

Chapitre 5.3

Prophylaxie des infections opportunistes par le cotrimoxazole chez les patients infectés par le VIH en Côte d'Ivoire : connaissances et pratiques des médecins et des personnels soignants

Hermann BROU, Annabel DESGRÉES DU LOÛ, Marc SOUVILLE

Contexte

L'infection à VIH/sida est devenue l'une des premières causes de mortalité chez les adultes dans les villes telles qu'Abidjan où le taux de prévalence de l'infection est d'environ 14 %. Or, il est estimé que 30 à 70 % des décès chez les patients séropositifs sont dus à des complications qui font suite à l'apparition d'infections opportunistes¹. Les pratiques préventives contre ces infections peuvent donc déboucher sur une amélioration de la qualité et de l'espérance de vie des personnes séropositives². Dans les pays du Nord, il existe diverses prophylaxies pour prévenir ou traiter ces maladies opportunistes. Depuis la fin des années 1980, le cotrimoxazole (association de triméthopime + sulfaméthoxazole) est utilisé avec succès dans la prophylaxie primaire des infections opportunistes comme la pneumocystose (infection la plus fréquemment rencontrée dans les régions du Nord) et la toxoplasmose. En dépit des

¹ Kadio A, et al. *Cotrimoxazole en prophylaxie primaire des infections opportunistes chez les patients infectés par le VIH en Côte d'Ivoire*. Rapport final, 1^{re} Conférence de consensus en thérapeutique anti-infectieuse, 19 février 1999, Abidjan, Côte d'Ivoire.

² Onusida. *Maladies opportunistes liées au VIH : Actualisation*. Collection Meilleures Pratiques de l'Onusida, Genève, mars 1999.

arguments en faveur du spectre antiparasitaire et antibactérien du cotrimoxazole sur d'autres infections opportunistes, cette chimioprophylaxie n'était utilisée en Afrique, jusqu'à récemment, que chez des patients déjà très immunodéprimés et pas de façon systématique. En effet, l'efficacité du cotrimoxazole n'avait été prouvée que sur la prévention de la pneumocystose, infection opportuniste considérée comme à faible prévalence chez les patients africains infectés par le VIH, et il n'existait aucune donnée prouvant l'intérêt d'une telle prophylaxie en prévention des maladies opportunistes les plus fréquentes en Afrique comme la tuberculose, la candidose, l'isoporose, les salmonelloses, la toxoplasmose¹⁻³.

Depuis 1998, deux essais cliniques réalisés en Côte d'Ivoire^{4,5}, ont démontré l'impact positif du cotrimoxazole sur la survie des personnes infectées par le VIH. L'une⁴ de ces deux études (un essai randomisé comparant le cotrimoxazole à un placebo) a concerné une population d'adultes consultant dans les formations sanitaires urbaines à un stade précoce de l'infection à VIH-1. Parmi les 545 patients inclus dans cet essai (sujets aux stades 2 et 3 de la classification de l'OMS), l'étude a montré une réduction significative de la morbidité dans le groupe mis sous cotrimoxazole. La probabilité de ne pas faire d'événement grave (événement conduisant à l'hospitalisation et/ou au décès) à 12 mois de suivi a été de 63,7 % dans le groupe cotrimoxazole contre 45,8 % dans le groupe placebo. Des analyses complémentaires⁶ ont montré également, après 9 mois de suivi, une amélioration transitoire de l'état nutritionnel plus importante des patients sous cotrimoxazole.

³ Ledru E, *et al.* Prévention de la dénutrition et des infections opportunistes chez les patients infectés par le VIH en Afrique de l'Ouest : une démarche réaliste, nécessaire, préalable aux antirétroviraux. *Cahiers Santé d'études et de recherches francophones* vol. 9 n° 5, septembre-octobre 1999, pp. 293-300.

⁴ Anglaret X, *et al.* Early chemoprophylaxis with trimethoprim-sulphamethoxazole for HIV infected adults in Abidjan, Côte d'Ivoire : a randomised trial. *Lancet* 1999 ; 353 : 1463-8.

⁵ Wiktor SZ, *et al.* Efficacy of trimethoprim-sulphamethoxazole prophylaxis to decrease morbidity in HIV infected patients with tuberculosis in Abidjan, Côte d'Ivoire : randomised controlled trial. *Lancet* 1999 ; 353 : 1469-75.

