencontres : traitement ARV, résistances, effets secondaires, stigmatisation, soutien familial etc...

Des activités de relaxation et de réadaptation sont organisées dans les locaux de l'association pour les PVVIH. Des sorties détente sont aussi organisées de façon ponctuelle pour récréer les PVVIH. Les PVVIH bénéficient aussi d'une assistance pour leurs problèmes juridiques (conflit avec l'employeur, exclusion sociale etc...). Un projet de prise en charge des enfants est en cours de réalisation.

Le conseil dépistage volontaire (CDV) fait par un personnel formé au counseling est offert à toute la population. La ligne d'écoute info sida de l'association est à la disposition de la population générale et des PVVIH pour des informations ou un soutien psychosocial. L'association mène par ailleurs des campagnes de sensibilisation de masse en milieu scolaire et dans les quartiers populaires.

#### *5.1.2 Modèle de prise en charge psychosociale des PVVIH à l'association Sida info service*

Sida Info Service (SIS) est une Association de loi Française de 1901 créée en 1990 qui a une mission de service public dans le domaine du VIH/Sida, des IST, de l'hépatite, de la santé sexuelle et du droit des malades. Elle utilise les services de téléphonie sociale (Sida Info Service, Hépatites Info Service, Sida Info Droit, Ligne de vie, VIH Info Soignants et Ligne d'Azur et droit des malades info) et sites Internet.

Depuis 2007, SIS développe deux types de métiers : le métier d'écouter et le métier d'animateur sur le terrain. L'association mène différentes activités :

- information du public et des appelants
- écoute téléphonique, soutien et aide à la décision
- orientation des personnes atteintes vers un intervenant sanitaire, social, juridique, ou une association
- actions de prévention sur le terrain

SIS développe également des actions de coopération internationale et de formation. Ce sont des formations spécifiques à destination des professionnels et du milieu associatif à l'écoute et à la relation d'aide. La coopération vise l'accompagnement de projets et de nouveaux dispositifs téléphoniques dans le domaine de la santé et du social d'autre part. C'est dans ce cadre que Sida Info Service travaille en partenariat avec l'association Ruban Rouge en Côte d'Ivoire.

L'association Sida info service travaille au sein de réseaux. Ce travail en réseau consiste à participer et intégrer Sida Info Service dans les réflexions et actions menées par différents comités de pilotage, collectifs départementaux et régionaux et réseaux sida (REVIHOP 06, COREVIH). Elle réalise des projets au niveau local en association avec d'autres organismes.

### 5.1.3 *Modèle de prise en charge éducative des PVVIH au CHU de Nice, Hôpital de l'Archet 1*

En France, face à l'évolution thérapeutique et à une organisation qui semblait « trop hospitalière », les Comités de Coordination de la lutte contre l'infection par le Virus de l'Immunodéficience Humaine (COREVIH) ont été mis en place le 1er juin 2006. Ils ont remplacé les Centres d'information et de soins de l'immunodéficience humaine (CISIH). Ces COREVIH favorisent les coordinations entre les professionnels de santé, les associations de malades et les associations de soutien. Donc entre la ville et l'hôpital sur un territoire donné (PACA-Est).

Par ailleurs le Réseau Ville-Hôpital VIH (REVIHOP) est un réseau de professionnels et d'associations mettant en relation le secteur libéral et le secteur hospitalier. Tous les partenaires de la lutte contre l'infection à VIH et le Sida sont concernés par ce réseau : patients et familles, professionnels de santé, travailleurs sociaux, psychologues, associations et structures administratives.

Le programme d'intervention sur l'observance thérapeutique développé au CHU de Nice en 1998 a consisté en la mise en place de consultations infirmières centrées sur l'accompagnement et le soutien des personnes en traitement. Cette consultation infirmière, se faisant à l'issue de la consultation médicale traditionnelle, comprend deux composantes essentielles :

- l'éducation thérapeutique
- l'accompagnement

Une recherche-action évaluative a objectivé les bénéfices de ce type de dispositif pour les patients tant au plan biomédical que de la satisfaction.

La mise en place de cette nouvelle pratique a été précédée de plusieurs phases, comprenant une négociation institutionnelle, une formation des équipes, une étape organisationnelle (participation et collaboration de toute l'équipe soignante, mise en place du recueil des données et des modalités de circulation de l'information entre tous les acteurs du programme, et phase de test de faisabilité).

Les entretiens ont été conduits auprès des patients grâce à des guides d'entretien modélisés à partir des facteurs prédictifs de non-observance thérapeutique, regroupés autour de quatre composantes : cognitive, comportementale, émotionnelle et sociale. Le type de counseling développé pour ce programme est centré sur le patient et présente des bénéfices pour celui-ci.

Ces guides ont été conçus comme étant des outils généralistes, c'est-à-dire utiles à la prise en compte de la santé dans son aspect à la fois médical, psychologique et social. Le protocole a prévu pour chaque patient un total de quatre entretiens sur une période de 6 mois, soit un entretien tous les 2 mois, avec un guide spécifique par entretien.

Les médecins ont bénéficié d'une formation initiale courte aux stratégies d'intervention en matière d'observance thérapeutique, étape visant à les sensibiliser et à obtenir leur adhésion au dispositif d'intervention. Les infirmières ont bénéficié d'une formation initiale en counseling, de cinq jours, centrée



sur l'apprentissage des techniques de base du counseling traitant de l'observance thérapeutique des traitements antirétroviraux.

Parallèlement, les infirmières ont pu suivre une formation théorique approfondie sur l'infection à VIH, les traitements antirétroviraux, l'accompagnement des patients dans le domaine de la sexualité et de la prévention secondaire, le suivi diététique, le travail en réseau au niveau départemental. Par la suite il y a eu une formation continue sous forme de supervisions mensuelles à partir des expériences et des problèmes soulevés par les infirmières lors des entretiens menés avec les patients et les familles.

Pour maintenir la qualité de l'intervention, un clinicien senior a effectué la révision régulière des comptes-rendus des séances de supervision lors des entretiens avec les patients (coaching) conduits par un psychologue formateur. A l'issue des séances, chaque infirmière a reçu sous forme confidentielle un compte-rendu d'observations et de suggestions visant à l'aider à optimiser ses compétences.

