éDITORIAL

Observance des traitements du sida en Afrique : l'obstacle est économique

L'observance des traitements de l'infection par le HIV, qui conditionne l'efficacité des traitements tant sur le plan individuel que collectif, a souvent été considérée comme un objectif inaccessible dans les pays africains. L'évaluation des programmes d'accès aux antirétroviraux au Sénégal et en Côte d'Ivoire apporte des données sur l'observance dans le contexte de ces deux pays (1,2).

SÉNÉGAL : UNE ENQUÊTE D'OBSERVANCE DANS UN PROJET "PILOTE" RÉALISTE. La prévalence de l'infection par le HIV au Sénégal est relativement faible, estimée inférieure à 2 %, et semble stabilisée (1). Le programme d'accès aux traitements antirétroviraux a été conçu comme un programme pilote évolutif, intégré dans le système de soins existant, limité au début à la prise en charge de 50 patients dans trois structures hospitalières de Dakar (**a**) (1). Les patients y étaient recrutés par un "comité d'éligibilité" à partir de dossiers anonymes, l'un médical et l'autre social, permettant de déterminer le niveau de participation du patient au coût des médicaments (1). En avril 2002, le nombre de patients pris en charge s'élevait à 450 (1).

L'observance des traitements antirétroviraux a été étudiée durant 24 mois, de novembre 1999 à octobre 2001, par des enquêtes mensuelles, conduites par le pharmacien chargé de dispenser les médicaments (**b**). Les résultats concernent les 158 patients alors inclus dans ce programme, dont 80 participants à 2 essais thérapeutiques (1). Ils correspondent au suivi de 2 389 mois de traitement.

UN BON NIVEAU D'OBSERVANCE. L'observance moyenne mensuelle a été estimée à 91 % sur les 24 mois d'étude (**c**)(1). Les patients ont déclaré avoir pris l'intégralité des doses durant 69 % de leurs mois de suivi.

Le facteur économique est apparu comme le principal déterminant. La valeur moyenne de l'observance est passée de 83 % en 1999 à 90 % en 2000, suite à la réduction substantielle de la participation des patients au coût du traitement ; les difficultés financières, première cause d'interruption des traitements en 1999, sont passées au 5e rang en 2000. Chez les patients inclus dans un essai avec dispensation gratuite du traitement, l'observance a été plus élevée : 97 %, versus 87 % en dehors de cet essai (1).

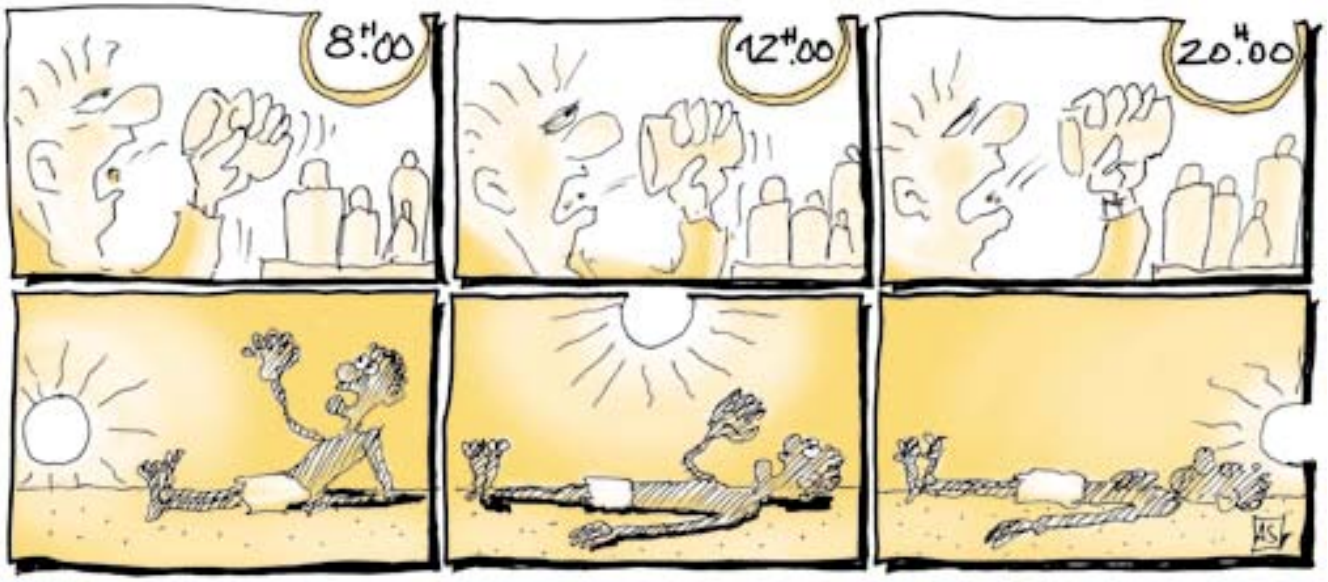
L'observance est aussi apparue liée au type de trithérapie prescrite : les trithérapies incluant un inhibiteur non nucléosidique de la transcriptase inverse ont semblé mieux suivies que celles incluant un inhibiteur de la protéase du HIV.