⁶ Castetbon K, *et al.* Nutritional effect early chemoprophylaxis with cotrimoxazole in HIV-infected adults in Abidjan, Côte d'Ivoire. XIth International Conference on AIDS and STDs in Africa, 12-16 september 1999, Lusaka, Zambia [Oral presentation 15BT5-1].

En Côte d'Ivoire, les résultats de ces deux essais ont conduit, en février 1999, la Société ivoirienne de pathologie infectieuse et tropicale (SIPIT) à organiser, à Abidjan, une conférence de consensus sur l'utilisation du cotrimoxazole en prophylaxie primaire des infections opportunistes chez les personnes infectées par le VIH. Cette conférence a abouti à la mise en place d'un schéma de chimioprophylaxie (primaire) prenant en compte les réalités locales, entre autres la non disponibilité aisée de la numération des lymphocytes CD4. La réunion a permis de dégager les bénéfices de l'utilisation à large échelle d'une telle prophylaxie : réduction de la morbidité et de la mortalité, de la charge de travail pour le personnel soignant et les bénévoles engagés dans la prise en charge des personnes infectées, et diminution des dépenses hospitalières du fait du coût relativement peu élevé du cotrimoxazole (11 000 FCFA/an) et de la survenue rare d'effets secondaires.

Suite à ces premières recommandations, l'Onusida et l'OMS ont réuni, en mars 2000, à Harare des experts internationaux (cliniciens, responsables de programmes nationaux de lutte contre le sida, et autres acteurs de la lutte contre le VIH/sida en Afrique) pour émettre également un avis sur le sujet. En dépit de données encore limitées, et dans le contexte africain où l'accès aux traitements antirétroviraux demeure très peu diffusé, des recommandations ont été adoptées pour l'utilisation systématique de la prophylaxie par cotrimoxazole chez les personnes vivant avec le VIH, cette prophylaxie étant désormais considérée comme devant faire partie de la prise en charge minimale indispensable dans les pays d'Afrique. Les critères suivants ont été définis pour le protocole de prescription systématique du cotrimoxazole en prophylaxie primaire⁷ : un comprimé de cotrimoxazole forte (800/160 mg) par jour, ou deux comprimés de cotrimoxazole adulte (400/80 mg) par jour, doivent être administrés (en dehors de toute contre-indication connue) à tous les adultes séropositifs présentant une infection à VIH symptomatique (stade 2, 3, 4) ou/et présentant un taux de CD4 inférieur ou égal à 500/mm³. La prophylaxie doit être également proposée aux femmes enceintes de plus de trois mois et aux nourrissons de plus de six semaines

⁷ Onusida. *Utilisation de la prophylaxie au cotrimoxazole chez les adultes et chez les enfants vivant avec le VIH/SIDA en Afrique : Recommandations et questions opérationnelles*. Genève, 2000.

nés de mères séropositives. Elle doit être poursuivie en continu, ce qui nécessite un suivi régulier des patients. L'arrêt n'est recommandé qu'en cas de non tolérance et dans le cas des enfants, si le diagnostic d'infection à VIH est infirmé à l'âge de 15 mois. Enfin, une des recommandations de la conférence d'Harare insistait sur la nécessité de sensibilisation, en particulier la formation et l'éducation à la prescription et au suivi de cette prophylaxie, de l'ensemble des professionnels de santé.

Aujourd'hui en Côte d'Ivoire, le cotrimoxazole est disponible à des prix accessibles (environ 11 000 FCFA/an) si l'on rappelle que le salaire moyen est d'environ 40 000 FCFA/mois. Alors qu'à la différence des traitements antirétroviraux, la barrière financière pour l'achat du médicament est limitée dans le cas du cotrimoxazole, qu'en était-il, un an après le consensus d'Abidjan de février 1999, de l'application de ces recommandations sur le terrain ?

Méthodes

Nous présentons ici les résultats d'une enquête sur l'utilisation prophylactique du cotrimoxazole par le personnel soignant dans la prévention ou le traitement des infections opportunistes liées au VIH. Cette enquête a été menée dans 15 structures sanitaires réparties entre Abidjan et Bouaké : 6 centres accrédités pour l'Initiative⁸, 5 centres « périphériques »⁹ mais directement liés à l'Initiative, et 4 autres formations sanitaires périphériques de la ville d'Abidjan¹⁰. Les données sur le personnel soignant ont été recueillies par autoquestionnaire auprès des médecins et par questionnaire administré en face à face auprès du personnel paramédical (ou par autoquestionnaire en cas de non disponibilité pour l'entretien en face à face de ce personnel). L'enquête a été exhaustive auprès des médecins. Pour le personnel paramédical, l'enquête a été exhaustive dans les structures comptant un nombre réduit de ce personnel (n < 20)

⁸ SMIT, USAC, Cirba, Hôpital militaire, CAT Adjamé, Pédiatrie CHU/Yopougon.

