

## Chapitre 5.2

# Les attitudes des médecins de Côte d'Ivoire face aux traitements du VIH/sida dans le contexte de l'Initiative

Marc SOUVILLE, Philippe MSELLATI, Claude MALAVAL, Goze TAPE,  
Jean-Paul MOATTI

### Introduction

Quoique moins nombreuses que celles qui ont pu être conduites dans les pays du Nord par le passé<sup>1,2</sup>, plusieurs recherches se sont efforcées d'investiguer les attitudes, représentations et pratiques des soignants africains face au VIH/sida et aux patients qui en étaient atteints<sup>3-8</sup>. Cependant, du fait de la diffusion encore très limitée des thérapeutiques antirétrovirales, à notre connaissance, aucun travail de recherche n'a été

<sup>1</sup> Horsman JM, Sheeran P. Health care workers and HIV/AIDS : a critical review of the literature. *Soc Sci Med* 1995 ; 41 : 1535-67.

<sup>2</sup> Morin M, Obadia Y, Moatti JP et le Groupe sida-MG Marseille. *La médecine générale face au sida*. Paris, Éditions Inserm, 1997, 156 p.

<sup>3</sup> Adelekan ML, Jolayemi SO, Ndom RJ, Adegboye J, Babatunde S, Tunde-Ayimode M, Yusuff O, Makanjuola AB. Caring for people with AIDS in a Nigerian teaching hospital : staff attitudes and knowledge. *AIDS Care* 1995 ; 7 (suppl 1) : S63-72.

<sup>4</sup> Fransman D, McCulloch M, Lavies D, Hussey G. Doctors' attitudes to the care of children with HIV in South Africa. *AIDS Care* 2000 ; 12 (1) : 89-96.

<sup>5</sup> Rogstad KE, Tesfalede G, Abdullah MS, Ahmed-Jushuf IH. Knowledge of HIV transmission and risk behaviour in Kenyan health care workers. *Int J STD AIDS* 1993 ; 4 (4) : 200-3.

<sup>6</sup> Gruenais ME, Vidal L. Médecins, malades et structures sanitaires. Témoignages de praticiens à Abidjan et Brazzaville. *Psychopathologie africaine* 1994 ; XXVI (2) : 247-64.

<sup>7</sup> Diarra J, Msellati P, Brissac M, Gardon J, Rey JL. Sida et personnel soignant en Côte d'Ivoire. *Med Trop* 1996 ; 56 : 529-63.

<sup>8</sup> Vidal L, Msellati P. Qu'est ce que traiter le sida en Afrique ? In : Gruenais ME, Pourtier R, eds. *La santé en Afrique, anciens et nouveaux défis*. La Documentation Française, Afrique contemporaine 2000 ; 195 : 91-104.

publié sur les modifications introduites par la diffusion de ces traitements pour les médecins d'Afrique sub-saharienne. Du fait de l'Initiative, la Côte d'Ivoire est un des premiers pays africains où un nombre non négligeable de médecins engagés dans la prise en charge de patients infectés par le VIH sont confrontés à ces traitements, dont la complexité et les incertitudes qui continuent de les caractériser, ont inmanquablement provoqué une assez grande variabilité d'attitudes parmi les cliniciens du Nord<sup>9,10</sup>.

L'enquête auprès des personnels soignants, dont la méthodologie générale a été présentée dans le chapitre 5 introductif, nous a permis dans le sous-échantillon des médecins travaillant dans des centres accrédités par l'Initiative, et donc habilités à prescrire des ARV, comme de leurs collègues travaillant dans des centres périphériques susceptibles d'orienter certains de leurs patients vers un traitement ARV, d'interroger les relations entre les connaissances et les attitudes de ces médecins d'une part, leur degré d'expérience et d'activité avec la pathologie VIH d'autre part. Surtout, l'enquête s'est déroulée de décembre 1999 à la fin du premier trimestre 2000, soit immédiatement après la décision de l'Initiative d'adopter la trithérapie comme traitement de choix des patients mis sous ARV (voir chapitre 1). Il a donc été possible de saisir, sur le vif, les opinions et les attitudes de ces médecins, parmi les plus directement concernés par l'Initiative, face aux traitements ARV en général, et à leurs conditions d'initiation en particulier.

## Résultats

---

Parmi les 150 médecins exerçant dans les douze services concernés (tableau 12), 123 ont accepté de répondre, de façon complète, au questionnaire proposé (taux de réponse : 82,0 %).

---

<sup>9</sup> Obadia Y, Souville M, Morin M, Moatti JP. French general practitioners' attitudes toward therapeutic advances in HIV care : results of a national survey. *Int J STD AIDS* 1999 ; 10 : 243-9.

<sup>10</sup> Gerbert B, Bronstone A, Clanon K, Abercrombie P, Bangsberg D. Combination antiretroviral therapy : health care providers confront emerging dilemmas. *AIDS Care* 2000 ; 12 : 409-21.

Le *tableau 12* montre que près des deux tiers des médecins interrogés (65,0 %) exercent dans un centre accrédité et peuvent donc être amenés à prescrire des ARV. Près de la moitié d'entre eux (47,2 %) appartiennent à des structures sanitaires dont une partie essentielle de l'activité est tournée vers la prise en charge de patients infectés par le VIH. Il est donc logique que près de la moitié des médecins de notre échantillon (45,5 %) aient une activité importante en matière de VIH/sida, caractérisée par le suivi régulier de plus de vingt patients infectés au cours de l'année écoulée.

