

La prise en charge de l'infection à VIH/Sida dans les structures étatiques de soins en Côte-d'Ivoire : évolution et difficultés de généralisation

Auguste Didier BLIBOLO
Université d'Abidjan / Orstom

Introduction

Après les deux premiers cas de Sida en 1986, la Côte-d'Ivoire a déclaré un peu moins de 2 000 nouveaux cas chaque année pendant trois ans (1987 à 1989), puis plus de 3 000 nouveaux cas chaque année de 1990 à 1993. À partir de 1994, le nombre de nouveaux cas est passé à plus de 6 500 et le nombre total de cas cumulés se situe aujourd'hui au delà de 25 000. Ce qui indique que le nombre de malades de Sida connus est en progression rapide.

En 1987, lorsque le Programme National de Lutte contre le Sida (PNLS) a été mis en place, il a privilégié la prévention par l'IEC (Information, Éducation et Communication). Face à la croissance du nombre de malades de Sida et de séropositifs pour le VIH, des actions de prise en charge des personnes vivant avec le VIH ont été entreprises. Curieusement, les réponses de prise en charge institutionnelle des séropositifs sont restées rares dans les structures de santé de l'État. Pour résoudre ce problème, des activités de décentralisation de la prise en charge sont menées depuis 1994.

Vu l'importance du nombre (la quasi-totalité) des structures étatiques de santé qui réfèrent les patients infectés par le VIH à la Clinique des Maladies Infectieuses ou à l'Hôpital Protestant de Dabou, on peut soutenir que la décentralisation de la prise en charge des séropositifs n'a pas encore connu le succès attendu. Pour mieux comprendre cette situation, il importe de faire l'historique de la prise en charge des personnes infectées par le VIH/Sida dans les structures de soins, puis de résumer la politique mise en œuvre pour la décentralisation de la prise en charge dans les structures sanitaires étatiques. Le but visé étant d'identifier les insuffisances de la dite politique et de proposer une stratégie alternative.

B. Méthodes et techniques d'enquête

Dans le cadre d'une thèse de Doctorat de Socio-Anthropologie médicale, nous avons réalisé des enquêtes dont l'une auprès d'agents de santé dans 35 structures et services de santé ayant développé ou non des activités de prise en charge des séropositifs.

L'enquête a porté sur deux principales catégories de structures de santé d'Abidjan et de l'intérieur du pays : les établissements de santé spécialisés en prise en charge de l'infection à VIH et les établissements sanitaires non spécialisés, qu'ils soient publics ou privés.

Les structures de santé officiellement reconnues comme assurant la prise en charge des séropositifs ont été répertoriées avec l'aide de la Direction Exécutive du PNLS/MST/TUB et de la Direction Régionale (DR) sud de la santé.

Les établissements sanitaires non officiellement reconnus comme assurant soins et conseils aux séropositifs ont été choisis au hasard, par tirage au sort à partir d'une liste de structures de santé du pays.

Ce sont au total 35 structures et services de santé qui ont fait l'objet de l'enquête. Elles ont été identifiées aussi bien en milieu urbain, périurbain que rural.

Des entretiens semi-directifs ont été réalisés avec au moins un médecin, un infirmier, un assistant social, un technicien de laboratoire, un chirurgien dentiste, un administrateur et un agent de pharmacie de chaque structure sanitaire.

Le guide d'entretien utilisé comporte les thèmes suivants : l'existence d'une unité ou cellule spécifique de prise en charge thérapeutique et psychosociale des séropositifs ; l'existence de possibilités et/ou d'activités de diagnostic biologique du VIH/Sida ; le comportement des agents s'agissant du counseling pré-test (consentement avant le test) et du counseling post-test (annonce de la séropositivité et conseils de prévention) ; l'existence d'activités de suivi d'assistance médico-sociale des séropositifs, les formations reçues par les agents de santé en vue de la prise en charge des séropositifs, leurs suggestions pour l'amélioration de la prise en charge des séropositifs.

L'analyse qualitative du contenu des entretiens a recherché les réponses aux questions que contiennent les thèmes du guide d'entretien.

Les objectifs à atteindre par cette communication sont les suivants :

- 1 - Faire l'historique de la prise en charge thérapeutique et psychosociale de l'infection à VIH/Sida en Côte-d'Ivoire et dégager les différentes formes de son organisation à travers une typologie des structures de santé.
- 2 - Analyser les limites de la stratégie de décentralisation de la prise en charge mise en place dans les structures gouvernementales périphériques de soins.
- 3 - Proposer une stratégie de décentralisation tenant compte de certaines réalités actuelles dans les structures de santé.

Historique de la prise en charge des séropositifs/sidéens en Côte-d'Ivoire

En Côte-d'Ivoire (et peut-être ailleurs, la "prise en charge de l'infection à VIH/Sida" désigne généralement ce que l'on appelle la prise en charge thérapeutique et psychosociale des personnes infectées par le VIH. C'est-à-dire le fait de dispenser des soins, des conseils de prévention et d'apporter un soutien psychologique et de l'assistance aux personnes infectées par le VIH.

Selon le Dr. I. A., de la Fondation Luc Montagnier/Féderico Mayor d'Abidjan, « une personne infectée par le VIH peut vivre avec ce virus et bien se porter sans faire le Sida pendant plusieurs années si l'infection est vite dépistée et si le patient bénéficie d'un suivi médical et d'un soutien psychologique et social adéquat ».