⁹ PPH CHU/Treichville, CAT Treichville, Hôpital de jour de Bouaké, Médecine générale CHR/Bouaké, CAT Bouaké.

¹⁰ FSU Abobo Nord et Abobo Sud, FSU Marcory, Hôpital général Port-Bouët.

et a concerné un échantillon tiré au sort (un sur deux) dans les structures qui en comptaient plus.

Le questionnaire comprenait notamment quatre questions sur la connaissance de la chimioprophylaxie par cotrimoxazole (critères de mise sous traitement et posologie). Deux scores de connaissance de l'usage prophylactique du cotrimoxazole chez les patients infectés par le VIH ont été construits, l'un caractérisant la connaissance des critères de sélection des patients pour la prophylaxie, et l'autre la connaissance de la posologie du cotrimoxazole. Le premier score a été obtenu à partir des réponses à la question « *Dans quels cas met-on les patients infectés par le VIH sous Bactrim® (cotrimoxazole) ?* ». Six réponses non exclusives étaient proposées (tableau 21) : on a attribué les valeurs 1 à chaque « bonne » réponse et 0 à chaque « mauvaise » réponse et par addition, on obtient un score variant de 0 à 6. Le score de connaissance de la posologie a été construit de façon identique à partir des réponses à la question « *Chez un adulte de poids moyen, quelle est la posologie du cotrimoxazole que vous utilisez en prophylaxie des infections opportunistes ?* ». Cinq réponses étaient proposées (tableau 22). Le score de connaissance de la posologie du cotrimoxazole varie donc de 0 à 5. Dans chaque cas, plus le score est élevé, mieux l'individu maîtrise les modalités de prescription du cotrimoxazole en prophylaxie chez les personnes infectées par le VIH. Les comparaisons sont faites à l'aide des test de Chi-deux et de comparaisons de moyennes.

L'analyse a été conduite en distinguant trois groupes : les structures sanitaires à forte activité de prise en charge de patients infectés par le VIH (définies comme celles ayant dans leur file active une proportion de patients infectés supérieure à 30 % ; ce qui ne recoupe pas exactement les centres accrédités de l'Initiative), les structures sanitaires à activité VIH moins importante (moins de 30 % de patients VIH⁺) mais cependant liées directement à l'Initiative, et enfin les formations sanitaires urbaines non spécifiquement dévolues à la prise en charge du VIH/sida et non directement concernées par l'Initiative. Les structures à forte activité VIH représentent 55 % des centres liés à l'Initiative. Cette distinction est faite dans le double souci de déterminer, d'une part les différences dans leur pratique professionnelle entre les professionnels de santé fréquemment en contact avec des patients séropositifs et ceux des structures où l'ac-

tivité sur l'infection à VIH est moins importante, et d'autre part, de comparer les structures directement concernées par l'Initiative d'accès aux ARV et les structures périphériques, en ce qui concerne l'information sur la prophylaxie par cotrimoxazole.

Résultats

De décembre 1999 à mars 2000, 442 professionnels de santé dont 145 médecins et 297 personnels non médecins (infirmier(e)s, sages-femmes, aides soignants, assistantes sociales et techniciens de laboratoire) ont été enquêtés (*tableau 20*). Un peu plus de la moitié (53 %) de ces professionnels de santé ont plus de cinq ans d'exercice dans leur activité actuelle et 48 % ont déjà suivi une formation spécifique sur le VIH (cours, ateliers, congrès...). Si environ deux soignants sur trois, depuis le début de l'épidémie en Côte d'Ivoire, ont pris en charge des personnes infectées par le VIH, ou en connaissent en dehors du cadre professionnel, seulement un soignant sur dix est engagé personnellement dans des activités d'associations d'aide aux personnes infectées par le VIH. Le fait de participer directement à la prise en charge de patients infectés par le VIH ainsi que l'engagement personnel dans des associations de lutte contre l'infection à VIH augmentent avec l'intensité des activités VIH de la structure sanitaire dans laquelle exerce le soignant.