Tableau 12

**Répartition des médecins enquêtés selon la structure de soins dans laquelle ils exercent** (Enquête « soignants Côte d'Ivoire », novembre 1999–février 2000, n = 123)

Services enquêtés (*)	%	Effectif des répondants (n = 123)
<b>Centres accrédités de l'Initiative</b>		
1. Service des maladies infectieuses et tropicales (MIT) (*)	23,6	29
2. Centre anti-tuberculeux d'Adjamé (CATA) (*)	8,9	11
3. Hôpital militaire d'Abobo (HMA)	4,9	6
4. Pédiatrie de l'Hôpital de Yopougon	19,5	24
5. Unité de soins ambulatoires et de conseil (USAC) (*)	3,3	4
6. Cirba (*)	4,9	6
<b>Centres non accrédités de l'Initiative</b>		
7. Hôpital de jour de Bouaké (*)	0,8	1
8. PPH de Treichville	6,5	8
9. Service de médecine générale de Bouaké	16,5	20
10. Centre anti-tuberculeux de Bouaké (CAT Bouaké)	1,6	2
11. Centre anti-tuberculeux de Treichville (CAT Treichville) (*)	5,7	7
12. PPH de Bouaké	4,1	5
<b>Total</b>	100,0	123

(\*) Services dans lesquels la proportion de patients pris en charge pour une infection à VIH diagnostiquée et connue dépasse 40 % de la file active.

**Les relations entre l'expérience de prise en charge du VIH, les connaissances et les attitudes**

Le *tableau 13* montre que les médecins ayant l'activité de prise en charge du VIH/sida la plus développée appartiennent à des services à

Tableau 13

**Caractéristiques des médecins interrogés en fonction de leur expérience dans la prise en charge de patients atteints par le VIH** (Enquête « soignants Côte d'Ivoire », novembre 1999–février 2000, n = 123)

% de médecins présentant les caractéristiques suivantes	A pris en charge plus de 20 patients VIH <sup>+</sup> au cours des 12 derniers mois			
	Total %	Oui 45,5 % (n = 56)	Non 54,5 % (n = 67)	(p) <sup>2</sup>
Âge < 40 ans	70,7 %	58,9 %	80,6 %	0,007
Sexe masculin	71,5 %	75,0 %	68,7 %	NS
Marié	56,9 %	60,7 %	53,7 %	NS
A une pratique religieuse régulière	62,6 %	58,9 %	65,7 %	NS
A un diplôme de spécialité en infectiologie ou pneumologie	20,3 %	30,4 %	11,9 %	0,037
Exerce dans un service « spécialisé » dans le VIH <sup>1</sup>	47,2 %	73,2 %	25,4 %	0,000
Exerce dans un centre accrédité de l'Initiative	65,0 %	71,4 %	59,7 %	NS
A plus d'un quart de patients VIH <sup>+</sup> dans sa clientèle	45,5 %	73,2 %	22,4 %	0,000
A déjà suivi une formation spécialisée sur le VIH/sida	56,1 %	73,2 %	41,8 %	0,000
A déjà réalisé au moins une procédure invasive sur un patient infecté par le VIH	62,6 %	80,4 %	47,8 %	0,000
Fait toujours lui-même l'annonce du diagnostic de séropositivité VIH à ces patients	44,7 %	62,5 %	29,9 %	0,000
A déjà fait une sérologie VIH pour lui-même	46,3 %	57,1 %	37,3 %	0,022
A déjà fait une sérologie hépatite B pour lui-même	33,3 %	42,9 %	25,4 %	0,032
Déclare être d'accord que « le port de gants au cours d'actes invasifs sur des patients infectés par le VIH est une protection suffisante » <sup>3</sup>	61,8 %	71,4 %	53,7 %	0,028
Déclare ne pas être d'accord qu'« un professionnel de santé qui propose le test VIH risque de faire fuir ses patients » <sup>4</sup>	57,7 %	67,9 %	49,3 %	0,029
Connait « personnellement » (en dehors de ses patients) plusieurs personnes infectées par le VIH	69,9 %	85,7 %	56,7 %	0,000

<sup>1</sup> Services avec patients connus pour être infectés par le VIH représentant plus de 40 % de la file active.

<sup>2</sup> Test du Chi-2.

<sup>3</sup> Modalités de réponse : « tout à fait » ou « plutôt » d'accord.

<sup>4</sup> Modalités de réponse : « plutôt pas » ou « pas du tout » d'accord.

forte clientèle de patients infectés par le VIH (ce qui ne recoupe pas tout à fait l'appartenance à un centre accrédité de l'Initiative) et tendent à avoir une expérience pratique plus approfondie de cette prise en charge. Ils sont aussi plus jeunes, plus nombreux à avoir acquis une spécialité d'infectiologie ou de pneumologie au cours de leurs études de médecine, et sont plus susceptibles d'avoir déjà suivi des formations spécifiquement consacrées au traitement du VIH/sida. Ils semblent personnellement plus concernés par le risque de contracter le VIH/sida, soit pour des raisons personnelles (ils sont plus nombreux à connaître des personnes infectées en dehors de leurs activités professionnelles de soignants), soit de par une plus grande conscience de leur exposition à des risques de contamination professionnelle, ce dont témoigne la proportion significativement plus importante de ceux ayant effectué des sérologies VIH et hépatite B pour eux-mêmes. Ils gardent néanmoins une attitude mesurée face au risque de contamination dans l'exercice de leur métier : ils sont plus nombreux à considérer comme suffisante la protection offerte par les gants chirurgicaux en cas d'acte invasif pratiqué sur un patient infecté par le VIH ; et ils semblent plus sereins quant aux répercussions de leur engagement dans la prévention et la prise en charge du VIH sur l'ensemble de leur clientèle (ils sont plus nombreux à ne pas être d'accord avec l'affirmation selon laquelle « un professionnel de santé qui propose le test VIH risque de faire fuir ses patients »). De même, les médecins avec la plus grande activité en matière de VIH se distinguent du reste de l'échantillon par une meilleure mise à jour de leurs connaissances et de leurs informations sur cette pathologie et ses traitements (tableau 14).