## 5.2 Avantages comparés des trois modèles

### 5.2.1 *Prise en charge médicale*

La prise en charge médicale est faite à l'association Ruban Rouge à travers son « Centre Plus ». Elle est entièrement gratuite pour les ARV et pour le traitement des affections opportunistes avec une subvention des partenaires au développement. Cette prise en charge médicale est aussi retrouvée au sein du CHU de Nice et elle est également gratuite à travers le système de prise en charge de la sécurité sociale (Assurance maladie).

### 5.2.2 *Prise en charge psychosociale*

La prise en charge psychosociale est retrouvée au niveau des trois modèles de prise en charge sous des formes variées. A travers l'écoute téléphonique, Sida Info Service et Ruban Rouge apportent un soutien psychosocial aux personnes vivant avec le VIH. Le CHU de Nice oriente plutôt ses PVVIH vers des associations de soutien notamment Sida Info Service après avoir détecté chez eux des problèmes psychologiques et sociaux au cours de la consultation d'aide à l'observance.

### 5.2.3 *Education thérapeutique*

L'éducation thérapeutique est plus ou moins abordée à l'association Ruban Rouge, mais pas dans les conditions optimales avec du personnel compétent spécialement formé pour cette activité. Par contre l'éducation thérapeutique est très développée au CHU de Nice. Elle est formalisée dans le circuit de prise en charge des PVVIH comme une activité à part entière dans l'organisation du système de soins de l'hôpital et avec un personnel compétent.

#### 5.2.4 *Prise en charge communautaire*

La prise en charge communautaire est retrouvée uniquement à l'association Ruban Rouge. Cette prise en charge comprend une assistance nutritionnelle, économique, sociale et des activités récréatives.

#### 5.3 Proposition de projet : « Bien vivre au quotidien avec le VIH/Sida »

Après avoir fait ressortir les avantages comparatifs de ces différents modèles de prise en charge des PVVIH dans les trois structures, nous proposons le modèle de prise en charge suivant pour les personnes vivant avec le VIH de l'unité de PVVIH du CHU de Cocody à Abidjan.

##### 5.3.1 *Identification*

« Bien vivre au quotidien avec le VIH/Sida » est un projet de prise en charge globale des personnes vivant avec le VIH/Sida au CHU de Cocody à Abidjan.

##### 5.3.2 *Planification*

###### *Objectifs*

- Assurer une prise en charge globale (médicale, éducative, psychosociale) des PVVIH
- Mettre en place un réseau d'acteurs médicaux et associatifs agissant en synergie dans la prise en charge des PVVIH

###### *Résultats attendus*

- 100% des personnels soignant de l'unité sont formés (Médecins, infirmiers et assistants sociaux)
- 100% des personnels soignants formés ont la capacité de faire de l'éducation thérapeutique et de l'accompagnement
- 90% des malades initialisant une première ligne de traitement utilisent cette nouvelle offre de soins
- Des groupes de paroles sont organisés au profit des malades et de leurs familles
- 90% des malades initiant une 1<sup>ère</sup> ligne de traitement sont satisfaits de leur qualité de vie affective, professionnelle et sociale
- Les lignes téléphoniques pour les malades et pour le personnel sont fonctionnelles
- 90% des malades du CHU sont informés de l'existence de la ligne verte info Sida de l'association Ruban Rouge

- Le dossier médical informatisé « NADIS » est utilisé par les médecins et les infirmiers
- La salle polyvalente est équipée de matériels de communication et de projection
- 90% des malades sont satisfaits de cette offre de soins

*Activités à réaliser*

- Education thérapeutique et prise en charge communautaire
  - Mettre en place des séances de consultation d'aide à l'observance et de consultations de groupes
  - Mettre en place la prise en charge communautaire des PVVIH (sociale, nutritionnelle, financière et activités récréatives)
- Formation
  - Former le personnel à l'utilisation du dossier médical informatisé et du guide d'entretien de la consultation d'aide à l'observance
- Logistique
  - Installer de la connexion Internet à haut débit
  - Mettre en place le dossier médical informatisé (Logiciel NADIS)
  - Equiper de la salle polyvalente en matériel de bureau, de projection et en outils pédagogiques de prévention et d'information
  - Produire des guides d'entretien, des affiches, des dépliants et des outils audio-visuels de prévention et d'information
  - Mettre en place des lignes d'écoute téléphonique pour les malades et pour les soignants
- Travail en réseau
  - Mettre en place un travail en réseau avec tous les acteurs de la prise en charge

5.3.3 *Description fonctionnelle*

*Circuit des malades au cours du projet*

Le circuit de prise en charge du malade au cours du projet est récapitulé dans le tableau IV qui suit.

Tableau IV: Récapitulatif de la Programmation des activités du projet

<b>Jours et fréquence de réalisation des activités</b>	
<b>Activités à réaliser</b>	
- Activité 1 : 1 <sup>ère</sup> consultation de groupe sur le <b>VIH/Sida</b>	- Tous les Lundis
- Activité 2 : 1 <sup>ère</sup> consultation médicale individuelle	- Programmée pour chaque malade
- Activité 3 : 2 <sup>ème</sup> consultation de groupe sur le <b>traitement antirétroviral</b>	- Tous les mardis
- Activité 4 : 2 <sup>ème</sup> consultation médicale individuelle	- Programmée pour chaque malade
- Activité 5 : 3 <sup>ème</sup> consultation de groupe sur les <b>effets secondaires des ARV et la prévention secondaire</b>	- Tous les mercredis
- Activité 6 : Consultation d'aide à l'observance (2 séances avant l'initialisation et 2 séances après)	- Tous les Jeudis
- Activité 7 : Groupes de parole	- Tous les vendredis en 15
- Activité 8 : Week-ends thérapeutiques	- Un samedi par mois
- Activité 9 : Consultations de suivi	- J15, J30, J90, puis tous les trois mois
- Activité 10 : Appels téléphoniques	- Tous les jours ouvrables de la semaine
- Temps 11 : Bilan de suivi	- Tous les six mois
- Activité 12 : Collations après prélèvement	- Jours de prélèvement (Mardi, Mercredi et Jeudi)
- Activité 13 : Sorties détente	- Tous les trois mois
- Activité 14 : Approvisionnement en médicaments	- Tous les mois

### *Acteurs du projet*

#### *CHU de Cocody*

Le CHU de Cocody pourra assurer les rôles suivants pour la mise en place du projet :

- Mettre à disposition des ressources humaines (médecins, infirmiers, assistants sociaux, patients volontaires, secrétaire)
- Offrir les salles nécessaires au projet (salle polyvalente, salle d'attente, salle de consultation)
- Assurer l'équipement en matériel (matériel de bureau et connexion Internet à haut débit)
- Accueillir les missions du CHU de Nice ou de SIS à Abidjan pour les formations
- Autoriser le stage de son personnel au CHU de Nice
- Offrir les services du restaurant du CHU de Cocody

- Signer une convention de partenariat avec le CHU de Nice incluant un cahier de charge
- Assurer la recherche de financement pour le projet

*Association Ruban Rouge*

La contribution de l'association Ruban Rouge au projet sera la suivante :

- Apporter son appui technique à la mise en place du volet communautaire du projet
- Former des pairs éducateurs (assistants sociaux et PVVIH volontaires de l'unité)
- Animer les séances de groupe de parole, d'éducation thérapeutique et de week-ends thérapeutiques.