L'enquête montre qu'un an après le consensus d'Abidjan sur le cotrimoxazole, seule une minorité de médecins (6 %), mais la moitié (50 %) des soignants non médecins, n'avaient jamais entendu parler de cette chimioprophylaxie (*tableau 21*). Si 88 % des médecins assurent être bien informés sur cette prophylaxie, seulement 37 % des professionnels non médecins le confirment. Sur ce degré d'information, des différences significatives apparaissent parmi le personnel paramédical selon la catégorie professionnelle, le nombre d'années d'activité et l'implication personnelle face à l'infection à VIH (*tableau 22*). Ainsi, les personnels soignants non médecins totalisant moins de 5 ans d'exercice dans leur activité actuelle, ayant pris en charge ou soigné des personnes séropositives ou ayant suivi une formation spécifique sur le VIH, de même que

Tableau 20
Répartition du personnel soignant enquêté par type de structure selon les caractéristiques professionnelles

	Services à activité VIH forte (n=132)	Services à activité VIH moindre (n=168)	Centres péri-phériques (n=142)	Ensemble des services et centres (n=442)
Médecins	44 %	38 %	16 %	33 %
Médecine générale	7 %	9 %	5 %	7 %
Pneumologie/infectiologie	31 %	9 %	0	12 %
Pédiatrie	5 %	6 %	3 %	7 %
Autres médecins	1 %	14 %	8 %	7 %
Personnels soignants non médecins	56 %	62 %	84 %	67 %
Infirmier	32 %	23 %	34 %	29 %
Sage-femme	0	9 %	43 %	17 %
Autre personnel	24 %	30 %	7 %	21 %
Ancienneté dans l'activité actuelle				
Moins de 5 ans	71 %	40 %	34 %	47 %
5 ans et plus	29 %	60 %	66 %	53 %
A déjà soigné ou pris en charge des PvVIH	85 %	67 %	38 %	63 %
A suivi une formation spécifique sur le VIH ⁽¹⁾	53 %	39 %	54 %	48 %
Participe aux activités d'associations d'aide aux PvVIH	15 %	5 %	6 %	8 %
Connaît personnellement au moins une PvVIH	76 %	63 %	54 %	64 %

⁽¹⁾ En pourcentage de oui.

PvVIH : personne vivant avec le VIH.

ceux concernés personnellement par le VIH du fait, soit d'un engagement dans une association d'aide aux séropositifs, soit de la connaissance d'une personne séropositive dans l'entourage personnel sont les plus nombreux à être au fait de la prophylaxie par cotrimoxazole. Les sages-femmes sont nettement moins informées (21 %) que les infirmiers (48 %) et les autres personnels paramédicaux (34 %). Chez les médecins, outre

la connaissance d'une personne séropositive en dehors du cadre professionnel, le service dans lequel exerce principalement l'enquêteur différencie significativement la probabilité d'être informé sur la prophylaxie par cotrimoxazole : les services de pneumologie ou d'infectiologie rassemblent les médecins les plus informés (96 %).

Tableau 21
Connaissances sur la prophylaxie par cotrimoxazole

	Médecins	Personnels soignants
Avez-vous entendu parler de la prophylaxie par cotrimoxazole (Bactrim®) chez les patients infectés par le VIH ?	(n = 145)	(n = 297)
Non, pas du tout	6 %	50 %
Oui, peut-être	6 %	13 %
Oui, tout à fait	88 %	37 %
Dans quel cas met-on les patients infectés par le VIH sous cotrimoxazole ? ⁽¹⁾ (en pourcentage de « oui »)		
Dans tous les cas dès que l'on sait que la personne est séropositive	39 % (50/128)	56 % (82/147)
Tous les patients VIH ⁺ qui ont des signes cliniques ⁽²⁾	81 % (105/128)	77 % (111/144)
Tous les patients VIH ⁺ qui sont en dessous de 200 CD4/mm ³ ⁽²⁾	69 % (86/124)	52 % (73/140)
Tous les patients VIH ⁺ qui ont une thérapie antirétrovirale	27 % (32/120)	42 % (61/144)
Dès leur naissance, tous les enfants dont la mère est VIH ⁺	17 % (21/121)	30 % (41/139)
Autres cas	8 % (10/124)	11 % (15/142)

⁽¹⁾ Question posée uniquement à ceux qui ont entendu parler du cotrimoxazole.

⁽²⁾ Réponses conformes au consensus d'Abidjan.