En revanche, les attitudes mesurées sur une échelle classiquement utilisée pour repérer d'éventuelles tendances au rejet et à l'intolérance à l'égard de ces patients semblent exprimer un consensus massif de l'ensemble des soignants en faveur de la compassion et de la non stigmatisation<sup>11</sup> (tableau 15). Néanmoins près de la moitié de l'échantillon insiste sur la charge économique que représentent les malades du sida (ils « coûtent cher à la société »). Une minorité, cette fois significativement plus

---

<sup>11</sup> Kelly JA, Lawrence JSS, Smith SV HH, Cook DJ. Stigmatization of AIDS patients by physicians. *Am J Publ Health* 1986 ; 77 : 789-91.

Tableau 14

**Connaissances sur les traitements du VIH/sida des médecins interrogés en fonction de leur expérience dans la prise en charge de patients atteints par le VIH**

(Enquête « soignants Côte d'Ivoire », novembre 1999–février 2000, n = 123)

% de médecins donnant la réponse « exacte » <sup>1</sup> aux questions concernant	A pris en charge plus de 20 patients VIH <sup>+</sup> au cours des 12 derniers mois			
	Total %	Oui 45,5 % (n = 56)	Non 54,5 % (n = 67)	(p) <sup>2</sup>
La mise systématique sous cotrimoxazole des patients infectés par le VIH <sup>3</sup>	54,5 %	71,4 %	40,3 %	0,000
La posologie du cotrimoxazole pour la prophylaxie des infections opportunistes chez un adulte VIH <sup>+</sup> de poids moyen <sup>4</sup>	70,7 %	87,5 %	56,7 %	0,000
Les principaux effets secondaires du cotrimoxazole <sup>5</sup>	36,6 %	48,2 %	26,9 %	0,012
La prescription systématique d'AZT en prophylaxie pour les femmes enceintes VIH <sup>+</sup>	67,5 %	78,6 %	58,2 %	0,013
Le risque de transmission du VIH par l'allaitement maternel	81,3 %	92,9 %	71,6 %	0,002
La conduite à tenir face à un patient avec 350 CD4/mm <sup>3</sup> , sous AZT-3TC depuis trois semaines et qui présente une pneumonie grave <sup>6</sup>	35,8 %	50,0 %	23,9 %	0,002
Les combinaisons d'ARV admises pour initier une bithérapie <sup>7</sup>	40,7 %	58,9 %	25,4 %	0,000
Les principaux effets secondaires de l'AZT <sup>8</sup>	57,7 %	80,4 %	38,8 %	0,000

<sup>1</sup> Au sens de conforme à l'état des connaissances scientifiques ou des recommandations cliniques en vigueur dans l'Initiative au moment de l'enquête.

<sup>2</sup> Test du Chi-2.

<sup>3</sup> Tous les patients VIH symptomatiques ou en dessous de 200 CD4/mm<sup>3</sup>.

<sup>4</sup> 800 mg/jour en une prise ou 400 mg/2 fois par jour.

<sup>5</sup> Hématologiques, dermatologiques et hépatiques.

<sup>6</sup> Pas de changement du traitement ARV et prescription d'une antibiothérapie adaptée.

<sup>7</sup> AZT-DDI ou AZT-3TC étaient les deux seules bonnes réponses dans la liste des cinq combinaisons proposées.

<sup>8</sup> Au moins trois cités parmi les cinq effets secondaires suivants : anémie, atteintes hépatiques, neuropathies périphériques, migraine, nausées et vomissements (dans une liste proposée de onze items possibles).

Tableau 15

**Attitudes des médecins interrogés face à un patient atteint du VIH/sida en fonction de leur expérience dans la prise en charge de patients atteints par le VIH**

(Enquête « soignants Côte d'Ivoire », novembre 1999–février 2000, n = 123)

% de répondants « <i>plutôt</i> » ou « <i>tout à fait</i> » d'accord avec les qualificatifs suivants pour un malade du sida	A pris en charge plus de 20 patients VIH <sup>+</sup> au cours des 12 derniers mois <sup>1</sup>			
	Total (%)	Oui (45,5 %)	Non (54,5 %)	(p) <sup>1</sup>
• Il a besoin de sympathie et de solidarité	94,3 %	92,9 %	95,5 %	NS
• Il souffre beaucoup	84,6 %	82,1 %	86,6 %	NS
• Il est responsable de ce qui lui arrive	5,7 %	5,4 %	6,0 %	NS
• Il est dangereux pour les autres	25,2 %	33,9 %	17,9 %	0,034
• Il coûte cher à la société	49,6 %	51,8 %	47,8 %	NS
• Il a droit au meilleur traitement médical possible	96,7 %	94,6 %	98,5 %	NS

<sup>1</sup> Test du Chi-2.

importante chez les médecins qui ont une plus grande expérience de prise en charge, les associent même à une notion de dangerosité pour les autres. Le degré d'investissement dans la prise en charge du VIH ne provoque pas de divergence au sein des médecins interrogés quant aux opinions concernant la diffusion des traitements ARV en Côte d'Ivoire (tableau 16). Cependant, si la nécessité d'élargir les conditions d'accès aux traitements ARV par le recours à la gratuité pour certaines catégories de patients provoque un très large consensus, la question de l'alignement des critères de mise sous traitement ARV entre la Côte d'Ivoire et le Nord n'est pas loin de diviser l'échantillon en deux camps, d'importance sensiblement équivalente.