Parmi les motifs d'interruption de traitement déclarés au cours des 2 ans d'observation, des nécessités de déplacement ont été le plus souvent invoquées (26 % des cas) ; ainsi ▶▶

a- L'Initiative sénégalaise d'accès aux antirétroviraux, en partenariat avec diverses institutions de recherche, a fait l'objet d'une évaluation continue de 1998 à 2002 sur le plan médical, économique, comportemental et social (réf. 1).

b- L'estimation quantitative a reposé sur les réponses des patients concernant le nombre de prises manquées au cours du mois précédent et sur le décompte des comprimés retournés. Elle intègre les quantités déclarées comme prises pour chaque substance de la trithérapie (réf. 1).

c- L'observance a été estimée à partir des déclarations d'observance portant sur les 30 jours précédant chaque délivrance du traitement (réf. 1).



Téléchargé sur prescrire.org le 20/05/2013
Copyright(c)Prescrire. Usage personnel exclusivement

► que des effets indésirables ou un autre problème de santé (17 %), des difficultés financières (13 %), des oublis (13 %) (1). La difficulté d'obtenir les médicaments, suite à l'inadéquation entre l'horaire des professionnels de santé et celui du patient, a été citée dans 7 % des cas ; aucune rupture de stock d'antirétroviraux n'a été signalée (1).

Un autre volet de l'étude a montré que la charge virale était plus élevée chez les patients les moins observants, l'écart étant statistiquement significatif (1).

Les auteurs du rapport ont reconnu que le contexte expérimental de cette étude (de taille modeste), l'implication des médecins et du pharmacien, ainsi que le dispositif social d'appui ont favorisé l'observance.

CÔTE D'IVOIRE : LES ALÉAS DE L'OBSERVANCE. En Côte d'Ivoire, la prévalence de l'infection par le HIV est élevée, estimée, par extrapolation à partir d'enquêtes chez les femmes enceintes, à plus de 10 % de la population de 15 ans à 49 ans (2). La Côte d'Ivoire a été l'un des premiers pays retenus en 1997 par l'Onusida pour l'implantation de l'Initiative d'accès aux traitements antirétroviraux (d)(2). Le programme, lancé en août 1998, devait inclure 4 000 patients, bénéficiant d'un traitement subventionné, élus par un Comité consultatif et pris en charge dans le système sanitaire public par 8 centres de soins d'Abidjan, habilités à prescrire et à délivrer des antirétroviraux ; un millier de patients environ étaient pris en charge en fin 2000 (2).

Les déterminants de l'observance dans le contexte ivoirien ont été analysés à partir de l'évaluation de ce programme (2,3).

Les obstacles à l'observance les plus visibles ont été liés aux difficultés à obtenir des antirétroviraux : ruptures de stock récurrentes, liées à des difficultés de gestion, à des procédures de financement ou de trésorerie lentes et complexes ; boycott des génériques par les prescripteurs en 2000 ; etc. (2,3). Lors des ruptures de stock, les prescripteurs n'ont pas reçu de directives pour choisir entre arrêt temporaire du traitement et prise partielle de la trithérapie.