On note logiquement une meilleure connaissance de la prophylaxie dans les structures à forte activité VIH, tant chez les médecins que chez le personnel paramédical (tableau 22) (chez les médecins, les différences sont statistiquement significatives à 10 %). On note cependant que même dans les services à forte activité VIH, une part importante des personnels non médecins (de l'ordre de 40 % ou plus) continue d'ignorer cette prophylaxie. Si les proportions de professionnels informés sont plus élevées chez les médecins (entre 78 et 95 %), il est à noter cependant que 22 % des médecins exerçant dans les centres périphériques n'en ont « jamais » ou seulement « vaguement » entendu parler.

Tableau 22

Connaissance de la prophylaxie par cotrimoxazole chez les personnes infectées par le VIH selon les caractéristiques professionnelles des soignants

Question : « Avez-vous déjà entendu parler de la prophylaxie par Bactrim chez les patients infectés par le VIH ? »

En pourcentage de réponses « Oui, tout à fait »	Médecins		Personnels soignants	
Type de structure				
Services à activité VIH forte	95 % (55/58)		58 % (43/74)	
Services à activité VIH moindre	86 % (55/64)		31 % (32/104)	
Centres périphériques	78 % (18/23)	p = 0,085	29 % (34/119)	p = 0,0
Médecins				
Médecine générale	74 % (23/31)		-	
Pneumologie/infectiologie	96 % (54/56)			
Autres médecins	88 % (51/58)	p = 0,008		
Personnels soignants non médecins				
Infirmier	-		48 % (62/129)	
Sage-femme			21 % (16/76)	
Autres soignants non médecins			34 % (31/92)	p = 0,0
Ancienneté dans l'activité actuelle				
Moins de 5 ans	91 % (76/84)		44 % (55/125)	
5 ans et plus	85 % (52/61)	p = 0,434	31 % (54/172)	p = 0,029
A déjà soigné ou pris en charge des PvVIH				
Non	82 % (18/22)		18 % (26/142)	
Oui	89 % (110/123)	p = 0,293	54 % (83/155)	p = 0,0
A suivi une formation spécifique sur le VIH				
Non	85 % (51/60)		27 % (45/169)	
Oui	91 % (77/85)	p = 0,310	50 % (64/128)	p = 0,0
Participe aux activités d'associations d'aide aux PvVIH				
Non	88 % (111/128)		33 % (91/277)	
Oui	100 % (17/17)	p = 0,222	90 % (18/20)	p = 0,0
Connait personnellement au moins une PvVIH				
Non	69 % (20/29)		28 % (36/131)	
Oui	93 % (108/116)	p = 0,001	44 % (73/166)	p = 0,004

p : Test du Chi-2, significatif si $p < 0,05$.

PvVIH : personne vivant avec le VIH.

Tableau 23

Connaissance de la posologie du cotrimoxazole en prophylaxie chez les personnes adultes infectées par le VIH par les médecins ayant entendu parler de cette prophylaxie

Question : « Chez un adulte de poids moyen, quelle est la posologie du cotrimoxazole que vous utilisez en prophylaxie des infections opportunistes ? »

En pourcentage de « oui »	Services à activité VIH forte	Services à activité VIH moindre	Centres périphériques	p ⁽²⁾	Ensemble des services et centres
800 + 160 mg/jour ⁽¹⁾	91 % (49/54)	64 % (28/44)	78 % (14/18)	0,005	78 % (91/116)
400 + 80 mg/jour	23 % (12/52)	12 % (5/41)	11 % (2/18)	0,292	17 % (19/111)
400 + 80 mg/2 fois par jour ⁽¹⁾	23 % (12/52)	33 % (14/42)	6 % (1/18)	0,068	24 % (27/112)
1 600 + 320 mg/jour	4 % (2/52)	19 % (8/42)	11 % (2/18)	0,060	11 % (12/112)
5 comprimés à 800 + 160 mg/1 fois par semaine	8 % (4/52)	10 % (4/40)	0 % (0/18)	0,393	7 % (8/110)
« 800 + 160 mg/jour » ou « 400 + 80 mg/2 fois par jour »⁽¹⁾	89 % (50/56)	60 % (36/60)	75 % (15/20)	0,001	75 % (101/136)

⁽¹⁾ Bonne réponse conforme aux recommandations.
p : test du Chi-2, significatif si p < 0,05.