**La variabilité des attitudes sur les conditions d'initiation d'un traitement ARV**

Deux questions spécifiques portaient d'une part sur le niveau de CD4 à partir duquel le médecin interrogé considérait comme souhaitable d'initier un traitement ARV chez des patients naïfs, d'autre part sur le type de traitement à prescrire en première intention. La combinaison des réponses à ces deux questions permet de distinguer trois groupes de

répondants, d'importance à peu près égale, se positionnant différemment face aux recommandations proposées par l'Initiative qui, rappelons le, avaient été modifiées peu de temps avant l'enquête en faveur de l'initiation d'une trithérapie à partir d'un niveau de CD4 inférieur à 500/mm<sup>3</sup>. Un premier groupe (30,9 %) apparaît totalement adhérer à cette nouvelle recommandation en préconisant la prescription d'une « trithérapie précoce » dès un niveau de CD4 compris entre 250 et 500/mm<sup>3</sup> ; un second groupe (34,1 %) apparaît plus nuancé puisqu'il n'envisage le recours à la trithérapie que plus « tardivement » (pour les patients avec des CD4 < 250/mm<sup>3</sup>) même s'il est prêt à prescrire une bithérapie pour les patients compris entre 250 et 500 CD4/mm<sup>3</sup> ; enfin, le tiers restant de l'échantillon (35,0 %) n'est pas en mesure de se prononcer clairement sur les critères d'initiation d'un traitement ARV.

Tableau 16

**Opinions des médecins interrogés sur les traitements antirétroviraux selon leur expérience dans la prise en charge de patients atteints par le VIH**

(Enquête « soignants Côte d'Ivoire », novembre 1999–février 2000, n = 123)

% de répondants « plutôt » ou « tout à fait » d'accord avec les opinions suivantes	A pris en charge plus de 20 patients VIH* au cours des 12 derniers mois <sup>1</sup>	
	Oui (45,5 %) (56)	Non (54,5 %) (67)
« Un beaucoup plus grand nombre de patients infectés par le VIH devraient bénéficier d'un traitement ARV »	96,4 %	91,0 %
« Les traitements ARV devraient être gratuits pour les patients les plus gravement malades »	69,6 %	71,6 %
« Pendant la grossesse, les femmes enceintes devraient bénéficier d'un traitement ARV gratuit »	85,7 %	88,1 %
« Grâce aux traitements ARV, les malades du sida vivent plus longtemps »	91,0 %	
« En Côte d'Ivoire, les critères de mise sous traitement ARV des patients infectés par le VIH devraient être les mêmes qu'en France »	55,4 %	53,7 %

<sup>1</sup> Aucune différence significative entre les deux groupes au sens du test de Chi-2.



Le troisième groupe, celui des médecins qui ne parviennent pas à se prononcer sur les critères d'initiation des ARV, recoupe assez largement ceux ayant une moindre activité et expérience en matière de VIH/sida (*tableau 17*). Ils se distinguent logiquement du reste de l'échantillon par un moindre niveau de connaissances et de formation à cette pathologie (*tableau 18*), ainsi qu'une moindre aisance à pratiquer le conseil et l'annonce du diagnostic de séropositivité avec ces patients (*tableau 19*). Les deux autres groupes, qui se différencient par leur attitude quant au seuil de CD4 justifiant l'initiation d'une trithérapie, ont une maîtrise identique des connaissances sur la prise en charge du VIH/sida. Leur divergence d'attitude thérapeutique semble plutôt tenir à des parcours et à des styles de pratiques professionnelles différents ainsi qu'à des caractéristiques individuelles « extra-professionnelles ».

Le premier groupe, qui est en faveur d'une trithérapie « précoce », comprend, dans une proportion significativement plus importante, des spécialistes en infectiologie et pneumologie, des médecins ayant participé à des formations sur le VIH (dont les responsables de ces deux spécialités tendent à assurer une partie essentielle), ou ayant la plus forte activité en matière de VIH (plus de 20 patients en consultation par semaine) (*tableau 17*) ; ils ont aussi une attitude de protection plus systématique face à un éventuel risque de contamination professionnelle (puisqu'ils utilisent toujours des gants, même avec des patients de sérologie inconnue).