C'est donc dans le sens où la prise en charge du séropositif est à la fois thérapeutique et psychosociale (et non seulement thérapeutique ou psychosociale) que ce terme "prise en charge" est utilisé dans la présente communication.

D'un point de vue historique, disons que la prise en charge des personnes vivant avec le VIH a commencé à partir de 1985 en Côte-d'Ivoire, après l'identification des deux premiers cas de Sida. Selon les Professeurs Odéhour K., Kadio A. et le Dr Sangaré A. ¹, les deux premiers cas de Sida déclarés par la Côte-d'Ivoire à l'OMS ont été diagnostiqués en Europe, peut-être parce qu'il n'existait pas encore de possibilités de diagnostic biologique dans le pays. Mais l'un de ces deux malades a été médicalement suivi à la Clinique des Maladies Infectieuses du CHU de Treichville, et le second, au Service de PPH du même CHU. Toutefois, les registres d'hospitalisation de la Clinique des Maladies Infectieuses du CHU de Treichville et ceux de

¹ Odéhour K. et Kadio A. sont tous les deux médecins à la Clinique des Maladies Infectieuses du CHU de Treichville. Le premier a été le premier coordonateur du Comité National de Lutte contre le Sida et le second est l'actuel Responsable de la Clinique des Maladies Infectieuses et Doyen de la Faculté de Médecine d'Abidjan Sangaré A. a été médecin au service de PPH de CHU de Treichville et travaille actuellement à l'Institut Pasteur d'Adiopodoumé en Côte-d'Ivoire.

l'Hôpital Protestant de Dabou ne nous ont pas permis de retrouver les traces de ces deux premiers cas de Sida.

C'est seulement à partir de 1987 que des mentions de l'infection par le VIH sont faites dans ces registres. Néanmoins, des cas de diarrhées chroniques sont abondamment enregistrés entre 1985 et 86. C'est la preuve que les tests de diagnostic biologique de l'infection à VIH ne se faisaient pas couramment avant 1987 en Côte-d'Ivoire.

En 1987, l'Institut Pasteur-ci et l'université de Lyon dépistent en pour la première fois des malades infectés par le VIH de l'Hôpital Protestant de Dabou. Ce dépistage systématique chez tous les donneurs de sang et d'autres malades s'est effectué jusqu'en 1990. Les tests se faisaient sans le consentement des patients concernés. L'annonce des résultats ne se faisaient pas non plus systématiquement. Il ne s'agissaient donc pas de prise en charge des séropositifs au sens de cette communication, mais plutôt d'un début du processus.

Un an plus tard, en 1988, à la Clinique des Maladies Infectieuses du CHU de Treichville, une équipe de chercheurs de l'Université de Bordeaux II effectue des tests auprès des patients.

Les personnes séropositives ainsi dépistées et celles référées par d'autres structures de soins deviennent nombreuses à la dite Clinique et à l'Hôpital Protestant de Dabou ; 25% des malades hospitalisés et enregistrés aux Maladies Infectieuses sont infectés par le VIH et 228 tests positifs pour le VIH sont dénombrés à l'Hôpital Protestant de Dabou en 1988. Dès lors, le besoin d'assurer une prise en charge complète à ces séropositifs se fait pressant.

En 1990, à l'Hôpital Protestant de Dabou, quelques médecins, infirmiers et responsables religieux se constituent en équipe de soutien aux personnes vivant avec le VIH sans aucune formation spécifique. Mais très tôt, cette équipe et les patients séropositifs sont confrontés à des difficultés relatives à la confidentialité de l'information médicale : chaque agent de santé reçoit les séropositifs dans son bureau en même temps que les autres patients. De ce fait, les entretiens avec les séropositifs prennent un caractère public et très peu confidentiel.

À la Clinique des Maladies Infectieuses, quelques médecins s'intéressent particulièrement à la prise en charge de l'infection à VIH/Sida et d'autres moins. Finalement, c'est entre juin 1990 et mai 1991 que l'Unité des Soins Ambulatoires et de Conseils (USAC) du CHU de Treichville et le Centre d'Accueil et de Conseils (CAC) de l'Hôpital Protestant de Dabou voient le jour.

Dans la même période (1990-1991), la cellule de prise en charge de l'Hôpital Baptiste de Ferkessedougou est instituée.

Comme on le voit, les premières unités spécifiques de soins et conseils aux séropositifs ont vu le jour en Côte-d'Ivoire dans les années 1990-1991 pour faire face au nombre sans cesse croissant de séropositifs et pour réduire les problèmes de confidentialité auxquels les agents de santé étaient confrontés. Ces centres pionniers sont devenu aujourd'hui des structures de référence en matière de prise en charge des séropositifs. Il faut remarquer que les projets de recherches ont contribué dans une certaine mesure à leur existence.

Aujourd'hui, les choses ont évolué : les séropositifs dépistés sont de plus en plus nombreux dans les structures sanitaires et en 1994, on dénombrait au moins 50 laboratoires (privés et publics) effectuant des tests de diagnostic biologique de l'infection à VIH¹. Des algorithmes de diagnostic biologique ont été élaborés et attendent d'être largement diffusés et utilisés.