Parmi les soignants qui se déclarent au courant de la prophylaxie, l'enquête révèle de plus une information assez mal maîtrisée quant aux modalités précises de prescription du cotrimoxazole. Deux médecins sur cinq et un soignant non médecin sur deux pensent que la prescription doit être systématique dès lors qu'un diagnostic d'infection à VIH a été posé (*tableau 21*), ceci alors que les réponses attendues sont la prescription du cotrimoxazole à tous les patients infectés par le VIH qui sont symptomatiques et tous ceux qui sont en dessous de 200 CD4/mm³. Nous avons choisi ce seuil, différent de celui retenu par le consensus d'Abidjan car il est reconnu depuis de nombreuses années par tous comme un niveau d'immunodépression rendant la prophylaxie par le cotrimoxazole impérative. L'analyse des scores relatifs aux modalités de prescription de la prophylaxie par cotrimoxazole (critères de sélection des patients VIH+ et régime du médicament) montre les différences de connaissance des recommandations sur les modalités de prescription selon certaines caractéristiques professionnelles (*tableau 24*). En ce qui concerne les critères de sélection des patients, le score moyen obtenu est de 3,9 (écart-type : 1,5) pour l'ensemble des professionnels de santé enquêtés. Seulement 21 % des médecins et 7 % des personnels non médecins ont obtenu le score maximum (6) qui correspond à une connaissance complète des recommandations du consensus d'Abidjan. Le score moyen relatif à ces critères est de 4,2 (écart-type : 1,6) pour les médecins et 3,7 (écart-type : 1,4) pour les soignants non médecins ($p = 0,01$). Ce score moyen varie non seulement en fonction des catégories professionnelles considérées (médecins et non médecins), mais il est aussi fonction de la structure sanitaire. Dans l'ensemble, les soignants des structures à activité VIH faible, mais directement liées à l'Initiative, maîtrisent moins bien les critères de sélection (score compris entre 3,3 et 3,6) que leurs collègues des structures à activité VIH forte et, ce qui est étonnant, que ceux exerçant dans des centres périphériques. Ce paradoxe est attribuable au fait que, dans les structures liées à l'Initiative mais à faible activité VIH, seul un petit nombre de médecins participe à la prise en charge des personnes infectées, tandis que l'ensemble des autres médecins ne se sent pas concerné par le problème du VIH.

S'agissant de la posologie du médicament, le consensus sur la prophylaxie par cotrimoxazole recommande un comprimé fort (800 + 160 mg) par jour chez l'adulte séropositif en dehors de toute contre-indication connue. Dans l'enquête, seuls les médecins ont été interrogés sur cette question et parmi ceux ayant entendu parler de la prophylaxie, 75 % ont répondu par l'affirmative quant à la prescription d'une dose de 800 + 160 mg/jour (ou 400 + 80 mg/2 fois par jour) chez l'adulte séropositif de poids moyen (tableau 24).

Tableau 24

Scores de connaissance des modalités de prescription du cotrimoxazole en prophylaxie chez les personnes infectées par le VIH pour les médecins et personnels soignants ayant entendu parler de cette prophylaxie (n = 285)

Score pour la (les)...	Services à activité VIH forte	Services à activité VIH moindre	Centres péri-phériques	Ensemble des services et centres
Critères de sélection pour la prophylaxie par cotrimoxazole chez les personnes infectées par le VIH				
<i>(Médecins et autres personnels soignants)</i>	(n = 105)	(n = 103)	(n = 77)	(n = 285)
Connaissance maximale (6)	18 %	12 %	10 %	14 %
Connaissance moyenne (4-5)	56 %	41 %	56 %	50 %
Connaissance minimale (< 4)	26 %	47 %	34 %	36 %
Score moyen (écart-type)	4,3 (1,3)	3,5 (1,8)	4 (1,3)	3,9 (1,5)
Posologie du cotrimoxazole en prophylaxie des infections opportunistes chez l'adulte infecté par le VIH				
<i>(Médecins uniquement)</i>	(n = 56)	(n = 60)	(n = 20)	(n = 136)
Connaissance maximale (5)	13 %	7 %	0 %	8 %
Connaissance moyenne (3-4)	71 %	43 %	75 %	60 %
Connaissance minimale (< 3)	16 %	50 %	25 %	32 %
Score moyen (écart-type)	3,5 (1,2)	2,5 (1,8)	3,2 (1,3)	3,0 (1,6)

n = effectif.