Le deuxième groupe, à l'attitude plus nuancée à l'égard de la trithérapie, puisqu'il n'envisage de la prescrire qu'en dessous de 250 CD4/mm<sup>3</sup>, compte un plus grand nombre de femmes, de personnes mariées et qui ont une pratique religieuse régulière (catholique dans plus de 60 % des cas et musulmane dans 20 %) (*tableau 17*). Les médecins de ce groupe, se recrutent pour l'essentiel dans des centres accrédités de l'Initiative, et semblent avoir une pratique plus marquée par des approches de type soins « communautaires ». En témoigne leur plus grande propension à adresser des patients infectés par le VIH au milieu associatif (*tableau 17*), ou à pratiquer le conseil lors de la consultation d'annonce d'un diagnostic de séropositivité (*tableau 19*) ; dans leurs conseils aux patients infectés, ils sont significativement plus nombreux à recommander

Tableau 17

**Attitudes face à l'initiation d'un traitement antirétroviral et caractéristiques des médecins interrogés**

(Enquête « soignants Côte d'Ivoire », novembre 1999–février 2000, n = 123)

Caractéristiques des médecins (% dans l'échantillon total)	1	(p)	2	(p)	3	(p)
	Trithérapie « précoce » (> 250 CD4) (n = 38)	1 versus 2 (*)	Trithérapie « tardive » (≤ 250 CD4) (n = 42)	2 versus 3 (*)	Ne se prononcent pas (n = 43)	1 versus 3 (*)
Âge < 40 ans (70,7 %)	65,8 %	NS	69,0 %	NS	76,7 %	NS
Sexe masculin (71,5 %)	84,2 %	0,04	64,3 %	NS	67,4 %	0,07
Marié (56,9 %)	44,7 %	0,04	66,7 %	NS	58,1 %	NS
Pratique régulièrement une religion (60,2 %)	52,6	0,04	73,8 %	0,04	53,5 %	NS
A un diplôme de spécialité en infectiologie ou pneumologie (20,3 %)	31,6 %	0,06	14,3 %	NS	16,3 %	0,09
Exerce dans un service « spécialisé » dans le VIH (47,2 %)	47,4 %	0,10	64,3 %	0,00	30,2 %	0,09
Exerce dans un centre accrédité de l'Initiative (65,0 %)	52,6 %	0,00	88,1 %	0,00	53,5 %	NS
A déjà suivi une formation spécialisée sur le VIH (56,1 %)	73,7 %	0,06	54,8 %	NS	41,9 %	0,00
Prescrit des tests VIH <sup>+</sup> plusieurs fois par semaine (50,4 %)	65,8 %	NS	54,8 %	0,03	32,6 %	0,00
A suivi régulièrement plus de 20 patients VIH <sup>+</sup> au cours de l'année (45,5 %)	52,6 %	NS	54,8 %	0,02	30,2	0,04
A eu plus de 20 patients VIH <sup>+</sup> en consultation dans la dernière semaine (14,6 %)	26,3 %	0,09	11,9 %	NS	7,0 %	0,02
Met certains de ses patients VIH en contact avec une association de lutte contre le sida (33,3 %)	28,9 %	0,05	52,4 %	0,00	18,6 %	NS

(\*) Test du Chi-2.

Tableau 18

**Attitudes face à l'initiation d'un traitement antirétroviral et connaissances sur les traitements du VIH/sida des médecins interrogés** (Enquête « soignants Côte d'Ivoire », novembre 1999–février 2000, n = 123)

% de médecins donnant la réponse « exacte » <sup>1</sup> aux questions concernant (% dans l'échantillon total)	1 Trithérapie « précoce » (>250 CD4) (n = 38)		2 Trithérapie « tardive » (≤ 250 CD4) (n = 42)		3 Ne se prononcent pas (n = 43)	
		(p) <sup>7</sup> 1 versus 2		(p) <sup>7</sup> 2 versus 3		(p) <sup>7</sup> 1 versus 3
La mise systématique sous cotrimoxazole des patients infectés par le VIH <sup>2</sup> (62,6 %)	71,1 %	NS	69,0 %	0,05	48,8 %	0,04
La posologie du cotrimoxazole pour la prophylaxie des infections opportunistes chez un adulte VIH <sup>+</sup> de poids moyen <sup>3</sup> (70,7 %)	81,6 %	NS	78,6 %	0,01	53,5 %	0,00
La prescription systématique d'AZT en prophylaxie pour les femmes enceintes VIH <sup>+</sup> (67,5 %)	78,9 %	NS	76,2 %	0,01	48,8 %	0,01
Le risque de transmission du VIH par l'allaitement maternel (81,3 %)	81,6 %	NS	90,5 %	0,03	72,1 %	0,09
La conduite à tenir face à un patient avec 350 CD4/mm <sup>3</sup> , sous AZT-3TC depuis trois semaines et qui présente une pneumonie grave <sup>4</sup> (35,8 %)	42,1 %	NS	47,6 %	0,00	18,6 %	0,02
Les combinaisons d'ARV admises pour initier une bithérapie <sup>5</sup> (49,6 %)	57,9 %	NS	59,5 %	0,01	32,6 %	0,02
Les principaux effets secondaires de l'AZT <sup>6</sup> (57,7 %)	57,9 %	NS	69,9 %	0,05	46,5 %	NS

<sup>1</sup> Au sens de conforme à l'état des connaissances scientifiques ou des recommandations cliniques en vigueur dans l'Initiative au moment de l'enquête.

<sup>2</sup> Tous les patients VIH symptomatiques ou en dessous de 200 CD4/mm<sup>3</sup>.

<sup>3</sup> 800 mg/jour en une prise ou 400 mg/2 fois par jour.

<sup>4</sup> Pas de changement du traitement ARV et prescription d'une antibiothérapie adaptée.

<sup>5</sup> AZT-ddI ou AZT-3TC étaient les deux seules bonnes réponses dans la liste des cinq combinaisons proposées

<sup>6</sup> Au moins trois cités parmi les cinq effets secondaires suivants : anémie, atteintes hépatiques, neuropathies périphériques, migraine, nausées et vomissements (dans une liste proposée de onze items possibles).

<sup>7</sup> Test du Chi-2.