*Association Sida Info Service*

L'association Sida Info Service aura pour rôle de:

- Assurer la recherche de financements pour le projet
- Organiser les missions de formation à l'écoute et à la relation d'aide à Abidjan
- Accueillir le personnel du CHU de Cocody et le personnel des associations pour des formations et des stages à Paris
- Développer la ligne Verte info Sida de l'association Ruban Rouge

*CHU de Nice, hôpital de l'Archet 1*

Le CHU de Nice pourra assurer les tâches suivantes :

- Organiser les missions de formation et d'évaluation de la consultation d'aide à l'observance à Abidjan
- Accueillir le personnel du CHU de Cocody pour des formations et des stages à Nice
- Réaliser des guides d'entretien pour la consultation d'aide à l'observance
- Installer le logiciel « NADIS » pour la gestion des dossiers médicaux des malades suivis
- Assurer la recherche de financements pour le projet dans la mesure de ses possibilités
- Signer une convention de partenariat avec le CHU de Cocody.

*Chronogramme du projet*

Le chronogramme des activités se présente comme suit au tableau V.

Tableau V: Répartition des activités selon les 12 mois de mise en place et de démarrage du projet

	12 mois de l'année 2010											
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
<b>Activités prévues</b>												
- Equipement de la salle polyvalente	X	X										
- Connexion Internet à haut débit	X	X										
- Mise en place du logiciel NADIS			X	X								
- Mise en place des lignes téléphoniques	X	X										
- Réalisation des guides d'entretien pour la consultation d'aide à l'observance	X	X										
- Acquisition et production des outils de prévention et d'information	X	X										
- Formation de médecins à l'éducation thérapeutique et à l'accompagnement	X	X										
- Mise en place des consultations d'aide à l'observance et de groupe			X	X								
- Mise en place des groupes de parole			X	X								
- Mise en place des week-ends thérapeutiques			X	X								
- Mise en place de l'assistance nutritionnelle et financière		X	X									
- Réunions du comité de suivi			X			X			X			X
- Evaluation intermédiaire						X						
- Evaluation finale												X

## 5.3.4 Ressources et budgétisation

*Ressources nécessaires au projet*

Le tableau VI présente la répartition de ces ressources.

Tableau VI: Répartition des ressources nécessaires au projet

<b>Ressources</b>	<b>Ressources humaines</b>	<b>Ressources matérielles</b>
Disponibles	- Médecins (10)	- 1 Salle polyvalente
	- Infirmiers (2)	- Matériel de projection
	- Assistants sociaux (2)	(Vidéo projecteur, Lecteur DVD-CD-VHS)
	- Formateurs du CHU de Nice (2)	- Outils de prévention et d'information (DVD, CD, VHS, cassettes audio, affiches, dépliants sur le VIH/Sida)
	- Pairs éducateurs de Ruban Rouge (2)	- 1 Ordinateur de bureau
	- Formateurs de SIS (1)	- chaises, bancs et 1 tableau
A mobiliser	- Cuisinier du CHU (1)	- Dossier médical informatisé fait par le service
		- Ligne téléphonique pour les malades
		- Salle de formation
		- 1 imprimante
	- Pairs éducateurs de l'association Ruban Rouge (2)	- Outils de prévention et d'information sur le VIH/Sida
	- Psychologue (1)	- Guides d'entretien
	- Sociologue (1)	- Ligne téléphonique pour les soignants
	- PVVIH volontaires (2)	- Matériel pour la connexion Internet à haut débit
	- Secrétaire (1)	- Fourniture de bureau
		- 2 imprimantes

*Budgétisation (A titre indicatif)*

Le tableau VII suivant présente la répartition du budget prévisionnel.

Tableau VII: Répartition du budget prévisionnel selon les charges au cours du projet

<b>Charges</b>	<b>Coût total (Euros)</b>
- Formations	7000
- Collations lors des formations	750
- Salaire de la Secrétaire	3000
- 2 imprimantes	500
- 1 Ordinateur de bureau	1000
- 1 Vidéo Projecteur	1100
- 1 Lecteurs DVD, VCD, VHS	250
- Salaire des 2 pairs éducateurs	6000
- Collations lors des week-ends thérapeutiques	1125
- Prime du Cuisinier	1800
- Collations après les prélèvements	6500
- Collations lors des groupes de parole	1350
- Sorties détente	600
- Production des guides d'entretien et des outils de prévention et d'information	1500
- Primes du personnel de l'unité	42000
- Logistique, déplacements des pairs	1000
- Fourniture de bureau	1000
- Perdiems des intervenants extérieurs	1440
<b>Total</b>	<b>78 000</b>

Total = 78 000 Euros

Imprévis (15%) = 11 700 Euros

Le budget global s'élève à **89 700 Euros**.



### 5.3.5 *Suivi et évaluation*

#### *Comité de suivi*

Un comité de suivi sera mis en place et sera constitué d'un représentant de l'administration du CHU, du chef de service de la pneumo-phtisiologie du CHU de Cocody, d'un représentant des financeurs, d'un représentant de Ruban Rouge, d'un médecin, d'un infirmier et d'un assistant social. Ce comité de suivi se réunira chaque trimestre pour apprécier la mise en place et l'exécution du projet.

Les synthèses des réunions du comité seront envoyées par courriel avec accusé de réception aux représentants des établissements partenaires. Un rapport d'activité sera fait à 6 mois et à 12 mois. Ces rapports seront mis à la disposition des différents acteurs, partenaires et promoteurs du projet.