Le score moyen relatif à la connaissance de la posologie lors de la prophylaxie est de 3 (écart-type : 1,6) avec à peine 8 % de médecins obtenant le score maximum de 5 (*tableau 25*). Cette proportion de soignants ayant une connaissance complète des recommandations en matière de posologie du cotrimoxazole atteint 13 % dans les structures sanitaires à activité VIH forte, diminue de moitié dans les structures à activité VIH moins importante (7 %), et s'avère nulle dans les centres de santé périphériques. Comme dans le cas des critères de sélection, c'est dans les structures sanitaires directement liées à l'Initiative, mais à activité VIH moins importante, qu'on enregistre la plus forte proportion de scores très faibles (50 % de scores < 3). On observe ainsi trois situations :

- dans les structures à activité VIH forte, la plupart des médecins (71 %) connaissent globalement la posologie du cotrimoxazole, mais seul un petit nombre d'entre eux (13 %) connaissent parfaitement les recommandations quant à sa posologie ;

- dans les centres périphériques non concernés par l'Initiative, les trois quarts des médecins connaissent globalement le principe de la prescription du cotrimoxazole en prophylaxie, mais aucun médecin ne la connaît parfaitement ;

- enfin dans les structures liées à l'Initiative mais à activité VIH moins importante, seul un petit nombre de médecins connaît parfaitement cette posologie tandis que la moitié des médecins a une très mauvaise information à ce sujet.

Discussion et conclusion

Le constat fait un an après le consensus d'Abidjan semble montrer que la diffusion des recommandations est loin d'avoir été réalisée de façon complète auprès des professionnels de santé concernés. Si les médecins semblent globalement informés de cette prophylaxie, ce n'est pas le cas des soignants non médecins : le personnel paramédical demeure peu informé sur cette prophylaxie, et ceci quelle que soit la structure sanitaire. Pourtant, infirmiers, aides soignants et sages-femmes constituent le premier (et parfois le seul) contact du malade avec le service de santé. Leurs connaissances en matière de prise en charge du VIH jouent

Tableau 25

Scores moyens de connaissance des critères de sélection des patients VIH⁺ et de la posologie pour la mise sous prophylaxie par cotrimoxazole, selon les caractéristiques professionnelles des soignants

Caractéristiques professionnelles	Connaissance des critères de sélection des patients (score max = 6)		Connaissance de la posologie (score max = 5)
	Médecins	Personnels soignants	Médecins
Type de structure	<i>p</i> = 0,001	<i>p</i> = 0,078	<i>p</i> = 0,001
Services à activité VIH forte	4,7 (56)	3,8 (49)	3,5 (56)
Services à activité VIH moindre	3,6 (60)	3,3 (43)	2,5 (60)
Centres périphériques	4,4 (20)	3,8 (57)	3,2 (20)
Médecins	<i>p</i> = 0,210		<i>p</i> = 0,189
Médecine générale	4,2 (27)		2,8 (27)
Pneumologie/infectiologie	4,4 (55)		3,3 (55)
Autres médecins	3,9 (54)		2,8 (54)
Personnels soignants non médecins		<i>p</i> = 0,281	
Infirmier		3,8 (80)	
Sage-femme	-	3,9 (30)	
Autres soignants non médecins		3,4 (39)	
Ancienneté dans l'activité actuelle	<i>p</i> = 0,115	<i>p</i> = 0,398	<i>p</i> = 0,130
Moins de 5 ans	4,3 (80)	3,6 (71)	3,2 (80)
5 ans et plus	3,9 (56)	3,8 (78)	2,8 (56)
A déjà soigné ou pris en charge des PvVIH	<i>p</i> = 0,511	<i>p</i> = 0,780	<i>p</i> = 0,374
Non	4,4 (18)	3,6 (49)	2,7 (18)
Oui	4,1 (118)	3,7 (100)	3,1 (118)
A suivi une formation spécifique sur le VIH	<i>p</i> = 0,307	<i>p</i> = 0,375	<i>p</i> = 0,609
Non	4,3 (55)	3,6 (73)	2,9 (55)
Oui	4,0 (81)	3,8 (76)	3,1 (81)
Participe aux activités d'associations d'aide aux PvVIH	<i>p</i> = 0,921	<i>p</i> = 0,276	<i>p</i> = 0,805
Non	4,2 (119)	3,6 (130)	3 (119)
Oui	4,1 (17)	4,0 (19)	2,9 (17)
Connait personnellement au moins une PvVIH	<i>p</i> = 0,708	<i>p</i> = 0,119	<i>p</i> = 0,165
Non	4,0 (24)	3,4 (54)	2,6 (24)
Oui	4,2 (112)	3,8 (95)	3,1 (112)
Ensemble	4,2 (136) ⁽¹⁾	3,7 (149) ⁽¹⁾	3,0 (136)

⁽¹⁾ *p* = 0,008.*p* : test de comparaison de la moyenne, significatif si *p* < 0,05.