Les subventions, accordées initialement pour des bithérapies, et en priorité aux membres d'associations de personnes vivant avec le HIV, sont devenues insuffisantes lors du passage à la trithérapie en 1999, obligeant les bénéficiaires à des interruptions d'un traitement qui, bien que subventionné, n'était pas gratuit (2,3).

Selon les auteurs de l'étude, la qualité de la relation avec l'équipe soignante, nécessaire à l'information des patients et à l'observance, a pâti du manque de temps et d'une formation insuffisante des soignants ; l'aide psychosociale escomptée a été déficiente. La tendance à sélectionner des bénéficiaires de traitement antirétroviral qui soient « *susceptibles d'être observants* » a surtout orienté le dispositif ivoirien vers une sélection économique des patients (3).

Un seul élément positif au regard de l'observance a été cité par les auteurs : la volonté de suivre scrupuleusement le traitement antirétroviral a été plus manifeste chez les patients qui ont dû lutter longuement pour accéder à ce traitement (3).

LE PRINCIPAL OBSTACLE AU SUIVI DES TRAITEMENTS EST ÉCONOMIQUE. L'exemple du programme de Côte d'Ivoire montre bien la difficulté à instaurer un programme d'accès aux antirétroviraux qui remplisse les conditions de disponibilité et de soutien nécessaires à l'observance ; mais il laisse entrevoir une forte volonté de traitement chez les patients "privilégiés" qui peuvent en bénéficier (e).

Dans l'expérience sénégalaise où les médicaments étaient disponibles et à un coût supportable pour des patients pris en charge par des équipes médicosociales compétentes et motivées, le taux d'observance a été proche de celui observé dans les pays du Nord. Des taux d'observance similaires ont été constatés dans le cadre d'études menées en d'autres régions d'Afrique (4).

La prétendue incapacité des patients africains à suivre un traitement antirétroviral contraignant semble aujourd'hui bien démentie. Le principal obstacle à un élargissement de l'accès au traitement reste d'ordre économique, tout simplement. Ce constat a été établi aussi pour la tuberculose, autre maladie au traitement long et contraignant (5).

La revue Prescrire

d- L'Initiative d'accès aux traitements antirétroviraux d'Onusida, qui concernait en même temps l'Ouganda, le Vietnam et le Chili, avait élaboré un schéma général d'organisation, mais laissait à chaque pays la définition des modalités d'application. L'évaluation du programme de Côte d'Ivoire a été réalisée de 1999 à 2001 par l'Agence nationale de recherche pour le sida (ANRS), en partenariat avec le Centers for Diseases Control and Prevention (CDC) en ce qui concerne la partie clinique (réf. 2).

e- Une sélection a priori de patients prédisposés à une bonne observance en fonction de critères individuels ou sociaux apparaît illusoire ; les facteurs réellement prédictifs d'une mauvaise observance sont rares (réf. 2,6).

1- Desclaux A et coll. "L'initiative sénégalaise d'accès aux médicaments antirétroviraux" Agence nationale de recherches sur le sida, Paris 2002 : 260 pages.
2- Msellati P et coll. "L'accès aux traitements du VIH/sida en Côte d'Ivoire. Évaluation de l'Initiative Onusida/ministère de la Santé publique" Agence nationale de recherches sur le sida, Paris 2001 : 327 pages.
3- Delaunay K et Vidal L "Le sujet de l'Observance. L'expérience de l'accès aux traitements antirétroviraux de l'infection au VIH en Côte d'Ivoire" *Sciences sociales et santé* 2002 ; **20** (2) : 5-38.
4- Oransky I "African patients adhere well to anti-HIV regimens" *Lancet* 2003 ; **362** : 882.
5- Castro A et Farmer P "Violence structurelle, mondialisation et tuberculose multirésistante". In : "Cultures et médicaments" *Anthropologie et Sociétés* 2003 ; **27** (2) : 23-40.
6- "Observance". In : Delfraissy JF et coll. "Prise en charge des personnes infectées par le VIH - Rapport 2002" : 75-82.

Téléchargé sur prescrire.org le 20/05/2013
Copyright(c)Prescrire. Usage personnel exclusivement