Une évaluation des processus et une évaluation des résultats seront faites par des évaluateurs internes et externes tout au long du projet. Des rapports d'évaluation seront établis progressivement: une évaluation à mi-parcours avec enquête de satisfaction et une évaluation finale. Des indicateurs de suivi objectivement vérifiables seront établis ainsi que des outils de gestion du projet.

*Indicateurs objectivement vérifiables et outils de gestion du projet*

Les composantes, les indicateurs et les techniques d'évaluation sont récapitulés dans le tableau VIII suivant.

Tableau VIII: Protocole d'évaluation du projet

<b>Composantes</b>	<b>Indicateurs</b>	<b>Techniques</b>
Ressources	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Agent comptable</li> <li>- Nombre d'acteurs formés</li> <li>- Nombre d'heures de formation</li> <li>- Locaux et logistique</li> <li>- Nombre de réunions d'équipe de réseau</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Cahier de comptabilité</li> <li>- Analyse des données et entretiens</li> </ul>
Activités d'éducation thérapeutique et d'accompagnement	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Proportion de la file active de malades en consultation d'observance</li> <li>- Proportion de file active de malades en consultation de groupe</li> <li>- Nombre de séances de groupe de parole réalisées</li> <li>- Rythme de suivi des malades vus en consultation à celui décrit dans le projet</li> <li>- Diminution de la proportion de perdus de vue après un an</li> <li>- Diminution de la proportion d'échec thérapeutique après un an</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Analyse de données, entretien, compte rendu des réunions</li> </ul>
Circuit du patient	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Formalisation et visibilité du circuit du patient</li> <li>- Détermination des critères d'inclusion</li> <li>- Qualité du dossier éducatif</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Analyse de données et entretien, Logiciel NADIS</li> </ul>
Compétences éducatives des acteurs formés	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Qualité de séances (Structure, pédagogie)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Observation directe et analyse des documents</li> </ul>
Evaluation du malade	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Utilisation d'outils d'évaluation</li> </ul>	
Institutionnalisation de l'éducation thérapeutique	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Information des hiérarchies, des tutelles et des associatifs</li> <li>- Communications nationale et internationale</li> <li>- Inscription de l'éducation thérapeutique dans les projets de service et de santé national</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Analyse des documents</li> </ul>

## 6 Discussion

La prise en charge médicale gratuite réalisée au CHU de Nice et à l'association Ruban Rouge, mais avec des modes de fonctionnement différents. Elle est subventionnée au niveau de Ruban Rouge par les partenaires au développement alors qu'elle est assurée par l'état à travers la sécurité sociale au CHU de Nice. Ce qui pose le problème de la pérennité de cette prise en charge.

Le modèle de la prise en charge à l'association Ruban Rouge est plus ou moins global avec une prise en charge médicale, psychosociale, et communautaire et une ébauche d'éducation thérapeutique. Seulement cette éducation thérapeutique n'est pas faite par un personnel compétent requis.

Cependant ce volet éducation thérapeutique est très bien développé au CHU de Nice, hôpital de l'Archet 1. Cette éducation vise à aider le malade à réduire un certain nombre d'obstacles à la prise de son traitement. Elle présente des bénéfices qui lui permettent en retour de potentialiser ses capacités à prendre soin de lui et d'améliorer et/ou de maintenir son degré d'observance thérapeutique (Bentz L. et *al.*, 2001).

Mais cette éducation thérapeutique seule ne suffit pas pour la prise en charge globale des PVVIH. De ce fait, le CHU de Nice oriente ses PVVIH vers des associations de soutien et des services d'écoute téléphonique, notamment celle de l'association Sida Info Service. Ce qui montre l'existence d'un travail en réseau entre ces deux structures de prise en charge des PVVIH.

En effet, les statistiques de 2007 de l'association Sida Info Service montrent que l'association a traité 157 000 appels (taux moyen de sollicitations journalières = 500 appels). Cela montre l'importance des difficultés qui se posent aux personnes vivant avec le VIH et le fait que l'hôpital seul ne peut assurer la prise en charge globale des PVVIH.

Ce travail en réseau et ce partenariat entre l'hôpital et les associations est très important pour une approche globale bio-médico-psycho-sociale des personnes vivant avec le VIH en vue de leur assurer une bonne qualité de vie. Le milieu hospitalier assure les soins médicaux et les associations assurent le soutien et l'accompagnement pour la continuité des soins.

La comparaison qualitative et l'analyse critique de ces trois modèles montrent qu'aucun d'eux n'offre entièrement une approche globale bio-médico-psycho-sociale. Ils présentent tous des insuffisances et des points forts. Ce qui nous a amené à retenir les aspects positifs de ces modèles pour ressortir un modèle spécifique qui pourrait être adapté au contexte socio-culturel et économique de l'unité de prise en charge des PVVIH du CHU de Cocody.

Ce projet s'inspirant de ces trois modèles propose une prise en charge globale des PVVIH. La stratégie d'intervention du projet est basée à la fois sur le traitement, le malade et l'organisation du système de soins. Elle est pluridisciplinaire, faisant travailler en réseau sur un même site d'intervention, tous les acteurs de la prise en charge : malades, familles, soignants, associatifs, psychologues et sociologues.

L'étude de faisabilité du projet montre plutôt des atouts pour la mise en place du projet, avec l'adhésion de tous les partenaires autour du projet, l'existence de ressources humaines et matérielles et de recherche de sources de financement.

Malgré ces atouts, il ne faut pas minimiser les limites possibles du projet, notamment l'acceptation par le CHU d'une nouvelle activité dans l'organisation des soins et l'allocation de locaux, l'acceptation par les soignants d'une nouvelle organisation du travail avec des pairs éducateurs et la pérennisation du projet au sein d'une structure hospitalière.

Iguenane et al. (2007) ont souligné aussi ces limites, mais aussi les conditions d'implantation de tels programmes dans une étude qui évaluait des programmes d'éducation thérapeutique dans quatre pays à ressources limitées en Afrique subsaharienne et en Asie. Selon cette étude, l'intégration de l'éducation thérapeutique dans les structures de santé variait en fonction d'éléments liés au contexte, aux structures et aux acteurs.

La mise en place et le maintien de ce type de prestation coûte de l'argent et la sous estimation de cet aspect au démarrage d'un programme d'intervention peut pénaliser l'activité sur le long cours (Bentz et al., 2006 ; Bentz et al. 2009).