Entre parenthèses, les effectifs.

PvVIH : personne vivant avec le VIH.

donc un rôle non négligeable dans l'orientation des personnes infectées vers la consultation adéquate. Quand bien même les soignants connaissent cette prophylaxie primaire, ils ont une mauvaise connaissance de la posologie exacte. Ceci dénote, entre autres, l'absence de pratique de cette prophylaxie dans leur activité médicale.

On note également une différence entre les structures quant à l'information sur la prophylaxie par cotrimoxazole. La même hiérarchisation est observée selon le type de structure, tant dans la connaissance des critères de sélection des patients que dans la connaissance de la posologie du médicament : les soignants des structures qui ont une intense activité VIH, en particulier les médecins, sont (sans surprise) les mieux informés sur les modalités du protocole de la prophylaxie. Dans les structures sanitaires périphériques, les médecins sont informés de la prophylaxie mais pas toujours de façon précise. Dans ces structures, être au fait de cette prophylaxie tient beaucoup plus à un engagement personnel qu'à une formation professionnelle¹¹. Dans les structures à activité VIH peu intense, mais pourtant directement liées à l'Initiative, seul un petit nombre de médecins « spécialisés dans le VIH » est informé de la prophylaxie primaire par cotrimoxazole. Les autres, qui se sentent sans doute peu concernés par la prise en charge du VIH, sont peu ou pas du tout au fait de cette prophylaxie. Et pourtant deux soignants sur trois dans ces services ont déjà été confrontés à la prise en charge des patients séropositifs.

Si la relation entre une expérience plus fréquente de prise en charge et un niveau de connaissances sur l'infection à VIH plus conforme à l'état du savoir et de la science biomédicale a été universellement constaté dans la plupart des enquêtes sur le sujet menées auprès de professionnels de santé¹²⁻¹⁴, elle pose un problème particulièrement aigu

¹¹ Vidal L, Msellati P, et al. *Les thérapies antirétrovirales en Côte d'Ivoire : attentes suscitées et transformations sociales du rapport à la maladie*. Rapport final, ANRS, AC 12, Abidjan, juin 2000.

¹² Horsman JM, Sheeran P, et al. Health care workers and HIV/AIDS : a critical review of literature. *Soc Sci Med* 1995 ; 41 (11) : 1535-67.

¹³ Obadia Y, Souville M, Moatti JP, et al. Attitudes et expérience des médecins généralistes français face à l'infection à VIH. *Presse Med* 1997 ; 26 : 860-6.

¹⁴ Kitahata, Morin M, Koepsell, et al. Physicians' experience with the acquired immunodeficiency syndrome as a factor in patient's survival. *N Engl J Med* 1996 ; 348 : 283-93.

dans le contexte de l'Initiative en Côte d'Ivoire, où beaucoup de centres de santé du pays ne sont pas habituellement dévolus à la prévention et à la prise en charge de l'infection à VIH. D'où la nécessité, si l'on veut effectivement promouvoir un meilleur accès à la prise en charge médicale de l'infection à VIH, de diffuser auprès de l'ensemble des professionnels de santé, y compris ceux et celles qui n'ont encore qu'une expérience limitée en ce domaine, les recommandations sur la prophylaxie primaire du cotrimoxazole. Une telle diffusion large de l'information et des recommandations est indispensable pour que la prophylaxie par cotrimoxazole devienne rapidement une intervention de santé publique utile, « faisant partie de la prise en charge de toute personne infectée par le VIH au stade intermédiaire ». C'est l'objectif que s'est d'ailleurs donné le PNLS ivoirien en concevant et diffusant deux affiches concernant l'usage du cotrimoxazole chez l'adulte et chez l'enfant.

Pour le Directeur exécutif de l'Onusida, c'est une urgence de contribuer à prévenir les infections opportunistes chez les personnes infectées par le VIH, sur un continent – l'Afrique – où les antirétroviraux sont encore hors de portée de la majorité des gens en raison de leur coût élevé¹⁵. L'utilisation du cotrimoxazole est une possibilité offerte pour améliorer la qualité de vie de millions d'Africains infectés par le VIH qui ne doit pas être négligée.

¹⁵ Onusida/OMS. Communiqué de presse suite à la conférence de consensus à Harare (29-31 mars 2000) sur l'utilisation du cotrimoxazole dans la prévention des infections opportunistes en Afrique. Genève, avril 2000.