Quel est l'état actuel de la situation de la prise en charge des séropositifs dans les structures de soins du pays ?

Pour répondre à cette question, nous avons distingué les structures sanitaires spécialisées des structures non spécialisées dans la prise en charge des séropositifs. Les structures

¹ Cette information a été révélée par Dosso M., microbiologiste à l'Institut Pasteur d'Abidjan Cocody, lors d'une séance de formation des agents de santé d'Abidjan au service des Maladies Infectieuses de Treichville en 1994.

spécialisées sont des unités ou centres de santé spécialement créés pour soins, conseils de prévention et suivi de personnes vivant avec le VIH.

Les structures de soins non spécialisées dans la prise en charge des séropositifs sont les institutions de soins du pays qui ne s'occupent pas spécialement des personnes infectées par le VIH/Sida.

La prise en charge des séropositifs dans les structures de référence ou spécialisées

En Côte-d'Ivoire, l'une des caractéristiques de la prise en charge de l'infection à VIH/Sida est la grande diversité des pratiques : il y a des centres de santé (ce sont les plus nombreux) où le test est fait sans le consentement des patients et, il y en a où les tests sont faits après l'accord préalable des patients. Cette question du consentement des patients amène à se demander si dans les structures spécialisées de soins aux séropositifs, le counseling pré-test, l'annonce et le suivi sont systématiques.

Les deux unités de référence de prise en charge des séropositifs représentatives de l'ensemble des centres spécialisés sont l'USAC (L'Unité des Soins Ambulatoires et de Conseils de la Clinique des Maladies Infectieuses et Tropicales du CHU de Treichville) et le CAC (Centre D'accueil et de Conseil de l'Hôpital Protestant de Dabou).

Mais il existe d'autres structures spécialisées ou réputées pour la prise en charge des séropositifs dans le pays. Ce sont le Centre d'Assistance Socio-Médicale de Treichville (CASM), le Centre de suivi des donneurs de sang du CNTS, l'OASIS de Koumassi, l'Unité du CAT d'Adjamé, le Centre d'Éducation Sanitaire (CES) d'Alépé, le Centre du GTZ de Daloa, l'Unité des séropositifs de l'Hôpital Baptiste de Ferkéssédougou, l'Unité de suivi du CHR de Korhogo, l'Initiative de Toupa, le Centre de Saint-Camille à Bouaké.

L'étude de l'USAC de Treichville et du CAC de Dabou permet certes de rendre compte de la situation de la prise en charge des séropositifs dans la plupart des structures spécialement créées à cet effet. Mais chaque structure a sa spécificité. Ainsi, le Centre du GTZ de Daloa, l'Unité des séropositifs de l'Hôpital Baptiste de Ferkéssédougou, l'Unité de suivi du CHR de Korhogo, le CASM, l'USAC, le CAC, l'unité du CAT d'Adjamé, etc. ne reçoivent que des personnes infectées par le VIH. Par contre, le CES d'Alépé, le centre du CNTS, l'OASIS de Koumassi, le centre de Saint-Camille reçoivent aussi bien des malades séronégatifs que des séropositifs.

L'initiative de Toupa est le fait d'un seul individu (et non d'un ensemble d'agents de santé) et ne fonctionne pas en l'absence de ce dernier alors que les autres structures spécialisées sont animées par plusieurs agents de santé permanents en général ou qui y travaillent à tour de rôle (cas du CAC de Dabou).

Dans toutes ces structures spécialisées, l'annonce de la séropositivité est systématique, à l'exception de l'OASIS où certains patients sont informés et d'autres ne le sont pas.

Chaque séropositif possède une fiche de suivi et un système de prise en charge spécifique est mis en place permettant de distinguer les patients infectés par le VIH des séronégatifs. Les problèmes de santé et les problèmes sociaux des séropositifs sont analysés et pris en compte dans le processus de prise en charge. Des conseils spécifiques relatifs à l'hygiène de vie, à la prévention de la réinfection et de la transmission du VIH sont dispensés aux patients séropositifs. Ceux-ci sont assistés dans la mesure du possible pour des problèmes de famille ou d'ordre financier, professionnel, etc.

S'agissant du pré-test, il faut distinguer les structures spécialisées où cela se fait de façon systématique et celles où le pré-test n'est pas courant. Autrement dit, dans la plupart de ces structures, le pré-test est systématique. Mais dans quelques autres, il est inexistant : le test de dépistage de l'infection à VIH n'est jamais explicitement évoqué aux patients ; le prélèvement se fait soit à l'occasion d'un don de sang, d'examen d'embauche ou de voyage aux États-Unis, au Canada, soit pour « chercher dans le sang la cause de la maladie » dont souffre le patient.

L'observation attentive de la nature (privée ou publique) de ces structures spécialisées de prise en charge montre que les deux tiers (6 sur 9 identifiées) appartiennent au secteur privé (caritatif ou associatif). Ce qui veut dire que les structures du secteur étatique ne représentent qu'un tiers des structures spécialisées dans la prise en charge des séropositifs. Au delà de ces informations quantitatives qui ne sont qu'indicatives, nous voulons surtout faire remarquer qu'il y a très peu de structures étatiques de santé spécialisées dans la prise en charge des personnes vivant avec le VIH.