Tableau 19

**Croisement entre les attitudes face à l'initiation d'un traitement antirétroviral et les pratiques en matière de dépistage et de risque de contamination professionnelle du VIH chez les médecins interrogés** (Enquête « soignants Côte d'Ivoire », novembre 1999–février 2000, n = 123)

% de médecins déclarant les pratiques suivantes (% dans l'échantillon total)	1		2		3	
	Trithérapie « précoce » (> 250 CD4) (n = 38)	(p) 1 versus 2	Trithérapie « tardive » (≤ 250 CD4) (n = 42)	(p) 2 versus 3	Ne se prononcent pas (n = 43)	(p) 1 versus 3
Fait toujours lui-même l'annonce du diagnostic de séropositivité VIH à ces patients (79,7 %)	89,5 %	NS	90,5 %	0,01	60,5 %	0,00
Fait toujours un conseil lors de l'annonce du diagnostic de séropositivité VIH (68,3 %)	68,4 %	0,05	88,1 %	0,00	48,8 %	0,00
Conseille l'abstinence sexuelle à ses patients VIH+ (52,0 %)	42,1 %	0,04	64,3 %	NS	4,8 %	NS
Utilise toujours des gants avec des patients de statut sérologique inconnue (72,4 %)	89,5 %	0,00	61,9 %	NS	67,4 %	0,02
Prendrait immédiatement des ARV en cas de piquûre avec du matériel contaminé (30,1 %)	39,5 %	NS	35,7 %	0,04	16,3 %	0,02
A déjà fait une sérologie VIH pour lui-même (53,7 %)	47,4 %	NS	54,8 %	0,08	37,2 %	NS
Est vacciné contre l'hépatite B (54,5 %)	60,5 %	NS	61,9 %	0,05	41,9 %	0,07

l'abstinence sexuelle (*tableau 19*), dont on a vu qu'elle était effectivement répandue chez les patients non traités par ARV (voir chapitre 4.1).

Les deux groupes se différencient également par leur plus ou moins grande tendance à aligner leur pratique sur celle en vigueur chez les cliniciens du Nord : ceux qui sont favorables à la trithérapie précoce sont plus nombreux à envisager de renoncer à la prophylaxie systématique par cotrimoxazole chez des patients sous ARV du fait de l'efficacité attendue de ceux-ci pour protéger contre les infections opportunistes (43,1 % *versus* 33,8 % ;  $p = 0,07$ ). A l'inverse, la prise en compte des contraintes économiques qui pèsent sur leurs prescriptions semble plus explicite chez les médecins qui sont favorables à une trithérapie plus tardive : ils sont respectivement 61,9 % à penser qu'un malade du sida « coûte cher à la société » contre 42,1 % seulement ( $p = 0,06$ ) chez les partisans de la trithérapie précoce, et 64,3 % seulement (contre 86,8 % ;  $p = 0,02$ ) à souhaiter qu'« un beaucoup plus grand nombre de patients bénéficient d'un traitement ARV ».

## Discussion

Près des deux tiers (65 %) des médecins ayant répondu à cette enquête exercent dans des centres accrédités par l'Initiative pour prescrire des traitements antirétroviraux. Notre échantillon regroupe des soignants qui, au quotidien en Côte d'Ivoire, sont parmi ceux qui ont le plus d'expérience dans la prise en charge du VIH. On ne retrouve pas parmi ces médecins, de réticence, voire d'hostilité, à prendre en charge ces patients, comme cela a pu être observé ailleurs sur le continent africain<sup>12,13,14</sup>, et ceci en dépit d'une forte conscience du risque de contamination professionnelle parmi ces soignants (voir chapitre 5.5). Si elle n'est

<sup>12</sup> Fransman D, *et al.* *Op. cit.*, note 4.

<sup>13</sup> Laraqui Hossini CH, Tripodi D, Rahhali AE, Bichara M, Betito D, Curtes JP, Verger C. Connaissances et attitudes du personnel soignant face au sida et au risque de transmission professionnelle du VIH dans deux hôpitaux marocains. *Santé* 2000 ; 10 : 315-21.

<sup>14</sup> Connell AL. Paediatricians and paediatric registrars' attitudes towards treating HIV-infected children – an exploratory study. 13th International AIDS Conference, Durban, South Africa, 9th-14th July 2000 [Abstract#MoPeE2969].

en rien représentative du niveau général des connaissances, des attitudes et des pratiques face au VIH/sida de l'ensemble des médecins exerçant en Côte d'Ivoire (voir chapitre 6), l'enquête donne en revanche une image fidèle (attestée par un taux de réponse de plus de 80 %) d'un des premiers groupes de médecins maniant sur une échelle significative des antirétroviraux en Afrique.

La mise en place de l'Initiative d'accès aux médicaments a permis un élargissement, même s'il est encore limité, de l'accès aux thérapeutiques contre le VIH. Dans ce contexte, une mobilisation importante et croissante des professionnels de santé et plus particulièrement des médecins paraît essentielle. Comme l'atteste notre enquête en Côte d'Ivoire, les médecins prenant en charge des personnes infectées par le VIH en grand nombre sont globalement bien informés quand aux traitements ARV, à la prophylaxie des infections opportunistes et à la prévention de la transmission mère-enfant du VIH. On retrouve d'ailleurs, comme dans la quasi-totalité des études du même type menées auprès des professionnels de santé de par le monde<sup>15,16</sup>, une corrélation nette entre une plus grande expérience dans la prise en charge du VIH/sida d'une part, et une meilleure connaissance ainsi qu'un meilleur respect des recommandations de bonnes pratiques cliniques en vigueur concernant cette pathologie d'autre part. Cependant, près du tiers de l'échantillon, pourtant recruté dans les centres accrédités de l'Initiative ou dans des centres susceptibles de leur adresser des patients pour une mise sous traitement ARV, n'était pas véritablement en mesure de se prononcer sur les conditions d'initiation d'un tel traitement et présentait des lacunes non négligeables en matière de connaissances sur ces traitements. Cela semble corroborer les observations qualitatives faites par ailleurs auprès de soignants (chapitre 5.5) quant au caractère encore trop confidentiel de l'information et de la formation sur les ARV, en particulier au-delà du cercle restreint des praticiens ayant tendance à « spécialiser » leur activité dans le domaine du VIH. Il apparaît donc indispensable, comme la nécessité