Les séances d'éducation thérapeutique au cours de notre projet sont prévues avant et à la suite de la consultation médicale traditionnelle. En ce qui concerne les critères d'inclusion des patients dans le projet, une priorité sera donnée aux patients initiant le traitement, même si d'un point de vue d'éthique et d'équité, tous les malades doivent bénéficier d'une éducation thérapeutique et d'un accompagnement.

La consultation d'aide à l'observance sera alors une solution pour parler des obstacles et des éléments facilitateurs de l'observance avec les malades. Elle permettra d'aborder les problèmes rencontrés ou susceptibles d'être rencontrés par les malades, tout en leur donnant la possibilité de pouvoir exprimer leurs doutes. Ainsi la communication soignant-soigné sera améliorée.

Car lorsque les questions relatives aux difficultés d'observance, au style de vie et au comportement de protection sexuelle sont abordées, cela peut renforcer l'adhérence aux ARV (Murri et al., 2002 ; Fehringer et al., 2006 ). Le guide d'entretien pour la consultation d'aide à l'observance sera construit en tenant compte du contexte, du niveau d'éducation des malades et des particularités socio- culturelles et économiques du pays.

Ce guide sera conçu avec la participation de tous les acteurs (malades, familles, soignants et associatifs). Tous les acteurs de la prise en charge au cours de ce projet seront formés pour que tous aient la même culture de l'éducation thérapeutique et du suivi de soins en vue d'une meilleure collaboration pour la mise en place du projet.

Au cours de ce projet, les PVVIH bénéficieront de trois séances d'éducation thérapeutique de groupe, de quatre séances de consultation d'aide à l'observance et de séances de groupe de parole et de

toutes les autres offres du projet. Ces séances seront l'objet d'une formalisation écrite avec l'ouverture d'un dossier de suivi éducatif de façon systématique.

Nous pensons que notre projet donnerait de bons résultats d'autant plus que plusieurs programmes d'intervention, basés sur l'éducation thérapeutique et le counseling, développés à travers le monde, ont montré leur efficacité pour augmenter l'observance thérapeutique aux antirétroviraux et ont pu être recommandés à d'autres centres hospitaliers confrontés aux problèmes d'observance (Pradier et *al.*, 2003; Wang et Wu, 2007 ; Herrmann et *al.* ; 2008).

Des problèmes accessoires ont été notés notamment des barrières liées à la culture médicale. Le corps médical valorise le plus souvent les soins de haute technologie au détriment d'une prestation de type relationnel. Ce qui constitue des freins relevant de la psychologie du travail et des organisations. A cela s'ajoutent une indisponibilité de locaux spécifiques pour la consultation et une surcharge de travail pour les équipes de soins.

La prise en charge communautaire mise en place par l'association Ruban Rouge, fonctionne à merveille et cette association accueille de plus en plus de malades qui y trouvent un cadre convivial avec une assistance sociale, financière, nutritionnelle et parfois juridique pour surmonter les difficultés liées à la maladie. Ce programme fonctionne avec des financements extérieurs et non sur les ressources propres de l'association, d'où le problème de sa pérennité.

Notre projet bien que souhaité par les malades et soutenu par les soignants de l'unité, aura-t-il un écho favorable dans une organisation hospitalière souvent très fermée ? Sera-t-elle pérenne ? Pour ce faire, il faudrait inscrire l'éducation thérapeutique dans les projets du service, prévoir les coûts dans le budget du CHU et institutionnaliser l'éducation thérapeutique dans la politique nationale de santé.

En effet, une plus grande ouverture de l'hôpital ivoirien serait nécessaire pour formaliser et intégrer cette nouvelle activité à part entière dans le circuit de prise en charge des PVVIH. Abondant dans le même sens, Buvé et *al.* (2003), ont réaffirmé qu'un système de santé performant était nécessaire pour une meilleure prise en charge des PVVIH et la prévention des maladies sexuellement transmissibles.

Les limites probables de cette ouverture de l'hôpital sur le terrain de la santé publique pourraient être essentiellement financières vu le contexte économique mondial et national précaire et la réduction considérable des budgets nationaux alloués à la santé. Mais il convient d'essayer car cette approche de proximité de la personne vivant avec le VIH améliorera l'observance pour le succès thérapeutique et assurera une meilleure qualité de vie aux PVVIH.

## Conclusion

Le sixième objectif du millénaire pour le développement est : « Combattre le VIH/Sida, le paludisme, la tuberculose et d'autres maladies ». Toutes les institutions internationales reconnaissent aujourd'hui qu'une riposte solide au VIH/Sida apportera des bénéfices dans le domaine de la santé et du développement bien au-delà du VIH en soi, notamment les répercussions positives sur la lutte contre la tuberculose qui est la première affection opportuniste au cours du VIH/Sida en Afrique subsaharienne.

La réalisation de ce sixième objectif du millénaire pour le développement permettra assurément la réalisation des autres objectifs. Dans les pays de l'Afrique subsaharienne durement touchés par l'épidémie du VIH, l'espérance de vie a été réduite de 20 ans, la croissance économique a été ralentie et la pauvreté des ménages s'est aggravée (ONUSIDA, 2008).

Des progrès ont été réalisés dans la lutte contre le VIH/Sida. L'approche de la prise en charge des patients infectés par le VIH doit être globale, avec un engagement synergique de tous les acteurs de la prise en charge, si l'on veut percevoir l'effet des antirétroviraux sur la qualité de vie des PVVIH.

Ainsi l'éducation thérapeutique est l'outil qui permet au malade d'accepter une maladie comme le VIH/Sida qui a une incidence humaine et socio-économique parfois dramatique. De cette acceptation de la maladie, découle l'adhésion au traitement, gage du succès thérapeutique.

Dans ce cadre, la dynamique d'approche des PVVIH doit être une approche de proximité avec une prise en charge des besoins des personnes vivant avec le VIH en un même lieu d'intervention. Par ailleurs, il convient de mettre en place un travail en réseau. Dans ce contexte, la place du malade est centrale et il doit être l'acteur principal du dispositif mis en place autour de lui. Le malade doit être orienté vers un maillon du réseau selon ses besoins avec un feed-back au médecin référent.