Qu'en est-il de la prise en charge dans les structures de soins non spécialisées ?

La prise en charge des séropositifs dans les structures non spécialisées

En rappel, disons que les structures de soins dites non spécialisées dans la prise en charge des séropositifs sont toutes les institutions de soins du pays qui ne sont pas créées ou réputées s'occuper spécialement des personnes infectées par le VIH/Sida. Comment le diagnostic, l'annonce et le suivi des séropositifs sont effectués dans ce type de structures de soins ?

L'enquête a permis de savoir que d'une manière générale, le pré-test n'y est pas courant, il est plutôt rare. Il est fait par quelques rares médecins, assistants sociaux ou infirmiers volontaires et courageux. En effet, dans la quasi-totalité des structures sanitaires du pays, le patient dont l'état de santé est très mauvais n'est pas toujours préparé au test. Il le subit pour "raisons médicales". Or, c'est souvent lorsque les gens sont malades qu'ils se rendent à l'hôpital, et c'est à cette occasion que la plupart des patients sont amenés à faire le test de dépistage de l'infection à VIH. Cela veut dire que les occasions de pré-test sont rares.

Il y a deux principaux arguments évoqués par les médecins qui imposent les tests à leurs patients : le fait que les patients refuseront le test si l'on demande leur avis et la perte de temps due à la longue durée du pré-test (10 à 45 mn environ). C'est ce que reconnaît le Dr. L.M. en ces termes « si on veut demander leur point de vue d'abord avant de les tester, ils n'accepteront jamais... ». Cet avis est celui de la plupart des médecins interrogés à ce sujet.

Les différents modèles de prise en charge des séropositifs en Côte-d'Ivoire

De l'analyse des pratiques du diagnostic (le pré-test), de l'annonce de la séropositivité et du suivi des patients infectés par le VIH, il se dégage une typologie des modèles d'organisation de la prise en charge thérapeutique et psychosociale des séropositifs en Côte-d'Ivoire. Il y a le modèle primaire, le modèle secondaire, la prise en charge spécialisée, la prise en charge spécialisée temporaire, et la prise en charge dite intégrée.

Le modèle primaire ou la prise en charge anonyme

Ce modèle se retrouve dans toutes les structures de santé non spécialisées dans la prise en charge des séropositifs. C'est un type de prise en charge qui n'en est pas un, du moins au sens de la présente communication : elle est facultative, informelle et/ou anonyme. Aussi assiste-t-on à diverses situations.

1°) Des médecins n'ont presque jamais prescrit de dépistage de l'infection à VIH, même s'ils constatent la présence de tous les signes évocateurs du Sida chez certains patients (exemple de la Formation Sanitaire Urbaine Communautaire de Yopougon Wassacara en 1996) : ils assurent donc des soins médicaux à des patients infectés par le VIH dépistés ailleurs ou ignorant leur statut sérologique comme ils le font pour tout autre patient. Ils ne cherchent pas à savoir si tel patient est infecté par le VIH ou si tel autre ne l'est pas.

Ceux qui ne prescrivent pas le test malgré les preuves cliniques de suspicion de l'infection à VIH/Sida sont du même avis que le Dr. G.M. de l'Hôpital des fonctionnaires du plateau qui dit : « Je ne suis pas certain de convaincre le patient qu'il est utile pour lui de faire le test de dépistage. Je ne sais vraiment pas quels arguments utiliser pour le convaincre à accepter le test de l'infection à VIH. De plus, je n'aurais pas eu le courage d'annoncer une telle nouvelle à un patient qui attend de moi l'ultime secours face à sa maladie et auquel je n'ai rien à proposer. Ce

fut le cas d'une patiente, la seule à qui j'ai fait faire le test, qui était de surcroît une parente à un ami qui me l'a demandé. Lorsque le résultat de sa séropositivité m'est parvenu, j'avais tous les problèmes du monde pour le lui annoncer. J'ai dû en informer mon ami qui devait se charger de faire l'annonce à sa sœur. À part son cas, je ne prescris jamais cet examen de sang à mes patients. Je ne vois pas à quoi cela sert pour un médecin, le test de diagnostic du Sida, quand on sait qu'on ne peut pas proposer de solutions aux patients ». Et nombreux sont les témoignages allant dans ce sens.

Ce cas montre qu'il y a des médecins qui ne trouvent pas nécessaire ou utile de savoir le statut sérologique de leurs patients. Par conséquent, ils ne prescrivent presque jamais le test de dépistage de l'infection à VIH.

Certains d'entre eux se contentent d'orienter les patients suspects dans les centres de santé "spécialisés" où ils savent que le dépistage et le suivi se font de façon systématique.

2°) Des médecins prescrivent les tests à l'insu des patients sans annoncer à ceux qui sont infectés leurs résultats (exemple de la plupart des services de CHU de Treichville, du CHR de Sanpédro, etc à la date du 30 mai 1996). C'est quelquefois aux parents de ces patients que l'annonce de leur séropositivité est faite.

Tous ces séropositifs dépistés sont dans la plupart des cas systématiquement orientés vers les structures spécialisées et principalement à l'USAC (au service des Maladies infectieuses du CHU de Treichville), au CASM, à l'Hôpital Protestant de Dabou.

