



Implémentation de la prise en charge décentralisée du VIH au stade avancé en Côte d'Ivoire (Impaact4HIV)

Auteur-riche-s : Braman Elisée Nonli¹; Henri Joël Kouadio¹; Aka Jules N'Draman¹; Abdoulaye Dadie¹; Stéphane Mabouna¹; Albane Sibourd Baudry¹; Mathurin Kouadjale²; Adigatta Traore²; Guillaume Breton³.

AFFILIATIONS : 1-Solthis – Abidjan, Côte d'Ivoire; 2 – Programme nationale de lutte contre le VIH, Abidjan, Côte d'Ivoire; 3 – Solthis, Paris, France

CONTEXTE ET OBJECTIF :

En Côte d'Ivoire, malgré les progrès, 20 % des personnes vivant avec le VIH (PVVIH) débutent un traitement antirétroviral (ARV) avec CD4 <200/mm³ et le pays enregistre 9 500 décès annuels liés au VIH. Le projet IMPAAC4HIV (Improved Access to AHD Care & Treatment for HIV) coordonné par Aurum Institute et financé par Unitaid est mis en œuvre dans 6 pays d'Afrique subsaharienne dont la Côte d'Ivoire, où il est mis en œuvre par Solthis, le PNLs et le RIP+.

L'objectif du projet I4HIV est de mettre en place des modèles de décentralisation adaptés aux enjeux nationaux du paquet de soins IVSA promus par l'OMS. Nous décrivons l'implémentation de la prise en charge décentralisée des infections associées au stade avancé du VIH (IVSA) en Côte d'Ivoire.

INTERVENTION ET MÉTHODES

Le projet I4HIV est implémenté dans 15 structures sanitaires aux différents niveaux de la pyramide sanitaire dans la région du Sud Comoe (1 centre hospitalier régional (CHR) ; 4 hôpitaux généraux (HG) ; 1 centre médico-social (CMS) ; 6 centres de santé urbains (CSU) ; 3 centres de santé ruraux (CSR)). 173 prestataires ont été formés et bénéficient d'un coaching sur site. Des équipes d'amélioration de la qualité ont été mises en place dans chaque site pour améliorer la qualité et la complétude des données saisies dans le DHIS-2.

