



www.afra vih2020.org

10^e Conférence Internationale Francophone
DAKAR

8-11 novembre 2020



VIH HÉPATITES
SANTÉ SEXUELLE

SOUS LE HAUT PATRONAGE DE SON EXCELLENCE MONSIEUR MACKY SALL PRÉSIDENT DE LA RÉPUBLIQUE DU SÉNÉGAL

Gestion de l'échec virologique : donnons la chance au patient, pas à la première ligne !

Guillaume Breton¹, Anthony Billaud², Sié Dionou³, Francine Karemera⁴, Foromo Guillaugou⁵, Saidi Karemangino⁶, Jean Claude Agaman⁶, Madeleine Mbangue⁷, Daniel Zana⁸, Edith Temgoua⁹, Gabrièle Laborde-Balen^{10,11} et le groupe de travail OPP-ERA.
¹Solthis, Paris, France ; ²Solthis, Guinée ; ³Hôpital Pitié-Salpêtrière, Paris, France ; ⁴Programme National de Lutte contre le Sida et les Infections Sexuellement Transmissibles, Bujumbura, Burundi ; ⁵Programme National de Lutte contre le Sida et les Hépatites, Conakry, Guinée ; ⁶Expertise France, Abidjan, Côte d'Ivoire ; ⁷Expertise France, Yaoundé, Cameroun ; ⁸Programme National de Lutte contre le Sida, Abidjan, Côte d'Ivoire ; ⁹Comité National de Lutte contre le Sida, Yaoundé, Cameroun ; ¹⁰IRD UMI 233 TransVIHM/INSERM U1175/ Université de Montpellier, Montpellier, France ; ¹¹Centre régional de Recherche et de formation à la prise en charge Clinique de Fann, Dakar, Sénégal.

Contexte:

Afin d'atteindre le dernier 90 de l'objectif 90-90-90 de l'ONUSIDA, toutes les personnes vivant avec le VIH sous traitement antirétroviral doivent avoir accès à la surveillance de la charge virale.

En cas d'échec virologique (>1000 cp/mL), l'OMS et les programmes nationaux ont recommandé l'utilisation d'un algorithme de la charge virale.

Le projet OPPERA a équipé 11 laboratoires de plateforme ouverte pour la mesure de la charge virale au Burundi, au Cameroun, en Côte d'Ivoire et en Guinée. Plus de 230 000 examens de charge virale ont été réalisés au cours des 6 années du projet. Cependant, dans la situation d'échec virologique, une minorité ont bénéficié d'un passage en 2nd ligne (figure 1).

Objectif et méthodes

étudier les raisons associées à la faible utilisation des 2ndes lignes par les prescripteurs d'ARV.

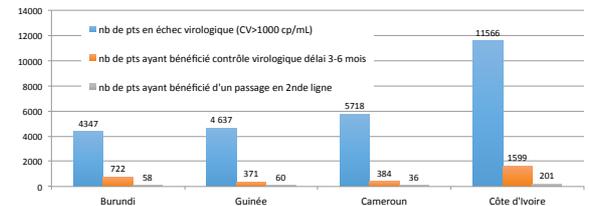
Méthodes : enquête quantitative et qualitative, au cours des mois d'avril et juin 2019 au Burundi, en Guinée, au Cameroun et en Côte d'Ivoire.

Participants : Prescripteurs de ARV et responsables nationaux de programme VIH

Données qualitatives : focus groupes et discussions lors des formations

Données quantitatives : Questionnaires auto-administrés aux prescripteurs d'ARV

Figure 1: cascade de la prise en charge de l'échec virologique, 26268 patients avec une 1^{ère} CV>1000 cp/mL, projet OPP-ERA 2014-2019.