On peut donc retenir que la plupart des médecins des centres étatiques de santé n'assurent pas la prise en charge complète des personnes vivant avec le VIH telle qu'elle est définie dans ce travail : certains ignorent le statut sérologique des patients et/ou d'autres ne font pas le pré-test et/ou l'annonce. C'est à dire que tout se passe dans l'anonymat : certains médecins préfèrent ignorer le statut sérologique des patients, d'autres choisissent de cacher les résultats des tests demandés aux patients séropositifs pour le VIH. C'est cela le caractère anonyme de modèle.

C'est une forme de prise en charge qui n'est pas perceptible : chaque agent de santé fait ce qu'il peut ou ce qu'il veut et se limite aux soins médicaux dans le meilleur des cas si bien qu'il est possible de savoir si la prise en charge des séropositifs existe dans les structures de santé où ce modèle est pratiqué.

Le modèle secondaire

C'est un modèle où les patients subissent le test de diagnostic de l'infection à VIH : des médecins demandent les tests sans le consentement des patients, mais ils annoncent les résultats de façon systématique. Cette pratique a cours aussi bien dans des centres spécialisés en prise en charge des séropositifs que dans quelques structures de santé non spécialisées où il existe un ou des agents qui se chargent de faire l'annonce. C'est à ces agents que les autres adressent généralement les patients à qui ils ont prescrit le test de diagnostic en vue de l'annonce de la séropositivité.

Il a été constaté que dans ces structures ou formations sanitaires, les médecins ne demandent pas systématiquement les tests de diagnostic de l'infection à VIH aux patients. Ils ne les prescrivent qu'aux patients dont les affections sont « récidivantes et rebelles aux traitements classiques et/ou qui présentent des signes évocateurs de l'infection à VIH/Sida », confie le Dr. A.B. de la FSU de Koumassi. Ce qui explique l'utilisation presque exclusive des tests rapides dans ces structures de soins.

C'était le cas de l'Hôpital Protestant de Dabou, de l'Hôpital d'Alépé, du Centre de santé rural de Toupa, de l'OASIS de Koumassi, etc. jusqu'en septembre 1995. Il en est de même aujourd'hui encore (en 1996) dans presque tous les centres hospitaliers, mais les patients sont, dans le meilleur des cas, informés de leur statut sérologique, à leur sortie.

Ce modèle et le premier posent avec acuité les problèmes de confidentialité et de violation du droit au consentement libre et éclairé. De plus, on y assiste à une très forte médicalisation de

la prise en charge de l'infection à VIH : seuls les soins sont dispensés aux séropositifs, la prise en charge psychosociale et les conseils de prévention y sont presque ignorés.

La prise en charge spécialisée

C'est une prise en charge organisée qui se fait dans des locaux spécifiques et par des agents spécialement détachés pour cette tâche. Elle se fait en équipe avec un minimum de réglementation (et non chacun dans son coin, selon son humeur et ses inspirations personnelles).

Elle est dite spécialisée parce qu'elle est effectuée par une équipe spécialement et officiellement constituée dans des locaux réservés et adaptés. Le pré-test, l'annonce et le suivi des séropositifs sont systématiques. Les problèmes de confidentialité et de violation du droit au consentement libre et éclairé se posent rarement. La médicalisation de la prise en charge de l'infection à VIH est moins forte et la prise en charge psychosociale est systématique.

La prise en charge spécialisée temporaire

C'est elle qui est faite à l'occasion d'études épidémiologiques ou essais thérapeutiques. Elle est dite spécialisée temporaire par ce qu'elle comporte le pré-test, l'annonce, le suivi thérapeutique et psychosocial ainsi que l'assistance socio-médicale de séropositifs pendant un temps donné après lequel elle prend fin avec l'achèvement des études.

Deux remarques peuvent se faire au sujet des études donnant lieu à la prise en charge des séropositifs :

- à leurs termes, ces études contribuent à instituer des activités de prise en charge des séropositifs dans les structures sanitaires où elles s'effectuent, surtout si elles impliquent certains agents de santé de ces structures d'accueil ;
- sur les trois centres pionniers de la prise en charge des séropositifs en Côte-d'Ivoire, deux sont nés des cendres d'études épidémiologiques.

Ces remarques mettent en évidence l'importance de la prise en charge spécialisée temporaire, donc des projets de recherches dans le processus de décentralisation du diagnostic, des soins et conseils aux séropositifs, même le caractère temporaire constitue une insuffisance. Actuellement, des essais thérapeutiques sont mis en route dans plusieurs structures de santé à Abidjan et à Dabou.

Ces projets aident considérablement le Programme National de Lutte contre le Sida en matière de diagnostic (laboratoire de Rétro-CI par exemple), en matière de décentralisation de la prise en charge et de recueil de connaissances cliniques, épidémiologiques, économiques, socio-antropologiques relatives aux personnes patients infectés par le VIH (je pense aux projets DITRAM à Yopougon, au projet COTRIMO, etc.).