La conception et la mise en place de ce projet répondaient à cet impératif. Ce projet est une opportunité d'échange d'expériences, de formation, et d'expertise pour l'optimisation de la prise en charge globale des personnes vivant avec le VIH/Sida. Il vise à long terme l'amélioration de la qualité de vie des malades dans un environnement familial et social favorable.

## Références

- ANRS. L'initiative sénégalaise d'accès aux médicaments antirétroviraux : analyses économiques, sociales, comportementales et médicales, Paris : Agence Nationale de Recherche sur le Sida, 2002, 259 p.
- ANRS. L'observance aux traitements contre le VIH/Sida. Mesures, déterminants, évolution, Paris : Collection Sciences Sociales et Sida ; 2002. Editions EDK.
- Aubin P.-H., Cloutier K., Dubé F., Ferreira E., Bussièrès J.-F., Lebel D. et al. Observance du traitement antirétroviral chez des femmes enceintes atteintes du VIH avant et après un conseil thérapeutique. *Pharmactuel* 2007 ; **40**(1) :15-24.
- Bentz L., Pradier C., Tourette-Turgis C., Morin M., Rébillon M., Souville M. et al. Description et évaluation d'un programme d'intervention sur l'observance thérapeutique (Counseling) dans un centre hospitalo-universitaire. In : ANRS (Ed.), L'observance aux traitements contre le VIH/Sida : Mesures, déterminants, évolution. Paris: Collection Sciences Sociales et Sida; 2001.P. 99-112.
- Bentz L., Tourette-Turgis C., Pradier C et Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé (INPES). Le counseling motivationnel dans l'accompagnement thérapeutique des personnes infectées par le VIH : modèle, dispositif et évaluation. In : L'Education du patient dans les maladies chroniques. Ouvrage collectif à paraître en 2009.
- Bentz L., Valentini G., Borghi M., Asplanato P., Oran N., Rubolini M., Tourette-Turgis C., Rébillon M., Dellamonica P., Fuzibet J.G., Cassuto J.P., Pradier C. L'information des patients via les consultations infirmières. *Soins Cadres* 2006; 60:49-50.
- Bourdillon F., Collin J-F. (Dir.). Dix recommandations pour le développement de programmes d'éducation thérapeutique du patient en France, Société Française de Santé Publique (SFSP) 2008.
- Buvé A., Kalibala S., McIntyre J. Stronger health systems for more effective HIV/AIDS prevention and care. *Int J Health Plan Manage* 2003; 18 Suppl 1:S41-51.
- Costagliola D., Barberousse C., Comment mesurer l'observance ? in : L'observance aux traitements contre le VIH/Sida : Mesure, déterminants, évolution, Paris : ANRS, 2001, pp. 33-42.
- D'Alessandro M., Conti C.M., Gambi F., Falasca K., Doyle R., Conti P. et al. Antidepressant therapy can improve adherence to antiretroviral regimens among HIV-infected and depressed patients. *J Clin Psychopharmacol* 2007; **27**(1):58-61.
- Daar E.S., Cohen C. Improving adherence to antiretroviral therapy. *AIDS Read* 2003; **13**(2):81-2, 85-6, 88-90.

- Dadié E. A. Impact du prix de cession des ARV sur la prise en charge médicale des PVVIH au PPH du CHU de Cocody, à Abidjan: Période d'Août 2003 à Août 2005 (Côte d'Ivoire) [Mémoire de Certificat d'Etudes Spéciales en Pneumophtisiologie]. Abidjan (Côte d'Ivoire) : Université de Cocody ; 2005.
- Delfraissy J.F. (dir.). Prise en charge des personnes infectées par le VIH, rapport 2002 : recommandations du groupe d'experts, Paris : Flammarion Médecine-Sciences, 2002, 384 p.
- Deschamps A.E., De Geest S., Vandamme A.M., Bobbaers H., Peetermans W.E., Van Wijngaerden E. Diagnostic value of different adherence measures using electronic monitoring and virologic failure as reference standards. *AIDS Patient Care STDS*, 2008 **22**(9):735-43.
- Eholié S.P., N'dour C.T., Cissé M., Bissagnéné E., Girard P.M. Observance of antiretroviral treatments: African specificities. *Med. Mal. Infect.* 2006; **36**(9):443-8.
- Fehringer J., Bastos F.I., Massard E., Maia L., Pilotto J.H., Kerrigan D. Supporting adherence to highly active antiretroviral therapy and protected sex among people living with HIV/AIDS: the role of patient-provider communication in Rio de Janeiro, Brazil. *AIDS Patient Care STDS* 2006; **20**(9):637-48.
- Gnazé Z. A. Facteurs déterminants du devenir des patients infectés par le VIH sous antirétroviraux (Côte d'Ivoire) [Thèse de doctorat d'état en Médecine]. Abidjan (Côte d'Ivoire) : Université de Cocody ; 2006.
- Godin G., Côté J., Naccache H., Lambert L.D., Trottier S. Prediction of adherence to antiretroviral therapy: a one-year longitudinal study. *AIDS Care* 2005; **17**(4):493-504.
- Goicoechea M., Best B. Failure of modified directly observed therapy combined with therapeutic drug monitoring to enhance antiretroviral adherence in a patient with major depression. *AIDS Patient Care STDS* 2006; **20**(4):233-7.
- Golin C.E., Earp J., Tien H.C., Stewart P., Porter C, Howie L. A 2-arm, randomized, controlled trial of a motivational interviewing-based intervention to improve adherence to antiretroviral therapy (ART) among patients failing or initiating ART. *J Acquir Immune Defic Syndr* 2006; **42**(1):42-51.
- Haddad M., Inch C., Glazier. Patient support and education for promoting adherence to highly active antiretroviral therapy for HIV/AIDS. *Cochrane Database Syst Rev.* 2006; 3:CD001442.
- Haute Autorité de la Santé (HAS) - Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé (INPES). Structuration d'un programme d'éducation thérapeutique du patient dans le champ des maladies chroniques. Guide méthodologique. *Santé publique*. Volume 20. Hors série. Mai - Juin 2008. 92 pages.
- Herrmann S., Mckinnon E., John M., Hyland N., Martinez O.P., Cain A. et al. Evidence-based, multifactorial approach to addressing non-adherence to antiretroviral therapy and improving standards of care. *Internal Medicine Journal* 2008; 38:8-15.