<sup>15</sup> Barbour RS. The impact of working with people with HIV/AIDS : a review of the literature. *Soc Sci Med* 1994 ; 39 (2) : 221-232.

<sup>16</sup> Kitahata MM, Koepsell TD, Deyo RA, Maxwell CL, Dodge WT, Wagner EH. Physicians' experience with the acquired immunodeficiency syndrome as a factor in patient's survival. *N Engl J Med* 1996 ; 348 : 283-93.

en a déjà été maintes fois soulignée ailleurs en Afrique<sup>17</sup>, que l'information sur le VIH soit diffusée beaucoup plus largement chez les soignants massivement confrontés à des patients infectés, même en dehors d'une prise en charge spécifique du traitement ARV du VIH.

Si les attitudes ouvertement discriminatoires semblent étrangères à la grande majorité des médecins interrogés, il faut souligner le paradoxe apparent que c'est parmi les médecins ayant la plus grande expérience de patients infectés par le VIH que se recrute la minorité la plus importante qui considère les patients comme potentiellement « dangereux pour les autres ».

Ce résultat est contraire à ce qui a été observé en France et dans les autres pays du Nord<sup>18,19</sup>. Il faut sans doute rattacher cette inquiétude plus grande d'une partie des médecins ivoiriens les plus expérimentés quant aux risques de contamination avec les difficultés qu'éprouvent ces patients à partager leur diagnostic de séropositivité avec leurs proches.

L'enquête met également en lumière que peu de temps après la décision de l'Initiative (octobre 1999) de privilégier la trithérapie comme traitement de choix pour l'ensemble des patients médicalement éligibles pour les ARV (< 500 CD4/mm<sup>3</sup>, selon les recommandations en vigueur), cette attitude ne faisait pas véritablement consensus parmi les médecins les plus directement concernés par la prescription ou l'orientation vers les ARV. Certes, les divergences constatées doivent être relativisées en pratique, puisque plus des deux tiers de l'échantillon se déclaraient prêts à prescrire une trithérapie en dessous de 250 CD4/mm<sup>3</sup>, et que la majorité des patients infectés par le VIH fréquentant les structures de santé enquêtées semble de toute façon se trouver en dessous de ce niveau immunologique (voir *tableau 7* du chapitre 4.1). Il n'en reste pas moins que les conditions de démarrage d'un traitement ARV font débat parmi ces professionnels, comme d'ailleurs les conséquences de ce démarrage sur le reste de la prise en charge (notamment en matière de prophylaxie des infections opportunistes).

---

<sup>17</sup> Anonymous. Impact of HIV on delivery of health care in sub-Saharan Africa : a tale of secrecy and inertia. *Lancet* 1995 ; 345 : 1315-7.

<sup>18</sup> Kelly JA, et al. *Op. cit.*, note 11.

<sup>19</sup> Barbour RS. *Op. cit.*, note 15.

La diversité des attitudes thérapeutiques est assez générale dans les maladies graves et il n'est donc guère surprenant de retrouver une telle variabilité dans le domaine du sida où l'évolution rapide des connaissances impose leur actualisation intensive, tant au niveau des instances d'expertises qu'au plan individuel pour la formation des praticiens. Trois explications alternatives sont classiquement avancées pour rendre compte d'une variabilité des attitudes et pratiques médicales face à des situations cliniques similaires. La première repose sur l'idée que la diffusion d'une nouvelle thérapeutique en pratique clinique est un processus multi-étapes au cours duquel le prescripteur acquiert de l'information sur la nouvelle molécule, est persuadé de l'expérimenter et se décide à l'adopter pour un nombre croissant de patients ; dès lors un tel processus d'apprentissage obéit inévitablement à des rythmes différents selon les catégories de praticiens<sup>20,21</sup>. Une deuxième explication postule que les pratiques des prescripteurs évoluent en fonction d'une combinaison complexe de facteurs hétérogènes que sont leurs caractéristiques individuelles et professionnelles, les profils de leurs patients, leurs relations de proximité avec des confrères et d'autres professionnels de santé, ou les contextes organisationnels dans lesquels ils exercent<sup>22,23</sup>. Enfin, une troisième explication, dite « d'incertitude professionnelle », estime que la variabilité des attitudes et pratiques médicales est d'autant plus forte qu'il n'existe pas de véritable consensus scientifique et clinique sur les stratégies thérapeutiques optimales, ce qui tendrait à donner un poids déterminant aux traditions et aux cultures de spécialités médicales « subjectives » des différents praticiens<sup>24</sup>.

<sup>20</sup> Hillman BJ. Physician's acquisition and use of new technology in an era of economic constraints. In : Gelinjs AC, ed. *Technology and health care in an era of limits*. National Academy Press, Washington DC, 1992 : 133-49.