La prise en charge dite intégrée

C'est celle à laquelle aspirent actuellement les autorités sanitaires. Il s'agit de permettre à chaque médecin d'assurer la prise en charge des patients infectés par le VIH à son lieu de travail. Elle se caractérise par le fait qu'elle doit se faire dans les structures sanitaires périphériques et concerner tous les agents de santé (non quelques personnes volontaires) de telle sorte que chaque médecin soit capable de faire le pré-test, l'annonce le suivi thérapeutique et de dispenser les conseils de prévention du Sida-maladie aux séropositifs. L'idée qui sous-tend ce modèle est émise par ceux qui croient que "spécialiser" certains agents de santé et des locaux pour la prise en charge des séropositifs est une forme de discrimination. Ils estiment que l'infection à VIH doit être considérée comme les autres infections et les séropositifs doivent par conséquent être traités de la même manière que les patients souffrant d'autres affections. Par conséquent, ils déconseillent surtout de détacher des agents et de disposer de locaux spéciaux pour la prise en charges des séropositifs dans les structures périphériques de soins.

Comme on le voit, cette prise en charge est dite intégrée par ce qu'elle doit s'insérer dans les pratiques quotidiennes de chaque agent de santé, dans chaque structure sanitaire non spécialisée en prise en charge des séropositifs. Le but visé par cette stratégie étant de

désengorger les structures où sont actuellement référés tous les patients infectés par le VIH pour leur prise en charge.

On peut alors se demander ce qui a été fait pour rendre possible cette prise en charge intégrée ?

La politique de décentralisation de la prise en charge des séropositifs dans les structures périphériques de soins

Cette décentralisation vise deux objectifs majeurs :

1°) Permettre à chaque formation sanitaire périphérique de l'État d'assurer la prise en charge clinique et psychosociale des séropositifs pour le VIH :

2°) Amener chaque médecin à assurer la prise en charge clinique et psychosociale des patients infectés par le VIH dans ses conditions habituelles de travail.

« L'organisation de la prise en charge des malades du Sida, même si cette activité se faisait çà et là, n'est retenue comme une activité prioritaire qu'à partir de 1995, devant le nombre croissant de malades à prendre en charge... »¹.

Jusqu'en 1995, cette prise en charge des malades était dévolue principalement au seul service de référence qu'est le service des Maladies Infectieuses et Tropicales du CHU de Treichville. Ce service s'est trouvé bien entendu rapidement engorgé. Il a été alors décidé que cette activité sera intégrée non seulement dans les structures sanitaires mais également décentralisée afin que les prestations en tiennent compte où qu'on se trouve en Côte-d'Ivoire.

C'est pour amorcer cette décentralisation que la Direction exécutive du PNLS/MST/TUB, en collaboration avec la Direction Régionale de la Santé publique et des Affaires Sociales du Sud a décidé de mettre en place et de suivre des cellules de prise en charge des malades du Sida des Formations Sanitaires urbaines des communes d'Abidjan, dans le cadre du Projet Santé Abidjan (PSA)². Pour ce faire, deux séminaires de formation du personnel ont eu lieu.

La première formation a associé 100 participants pluridisciplinaires (médecins, généralistes, obstétriciens, pédiatres, sages-femmes, infirmiers, assistantes sociales) issus des formations sanitaires urbaines (FSU), à raison de 10 participants par commune.

Les cours théoriques dispensés en trois jours et appuyés d'une documentation de référence, étaient suivis d'un stage pratique d'une semaine dans une structure spécialisée en prise en charge, à savoir le CASM, l'USAC, le Centre d'Information pour la Prévention du Sida (CIPS), les CAT et la Clinique du projet RETRO-CI. Elle s'est déroulée en octobre et novembre 1994.

La deuxième formation s'est déroulée de façon étalée au niveau de trois centres de santé communautaires pendant cinq après midi de mardi (abobo sagbé), mercredi (yopougon toit rouge) et jeudi (abobo anokoi) de février à mars 1995. Elle était exclusivement théorique. Parallèlement, la formation des techniciens de laboratoire s'est déroulée. La Direction régionale de la santé publique et des affaires sociales (DR) SUD a mis à la disposition des formations sanitaires des réactifs pour la sérologie VIH basée sur la technique rapide et des réfrigérateurs

¹ Le Ministre actuel de la santé le Pr. Maurice Kakou Guikahue dans la préface du numéro 10 de la série Stratégies pour l'espoir intitulé *Colmater les brèches*, écrit : « la prise en charge des malades du Sida qui nécessite la formation des personnels de santé à l'utilisation des algorithmes thérapeutiques est une priorité du plan à moyen terme 1994-1998 ». Notons à ce sujet que le Comité National de Lutte Contre le Sida (CNLS) a dégagé quatre actions prioritaires pour les années 1994 à 1998 : 1°) prévention de la transmission sexuelle du VIH. 2°) prise en charge des personnes infectées par le VIH et des malades de Sida. 3°) contrôle des maladies sexuellement transmissibles (MST). 4°) mobilisation des secteurs socio-économiques pour la lutte contre la pauvreté (p. 11).

² Le PSA est un projet initié dans la région sanitaire sud par le Ministère Français de la Coopération et le Ministère ivoirien de la Santé. Il aide à la conception, au financement et à la réalisation de diverses actions de développement de santé dans ladite région sanitaire du pays.

pour la conservation de ceux-ci. Ces tests devront être exclusivement proposés aux personnes symptomatiques.