- Iguenane J., Marchand C., Bodelot D., Pinosa C., Chambon J.F., Beauvais L., Gagnayre R. Implantation de programmes d'éducation thérapeutique de patients vivant avec le VIH dans quatre pays à ressources limitées. *Approche évaluative, Santé Publique* 2007/4, 19 :323-334.
- Kablan C., Obrist B., Cissé G., Wyss K., Touré I., Tanner M. VIH/SIDA, Genre et vulnérabilité : lutte contre la vulnérabilité des femmes infectées par une association de femmes vivant avec le VIH/SIDA à Abidjan (Côte d'Ivoire). *La revue électronique en sciences de l'environnement VertigO* 2006, hors série 3 :1-10.
- Lamiraud K., Moatti J-P. Economic implications of nonadherence to highly active antiretroviral treatment in HIV patients. *Expert Opin Pharmacother* 2006; 7(2):135-43.
- Lewis C. Clinical management where medicine meets management. Network solutions. *Health Serv. J* 2003; 113(5876):28-9.
- Machtinger E.L., Bangsberg D.R. Seven steps to better adherence: a practical approach to promoting adherence to antiretroviral therapy. *AIDS Read* 2007; 17(1):43-51.
- Marazzi M. C., Bartolo M., Emberti L., Gialloreti, Germano P., Guidotti G. et al. Improving adherence to highly active anti-retroviral therapy in Africa: the DREAM programme in Mozambique. *Health Education Research* 2006; 21(1):34-42.
- Miller W., Rollnick S. L'entretien motivationnel : Aider la personne à engager le changement. InterEditions, Collection Techniques de développement, 1ère édition, 242p.
- Msellati P., Vidal L., Moatti J.P. L'accès aux traitements du VIH/Sida en Côte d'Ivoire - Evaluation de l'initiative Onusida et du Ministère de la Santé publique : aspects économiques, sociaux et comportementaux, Paris : Agence Nationale de Recherche sur le Sida (ANRS), 2001, 327 p.
- Murri R., Antinori A., Ammassari A., Nappa S., Orofino G., Abrescia N. et al. Physician estimates of adherence and the patient-physician relationship as a setting to improve adherence to antiretroviral therapy. *J Acquir Immune Defic Syndr* 2002; 31 Suppl 3:S158-62.
- N'Gom A., Aka-Danguy E., Koffi N., Tchamran M., Moh K., Kouassi B. Epidémiologie de la tuberculose à Abidjan, Côte d'Ivoire évolution sous la poussée de l'infection a VIH. *Médecine tropicale* 1999; 59(2): 165-68.
- Nilsson Schönnesson. Baseline predictors of three types of antiretroviral therapy (ART) adherence: A 2-year follow-up. *AIDS Care* 2006; 18(4):407-14.
- Ollivier F., N'Kam M., Midoungue C., Rey J-L. Etude sur l'observance des traitements antirétroviraux au CHU de Yaoundé (Cameroun), *Santé publique* 2005; 4(17):559-68.
- ONUSIDA. Le point sur l'épidémie du Sida : Rapport spécial sur la prévention du VIH, décembre 2007.

Organisation mondiale de la santé (OMS), Bureau régional pour l'Europe. Education thérapeutique du patient. Programmes de formation continue pour professionnels de soins dans le domaine de la prévention des maladies chroniques. Copenhague, (1998) ,88 p.

Organisation mondiale de la santé (OMS), Genève, 2008. Maladies chroniques [site Web]. ([http://www.who.int/topics/chronic\\_disease/fr/index.html](http://www.who.int/topics/chronic_disease/fr/index.html), consulté le 21 Juillet 2008).

Palazzolo J. La Parole et l'écoute-la relation soignant-soigné face à l'épreuve du SIDA. Ellébore, Collection Champs Ouverts, Paris, 2007.

Palazzolo J. Observance médicamenteuse et psychiatrie. Elsevier, Paris, 2004.

Parruti G., Manzoli L., Toro P.M., D'Amico G., Rotolo S., Graziani V. et al. Schioppa F., Consorte A., Alterio L., Toro G.M., Boyle B.A. Long-term adherence to first-line highly active antiretroviral therapy in a hospital-based cohort: predictors and impact on virologic response and relapse. *AIDS Patient Care STDS* 2006; **20**(1):48-56.

Pradier C., Bentz L., Spire B., Tourette-Turgis C., Morin M., Souville M. et al. Efficacy of an educational and counseling intervention on adherence to highly active antiretroviral therapy: French prospective controlled study. *HIV Clin Trials* 2003; **4**(2):121-31.

Prochaska J.O. et al. Modèle en spirale des différentes étapes de changement de comportement au cours d'une dépendance. *Am.Psychol.*1992, 47 :1102-14.

Stone V.E., Hogan J.W., Schuman P., Rompalo A.M., Howard A.A., Korkontzelou C. et al. Antiretroviral regimen complexity, self-reported adherence, and HIV patients' understanding of their regimens: survey of women in the her study. *J Acquir Immune Defic Syndr.* 2001; **28**(2):124-31.

Stratégie nationale de communication pour le changement de comportement en matière de prise en charge des personnes vivant avec le VIH/Sida en Côte d'Ivoire (2006- 2010), Octobre 2006.

Tanon A., Polneau S, Aba T., Ouattara I., Kassi A., Eholié S. L'observance au traitement antirétroviral chez les patients adultes VIH positifs à Abidjan de Mars à septembre 2002. *Rev. Int. Sc. Méd.* 2006; **8**(2):53-8.

Tchiny N. K. Evaluation du counseling et de l'observance du traitement antirétroviral au centre accrédité du PPH du CHU de Cocody (Côte d'Ivoire) [Thèse de doctorat d'état en Médecine]. Abidjan (Côte d'Ivoire) : Université de Cocody ; 2006.

Toni Tugenberg, Norma C. Ware, Monique A. Wyatt. Paradoxical Effects of Clinician Emphasis on Adherence to Combination Antiretroviral Therapy for HIV/AIDS. *AIDS Patient Care and STDs* 2006; **20**(4): 269-74.

Tourette-Turgis C. La consultation d'aide à l'observance des traitements de l'infection à VIH. L'approche MOTHIV : Accompagnement et éducation thérapeutique. Paris, Edition Comment Dire 2007.

Tourette-Turgis C., Rébillon M. Infection à VIH. Accompagnement et suivi des personnes sous traitement antirétroviral. Edition Comment Dire 2001.