<sup>21</sup> Avorn JC, Hartley R. Scientific versus commercial sources of influence on the prescribing behaviour of physicians. *Am J Med* 1982 ; 73 : 4-8.

<sup>22</sup> Herzlich C, Bungener M, Paicheler G, Roussin P, Zuber MC. Cinquante ans d'exercice de la médecine libérale en France. Carrières et pratiques des médecins français 1930-1980. Paris : Éditions Inserm-Doin, 1993.

<sup>23</sup> Casparie AF. The ambiguous relationship between practice variations and appropriateness of care : an agenda for further research. *Health Policy* 1996 ; 35 : 247-65.

<sup>24</sup> Wennberg JE, Barnes B, Zubkoff M. Professional uncertainty and the problem of supplier-induced demand. *Soc Sci Med* 1982 ; 16 : 811-24.



En Côte d'Ivoire, comme d'ailleurs en France<sup>25,26</sup>, ces trois types d'explications semblent bien combiner leurs effets pour différencier les attitudes et points de vue des médecins les plus directement concernés par la prescription d'antirétroviraux pour le traitement de l'infection à VIH. Cependant, le contexte de limitation des ressources, caractéristique des systèmes de santé sur fonds publics d'un pays en développement comme la Côte d'Ivoire, tend à exacerber les dilemmes que la confrontation à ces traitements fait peser sur la pratique clinique.

Habituellement, en Côte d'Ivoire, en dehors même de l'infection par le VIH, les médecins affirment fortement une référence commune à l'éthique médicale hippocratique traditionnelle, qui les conduit à ne pas se soucier du coût des interventions médicales qui leur apparaissent nécessaires et à revendiquer le droit d'exercer une médecine « *dégagée des contingences financières* »<sup>27</sup>. Dès le début de l'épidémie de VIH/sida, celle-ci a mis à l'épreuve, et ce dans tous les pays touchés au Nord comme au Sud, les normes éthiques et déontologiques universellement reconnues dans la pratique médicale<sup>28</sup>. Dans le cadre de systèmes d'assurance maladie assurant une couverture universelle de la population, et par exemple dans le cas français de totale gratuité des soins pour les personnes infectées par le VIH, l'éthique hippocratique peut poser problème pour les politiques de maîtrise des dépenses de santé voulues par les gouvernements ; mais elle tend de fait à prendre un sens « égalitariste » de défense du droit de tous les patients « au meilleur traitement possible », indépendamment de toute considération économique de richesse et de « capacité à payer »<sup>29</sup>. Dans le contexte ivoirien de pénurie relative des moyens, la référence à cette même éthique, peut sans doute, indépendamment de la volonté des praticiens qui y sont légitimement attachés,

<sup>25</sup> Obadia Y, *et al. Op. cit.*, note 9.

<sup>26</sup> Landman R, Kertenian I, Perrin V, Huard P, Moatti JP et le groupe PAMPA. Attitudes thérapeutiques pour l'infection à VIH : incertitudes scientifiques et variabilité - Enquête nationale 1998 auprès des médecins prescripteurs d'antirétroviraux. *Presse Med* 1999 ; 28 (17) : 899-907.

<sup>27</sup> Gobatto I. *Être médecin au Burkina Faso. Dissection sociologique d'une transplantation professionnelle*. Paris, L'Harmattan, « Santé et sciences humaines », 1999 ; 303 p.

<sup>28</sup> Gruenais ME, Vidal L. *Op. cit.*, note 6.

<sup>29</sup> Moatti JP, Le Corroller AG. Réflexions économistes sur l'éthique médicale. *Journal d'Économie Médicale* 1996 ; 14 : 67-78.

favoriser une certaine impuissance face aux conséquences sur l'accès aux soins des inégalités économiques qui prévalent dans la société. Comme on l'a vu aux chapitres 1 et 2, les contraintes de moyens qui pèsent sur l'Initiative suscitent de vives tensions chez les soignants qui se retrouvent de fait en première ligne dans un processus de sélection des patients qui les confronte à la prise en compte de critères socio-économiques.

La grande majorité des médecins interrogés dans notre enquête ont indirectement exprimé leur malaise face à cette situation difficile en adhérant largement au souhait d'une extension de la gratuité des traitements ARV à des catégories plus larges de patients qu'actuellement (voir chapitre 5.5). En même temps, l'idée que les critères de jugement médical doivent être « identiques » à ceux pratiqués au Nord, en dépit de la différence de contexte, semble diviser les médecins interrogés, une faible majorité se dégageant en faveur de cette approche. Mieux, parmi les praticiens les plus expérimentés en matière de VIH/sida, ceux qui s'avèrent plus nuancés quant à des critères immunologiques « précoces » d'éligibilité « médicale » à la trithérapie sont manifestement ceux qui ont la conscience la plus aiguë des contraintes de ressources qui doivent être surmontées pour accélérer l'accès du plus grand nombre à ces progrès thérapeutiques. La recherche d'algorithmes de traitements et de suivi adaptés aux conditions des pays en développement en termes de ratios coût/efficacité, plutôt que la reproduction mécanique des « standards » de soins existant au Nord<sup>50</sup>, est sans doute une des voies possibles pour mieux concilier le souci d'efficacité médicale maximale et de réalisme dans l'utilisation des moyens disponibles.

---

<sup>50</sup> Ces standards ne sont d'ailleurs pas forcément optimaux dans les pays du Nord eux-mêmes comme en témoigne l'évolution actuelle, plus « prudente », des recommandations sur les critères d'initiation des multithérapies.