Une équipe de suivi a été mise sur pied pour susciter la prise en charge effective des malades du Sida dans chaque structure. Elle était composée de quatre personnes dont un médecin de la Direction Exécutive du PNLS/MST/TUB. Une assistante sociale de la DR SUD. Une spécialiste de prise en charge des malades du Sida issue soit de l'USAC, soit du CIPS, soit du CASM, et une personne vivant avec le VIH, membre de l'association Lumière-action¹.

Pendant six mois de mai à septembre 1995 à raison d'une visite mensuelle par structure sanitaire, l'équipe de suivi a sillonné les structures. Tout le personnel a été associé en même temps que les directeurs des centres sanitaires sociaux des communes. Un coordonateur a été chaque fois désigné par l'ensemble du personnel dans chaque structure. Son rôle est de dynamiser et d'entretenir le fonctionnement de la cellule... L'équipe de suivi a mis un accent sur l'hygiène sanitaire, que ce soit en salle de consultation, d'injection, de pansement ou de prélèvement. La gestion des déchets n'a pas été en reste. Ainsi, au cas où la structure ne dispose pas d'incinération automatique, proposition est faite pour l'incinération après aspersion d'essence dans un endroit approprié...

Le suivi de cette activité se poursuivra à Abidjan pour garantir sa pérennité. Cependant, cette activité de prise en charge des malades du Sida va, dans les jours à venir, s'étendre à toute la région sud, puis aux autres régions du pays. La formation du personnel qui en est le primum movens se prépare activement » (Dr. Digbeu Nestor, 1995)².

Cette stratégie a-t-elle permis la décentralisation et l'intégration de la prise en charge des malades du Sida dans les formations urbaines d'Abidjan ?

Éléments d'évaluation de la stratégie

Selon le Dr Digbeu, « le suivi des malades se fait aujourd'hui dans toutes les communes d'Abidjan, même si l'activité est encore fragile. Parmi les consultants, ceux dont les affections font soupçonner le Sida reçoivent un pré-test. Le médecin entame le processus dans tous les cas, et, au cas où il ne dispose pas de suffisamment de temps, il adresse le patient à l'assistante sociale qui poursuit le pré-test. Une fois le consentement du patient acquis, il est accompagné au laboratoire par l'assistante sociale. Le test étant réalisé en quelques minutes, l'assistante sociale fait l'annonce et le post-test. Ce patient reçoit un rendez-vous et au cas où il le veut, une rencontre avec les membre de Lumière-action est organisée pour renforcer la prise en charge psychosociale.

Au total, le suivi se fait dans ces structures. Le véritable problème demeure cependant celui de la disponibilité des médicaments dans les pharmacies des FSU (antibiotiques, antidiarrhéiques, antifongiques) souvent en rupture de stock. Or la disponibilité de ces médicaments est nécessaire pour fidéliser les patients. Cela garantit d'autre part la qualité du suivi des malades ».

Sans aucune intention de créer de la polémique, il nous apparaît nécessaire de nuancer un certain nombre de choses s'agissant du "suivi des séropositifs". En effet, l'enquête permet de savoir qu'effectivement des personnes infectées par le VIH sont suivies dans toutes les communes d'Abidjan. Cependant, le suivi dont il s'agit dans la plupart des cas est le fait de prescrire les tests de dépistage de l'infection à VIH aux patients (qui ne sont souvent pas informés de la nature du test et du résultat) et recevoir lors des rares consultations médicales auxquelles se présentent ces patients. Ils ne bénéficient pas par conséquent d'un suivi

¹ Lumière-action est l'une des deux associations de personnes vivant avec le VIH. Elle a été créée le 5 août 1994. La plupart de ses membres ont révélé publiquement leur séropositivité pour le VIH. Ses objectifs se résument en quatre points. a) combattre les idées fausses, b) contribuer à l'intégration sociale des personnes vivant avec le VIH, c) prendre part à la prise en charge des personnes vivant avec le VIH, d) prendre part à la réalisation des activités d'éducation et d'information pour le grand public.

² Le Dr. Digbeu Nestor a été de 1994 à mars 1996 le médecin du PNLS/MST/TUB au sein de l'équipe de suivi de la stratégie de décentralisation et d'intégration de la prise en charge des séropositifs dans les FSU d'Abidjan. Actuellement, il travaille au projet RÉTROCI.

spécifique. Dans ce cas, le suivi ne peut être synonyme de prise en charge clinique et psychosociale, mais plutôt de soins médicaux. Or, même si le Professeur Auguste Kadio ne nie pas l'importance des autres "composantes" de la prise en charge, il affirme la primauté de la prise en charge psychosociale (*Kissi* n° 3, p. 11).

L'un des problèmes au sujet du suivi des patients infectés par le VIH réside dans le fait que lorsqu'elles sont informées de leur séropositivité, elles ne reviennent pas souvent consulter les médecins qui leur ont annoncé la séropositivité. De plus, les patients séropositifs continuent d'être orientés à l'USAC, au CASM, à l'OASIS, à l'Hôpital Protestant de Dabou où l'on croit qu'il pourront être aidés en médicaments. Car, la majeure partie d'entre eux sont des personnes au pouvoir d'achat très faible. Ce sont des patients qui ont une préférence pour les structures sanitaires éloignées de leurs lieux d'habitation ne souhaitant pas être identifiés et désignés du doigt par leurs cohabitants comme étant infectés par le VIH. Toutes ces raisons et tant d'autres rendent difficile le suivi (ou la prise en charge) spécifique des séropositifs dans les PSU. S'ajoute à ces difficultés le recouvrement des soins et des tests de dépistage qu'ils n'arrivent pas toujours à payer.