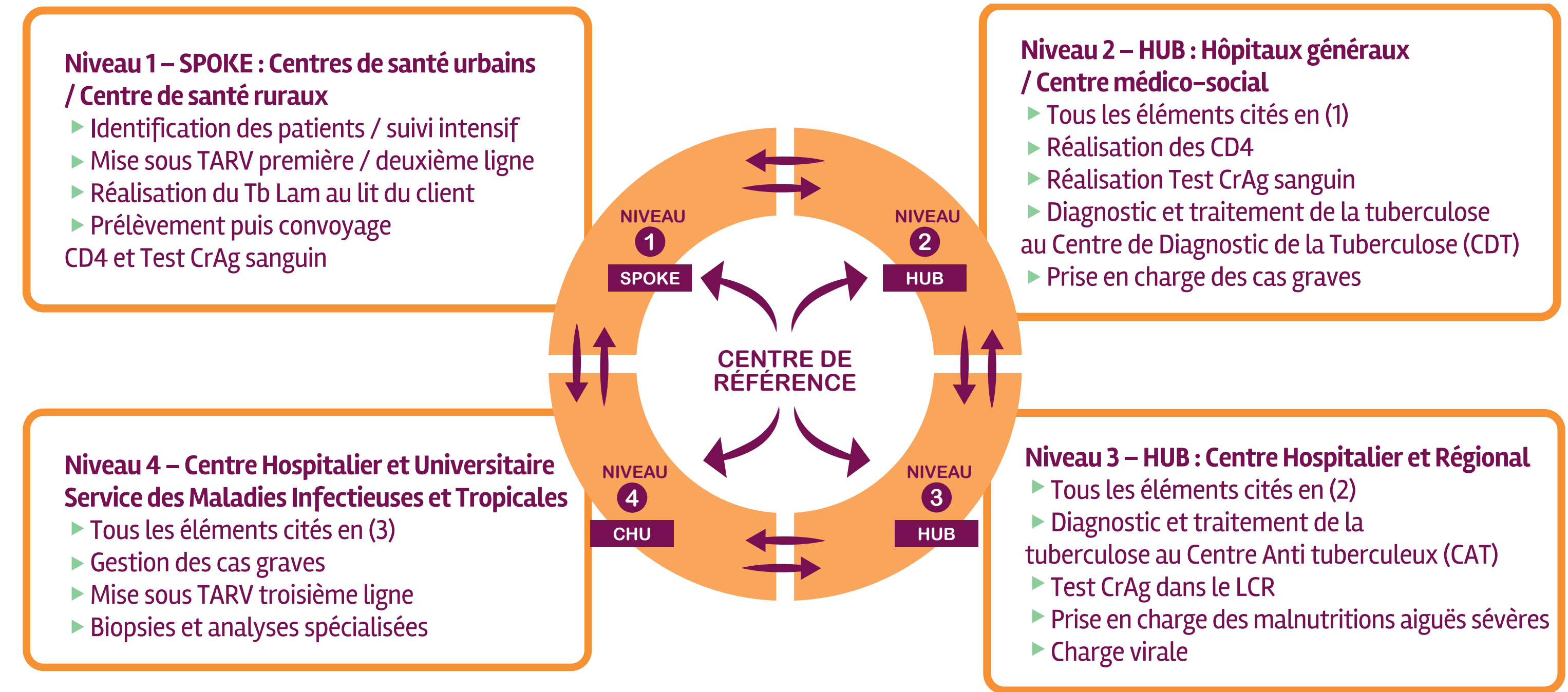
Les patients nouvellement diagnostiqués, en rupture de suivi ou en échec thérapeutique bénéficient d'une évaluation stade OMS et mesure des CD4. Le stade IVSA est défini par CD4 <200/mm³ ou stade OMS 3/4 ou âge <5 ans.

Au plan diagnostique, les patients classés IVSA bénéficient du test TB-LAM urinaire, réalisé par les prestataires, et d'un traitement antituberculeux en cas de test TB-LAM positif. Ils bénéficient d'un test antigénique cryptocoque (AgCr) réalisé au laboratoire avec un système de transport des échantillons pour structures sans laboratoire. Les patients avec une suspicion clinique de tuberculose bénéficient d'un dépistage de la TB par GenXpert.

Au plan thérapeutique, les patients bénéficient de traitements préventif et curatif de la TB, d'un traitement de la cryptococcose neuroméningée par Amphotéricine B liposomale et de recommandation pour un accès immédiat aux ARV (sauf en cas d'IO neurologique). Enfin, tous les patients au stade IVSA bénéficient de plus d'un renforcement du suivi par les associatifs.