Tourette-Turgis C., Rébillon M. Mettre en place une consultation d'aide à l'observance- De la théorie à la pratique. Edition Comment Dire, 2002.

Tourette-Turgis C., Rébillon M., Bentz L., Pradier C., Asplanato P., Borghi M. et al. Le counseling VIH dans l'observance thérapeutique, FNLCs Nantes, Comment dire, 19 octobre 2000.

Wang X., Wu Z. Factors associated with adherence to antiretroviral therapy among HIV/AIDS patients in rural China. *AIDS* 2007; **21**(8):149-55.

Yéni P. Prise en charge médicale des personnes infectées par le VIH, Rapport 2006, Recommandations du groupe d'experts, Ed. Flammarion, Coll. Médecine-Sciences (p185).

## Annexes

**Annexe 1** : Evolution de la prise en charge des PVVIH en Côte d'Ivoire de 2002 à 2005 (Stratégie nationale, 2006).

<i>Indicateurs</i>	<i>Niveau de réalisation</i>	
	<b>2002</b>	<b>2005</b>
Nombre de régions couvertes	2 (10,52%)	19(100%)
Nombre de districts sanitaires couverts	5 (12,19%)	41(100%)
Sites opérationnels	7(8,43%)	83 (100%)
Nombre de PVVIH sous ARV	2105	<b>17404</b>
Nombre d'agents de santé formés	30	<b>300</b>
Guides + Stratégies	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Stratégies nationales de diagnostic des séroconversions au VIH</li> <li>- Guides des soins infirmiers pour la PEC psychosociale de l'infection au VIH</li> <li>- Guide pour la PEC clinique de l'infection au VIH chez l'adulte</li> <li>- Guide pour la PEC clinique de l'infection au VIH chez la mère et l'enfant</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Document de politiques de prise en charge</li> <li>- Algorithme de PEC révisé</li> <li>- Manuel de référence de la formation à la prise en charge</li> </ul>

## Annexe 2 : Protocoles thérapeutiques recommandés en Côte d'Ivoire

- Schéma 1<sup>ère</sup> ligne

- Infection à VIH 1

- 2 INRT + 1 INNRT

(Stavudine ou Zidovudine)+ Lamivudine+ (Névirapine ou Efavirenz)

- 3 INRT

(Stavudine ou Zidovudine)+ Lamivudine+ (Abacavir ou Ténéfovir)

- Infection à VIH 2

- 3 INRT

(Stavudine ou Zidovudine)+ Lamivudine+ (Abacavir ou Ténéfovir)

- 2INRT+ IP/Ritonavir

(Zidovudine ou Stavudine )+ Lamivudine+ 1 IP\*/Ritonavir

(\*IP= Lopinavir ou Indinavir ou Saquinavir)

- Schéma 2<sup>ème</sup> ligne

- Infection à VIH 1

- 2 INRT+INNRT:

(Abacavir ou Ténéfovir)+Didanosine+Névirapine

- 2 INRT+IP/Ritonavir:

(Abacavir ou Ténéfovir)+Didanosine+IP\*/Ritonavir

- Infection à VIH 2

- 2 INRT + IP/ Ritonavir

Abacavir+Didanosine+IP/Ritonavir (IP\*= Lopinavir ou Saquinavir)

- Schéma 3<sup>ème</sup> ligne

Il est justifié en cas d'échec du traitement de 2<sup>ème</sup> ligne. Il faut dans ce cas adresser un rapport médical complet et détaillé du patient au centre de référence national (Service de maladies infectieuses et tropicales du CHU de Treichville). Les dernières molécules antirétrovirales ne sont pas encore intégrées dans les protocoles thérapeutiques en vigueur au plan national.

**Annexe 3** : Classification CDC Atlanta 1993 pour les adultes et les adolescents de plus de 13 ans

Elle combine les signes cliniques et le taux de lymphocytes CD4 :

- Classification clinique

✓ Catégorie A

\*Asymptomatique \*Primo-infection \* Lymphadénopathie généralisée persistante

✓ Catégorie B

\*Candidose oro-pharyngée \*Candidose vaginale persistante, fréquente

\*Dysphagie du col \* Fièvre ou diarrhée supérieur à 1 mois

\*Leucoplasie chevelue de la langue \*Zona recurent

\*Purpura thrombocytopénique idiopathique \* Neuropathies périphériques

✓ Catégorie C

\*Candidose bronchique, trachéale ou pulmonaire \* Candidose de l'œsophage

\*Cancer invasif du col \*Cryptococcose extra pulmonaire

\* Cryptosporidiose intestinale supérieure à 1 mois \* Rétinite à Cytomégalovirus (CMV)

\* Toxoplasmose cérébrale \* Syndrome cachexique lié au VIH

\* Leucoencéphalopathie multifocale progressive \* Isosporose intestinale chronique supérieure à 1 mois

\* Sarcome de Kaposi \*Histoplasmose disséminée \* Infection à Mycobactérium tuberculosis

\* Infection à Mycobactérium avium ou kansasii \*Pneumonie à Pneumocystis carinii

\* Pneumopathie bactérienne récurrente \*Septicémie à Salmonella non typique récurrente

\* Lymphome cérébral primaire

- Classification immunologique

Nombre de CD4/mm <sup>3</sup> (%)	A	B	C
	- Asymptomatique	- Symptomatique	- Sida
	- Primo-infection	- Sans critère A ou C	
Taux >500 (>29%)	A1	B1	C1
200-499 (14-29%)	A2	B2	C2
Taux <200 (<14%)	A3	B3	B4

**Annexe 4** : Cadre d'analyse

<b>Eléments d'analyse</b>	<b>Modèle 1</b>	<b>Modèle 2</b>	<b>Modèle 3</b>
<b>Activités</b>			
<b>Composantes Médicales de la PEC</b>			
- Initialisation du traitement			
- Suivi du traitement			
<b>Composantes éducatives</b>			
- Education thérapeutique			
- Accompagnement			
<b>Composantes psychosociales</b>			
- Ecoute téléphonique			
- Groupes de parole			
<b>Composantes communautaires</b>			
- Assistance nutritionnelle			
- Assistance financière			
- Assistance sociale			
- Activités récréatives			
- Assistance juridique			
<b>Acteurs</b>			
<b>Qualifications</b>			
<b>Formations complémentaires</b>			