Propositions de stratégie de décentralisation de la prise en charge de l'infection à VIH

L'enquête montre que la prise en charge telle qu'elle se fait actuellement est le fait d'un ou de quelques agents de santé qui la font de façon disparate. Elle est informelle, de type primaire.

Les cellules de prise en charge mises en place dans les PSU ne fonctionnent pas comme le souhaite le Dr. Digbeu : « le médecin entame le processus dans tous les cas, et, au cas où il ne dispose pas de suffisamment de temps, il adresse le patient à l'assistante sociale qui poursuit le pré-test. Une fois le consentement du patient acquis, il est accompagné au laboratoire par l'assistante sociale. Le test étant réalisé en quelques minutes, l'assistante sociale fait l'annonce et le post-test. Ce patient reçoit un rendez-vous et au cas où il le veut, une rencontre avec un membre de Lumière-action est organisée pour renforcer la prise en charge psychosociale...

Face à cette situation où 97 % des 245 agents de santé interrogés pensent qu'il faut détacher des agents (médecins, assistants sociaux et infirmiers) chargés spécialement de faire la prise en charge des séropositifs dans des locaux spécifiques, nous faisons les propositions suivantes :

- 1) détacher les agents de santé de chaque FSU déjà volontaires spécialement pour la prise en charge des séropositifs ;
- 2) donner une existence matérielle à cette unité de prise en charge en l'organisant dans des locaux spécifiques adaptés à la confidentialité et à l'écoute. Des permanences sont assurées par au moins un assistant social et un infirmier dans ces locaux où tous les patients suspects sont systématiquement orientés pour le pré-test, l'annonce et le suivi. Il peut s'agir de plusieurs agents de santé qui font ce travail à tour de rôle ou de façon permanente ;
- 3) les tests, les consultations et certains produits pharmaceutiques doivent être gratuits pour les patients séropositifs. Pour rendre cela facile et systématique, il est indispensable de réglementer par écrit l'assistance à tous les patients cas-sociaux ;
- 4) étendre la formation à un plus grand nombre agents de santé de chaque FSU et initier des modules de formation à la prise en charge thérapeutique et psychosociale de l'infection à VIH à la Faculté de Médecine et dans les Instituts de formation des assistants sociaux, des infirmiers et des sages-femmes.

Nous avons la conviction que c'est de cette manière que la prise en charge sera progressivement décentralisée et intégrée aux activités de chaque agent de santé.



Références bibliographiques

VIDAL Laurent, N'GUESSAN Bi-tah, BLIBOLO Auguste Didier

1994 *Coûts du Sida et prise en charge de la séropositivité : aspects anthropologiques et économiques de la maladie à Abidjan (Côte-d'Ivoire)*. Rapport final. Action incitative sciences sociales et Sida de l'ORSTOM, 59 p.

MSELLATI Philippe, BLIBOLO Auguste Didier et al.

1996 *Stratégie de lutte contre les abandons de traitements antituberculeux : étude épidémiologique et anthropologique d'une cohorte dans les CAT d'Abidjan, Côte-d'Ivoire en 1995*. Rapport final PNLs Abidjan, 59 p.

GLEN Williams, BLIBOLO Auguste Didier, KÉROUÉDAN Dominique

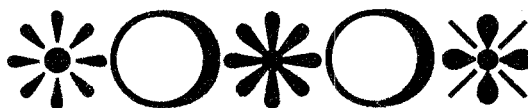
1995 *Colmater les brèches : soutien et soins aux séropositifs et aux malades du Sida en Côte d'Ivoire*. Stratégies pour l'espoir n° 10. Actionaid/PNLs-CI, 61 p.

KADIO Auguste

1995 Les trois composantes de la prise en charge, in *Kissi n° 111*, p. 11.

DIGBEU Nestor

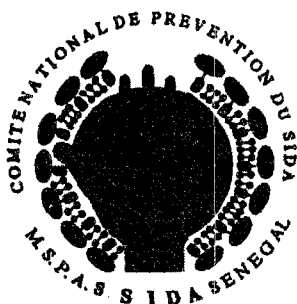
1995 Abidjan dispose de cellules de prise en charge des malades du Sida, in *Kissi n° 111*, p. 19-20.





CODESRIA

Conseil pour le développement
de la recherche en sciences
sociales en Afrique



L'Institut français
de recherche scientifique
pour le développement
en coopération

COLLOQUE INTERNATIONAL

SCIENCES SOCIALES ET SIDA EN AFRIQUE

BILAN ET PERSPECTIVES

Communications – Volume 2

4-8 novembre 1996

Sali Portudal, Sénégal

4-8 november 1996

INTERNATIONAL SYMPOSIUM

SOCIAL SCIENCES AND AIDS IN AFRICA

REVIEW AND PROSPECTS

Papers – Volume 2

C.E.D.I.D. - IRD



Dakar
Codesria - CNLS - Orstom
octobre 1996

INV 54689