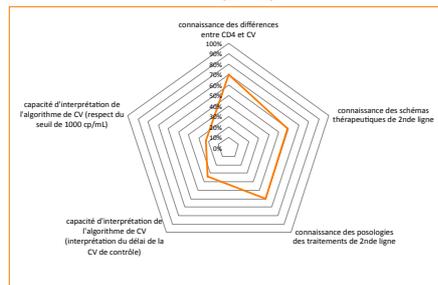


Résultats, données quantitatives

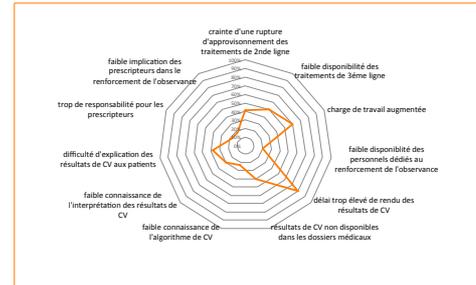
Participants

Caractéristiques des participants	enquête sur les connaissances	faible utilisation de l'enquête de 2 nd e ligne
Nombre	71	56
Sexe F/H	31/40	25/31
Age (EIQ)	36,5 (31-44)	37 (31,5-47)
Années de prise en charge du VIH (EIQ)	6 (3-9)	6 (3-10,75)
Diplôme de médecine	62 (87%)	50 (89%)
Travaille en structure associative	17 (24%)	13 (23%)
Pays	Guinée : 21 Cameroun : 15 Côte d'Ivoire : 12 Burundi : 23	Guinée : 18 Cameroun : 15 Côte d'Ivoire : 12 Burundi : 12

Connaissances des prescripteurs



Raisons de la faible utilisation des ARV de 2nde ligne



Résultats, données qualitatives

La deuxième ligne est considérée comme une ressource rare et précieuse :

Les responsables des programmes de lutte contre le VIH :

Difficultés de hiérarchisation financière : coût du traitement de deuxième ligne dans un contexte de traitement de toutes les recommandations et de diminution du financement international.

Conséquence : limiter et contrôler l'utilisation de la 2^e ligne

« "Donnez une chance à la première ligne", "nous avons supprimé la deuxième ligne parce qu'ils faisaient n'importe quoi" »

Les prescripteurs d'ARV :

« "on nous a dit de faire attention", "nous devons préserver la première ligne", "nous devons être capables de justifier" ».

Représentation négative de la 2^{ème} ligne

« "sanction", "échec", "peur", "responsabilité", "charge de travail" »

Représentation négative des patients en cas d'échec virologique

« "pas sérieux", "menteurs", "délinquants", "les millionnaires de la charge virale" »

Le défi du renforcement de l'observance

L'amélioration de l'observance avant le passage en 2nd ligne est une préoccupation majeure

« "vous devez vous assurer de la bonne observance avant de passer à la deuxième ligne".

Dependant :

1) Le renforcement de l'observance et l'annonce de l'échec semblent principalement injonctifs et dramatiques

« "vous devez faire un effort", "vous devez prendre votre traitement régulièrement", "sinon le virus va se multiplier", "vous allez tomber malade", "s'il ne comprend pas, il faut être dur, pour lui faire peur", "c'est votre dernière chance, après sa mort" »

2) Les mécanismes de l'échec virologique sont peu analysés.

L'échec virologique n'est perçu que comme la conséquence de la non-observance, elle-même perçue comme la faute des patients.

Les principales causes de l'échec mentionnées par les prescripteurs sont les suivantes le mensonge et la non compréhension des patients

« "les patients mentent", "si le patient vous dit qu'il ne prend pas son traitement une fois, vous pouvez multiplier par 10" »

3) L'évaluation de l'observance est difficile

La charge virale indétectable semble souvent utilisée comme un indicateur de la bonne observance

Conclusions

Les prescripteurs soulignent les raisons structurelles et organisationnelles en particulier :

- le délai de rendu CV
- La faiblesse des ressources humaines (roulement du personnel, délégation de tâches, charge de travail...)
- La faible disponibilité des 2^{ème} et 3^{ème} lignes

La crainte des responsables de programme national d'une utilisation injustifiée de la 2nde ligne est un facteur limitant.

Les prescripteurs ont une bonne connaissance théorique de l'algorithme de charge virale mais des difficultés d'interprétation et d'application pratique

Les prescripteurs (et les patients) ne sont pas préparés à l'échec, l'annonce est le plus souvent dramatique et culpabilisante.

Le conseil en matière d'observance est un défi, surtout lorsque les patients souffrent d'une représentation négative.

Les mécanismes de l'échec sont mal analysés et les patients ne sont pas préparés au passage en 2nde ligne.

Quelques outils développés au cours du projet OPPERA

- Guide de l'annonce de l'échec virologique et de l'accompagnement des patients
- Module de formation pratique
- Nombreux autres outils disponibles

Lien vers la boîte à outils OPP-ERA :

<https://toolkit-chargevirale-oppera.solthis.org>



AFRAVIH PL251- Guillaume Breton