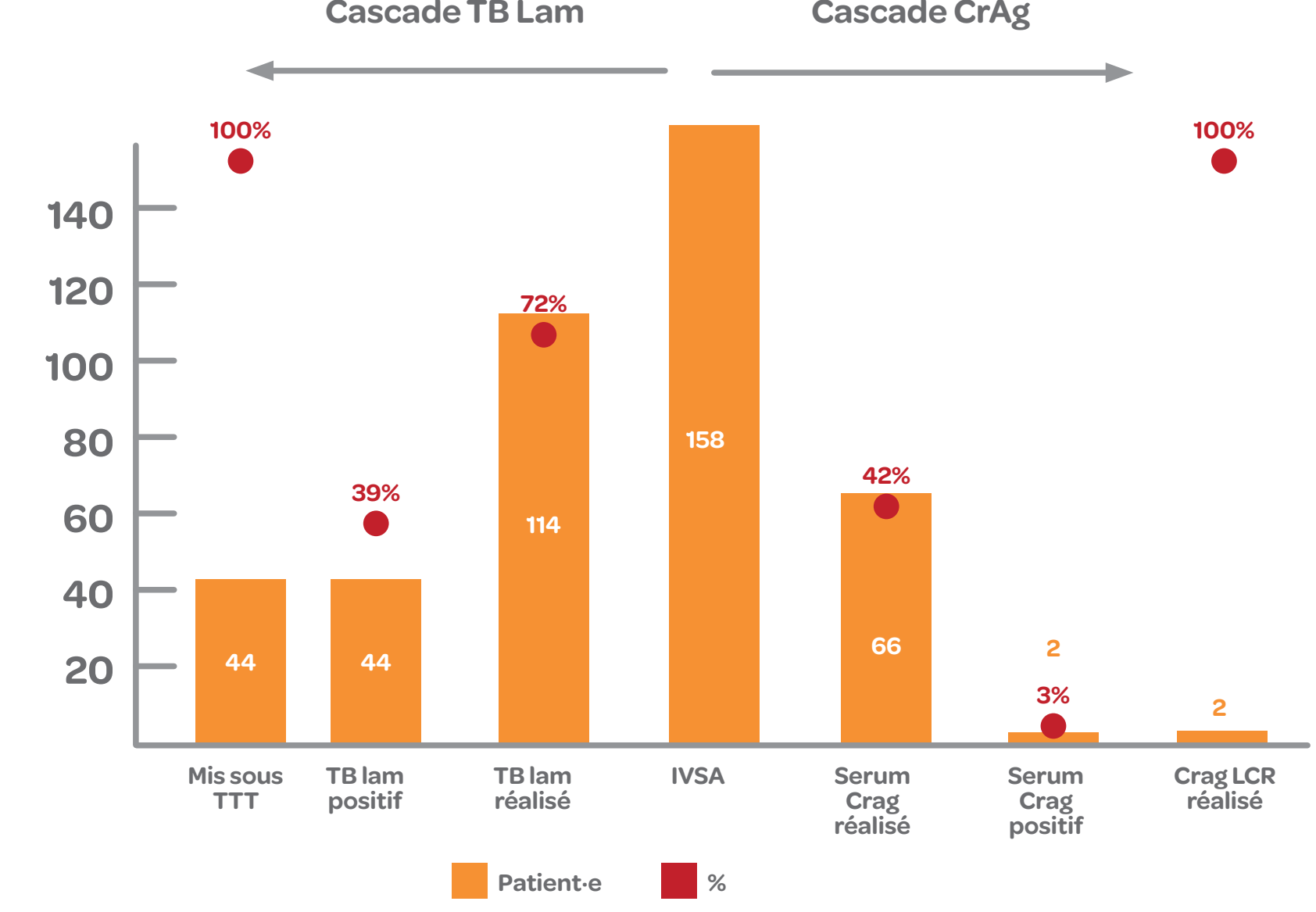
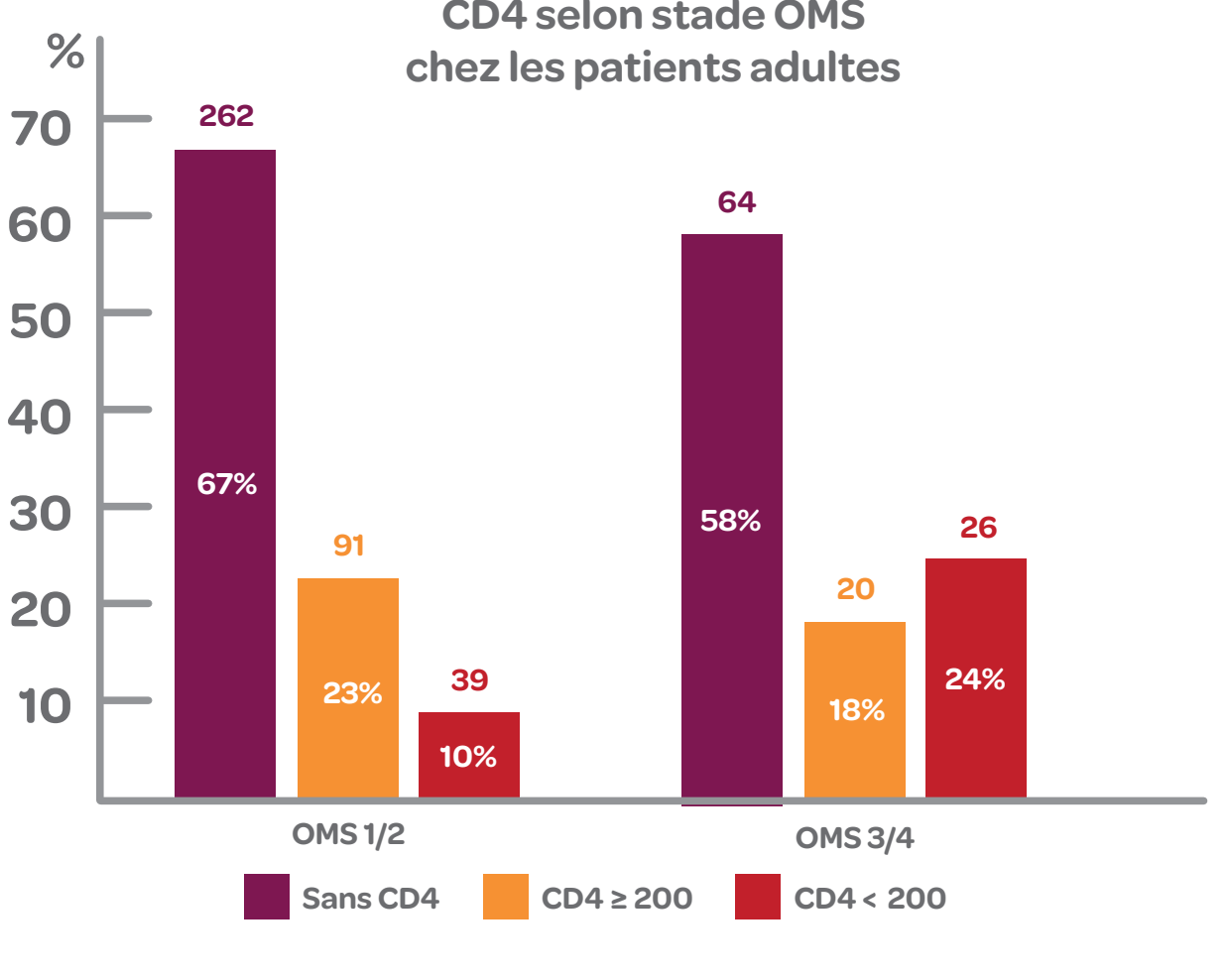
Nous présentons les données agrégées issues du DHIS-2 avec des comparaisons selon les niveaux de la pyramide sanitaire (test exact de Fisher et Chi2).

ORGANISATION DES SOINS IVSA SELON LA PYRAMIDE SANITAIRE



CONCLUSION

- Ces résultats préliminaires, et limités par la qualité des données du DHIS-2, montrent cependant l'intérêt et la faisabilité de l'identification des patients au stade avancé aux différents niveaux de la pyramide sanitaire.
- Cette stratégie confirme l'importance de cette problématique avec près d'un tiers des nouveaux patients qui accèdent aux soins à un stade avancé à tous les niveaux de la pyramide sanitaire et 9 % de patients au stade IVSA qui décèdent.
- Les ruptures fréquentes de test CD4 limitent fortement l'identification des patients asymptomatiques ou au stade OMS 1-2 et la proportion de patients classés au stade 3-4 avec des CD4>200/mm³ interrogent les limites de la classification clinique. Le déploiement de CD4 en technique rapide est prévu pour palier ces difficultés.
- L'implémentation du test TB-LAM par les prestataires au lit du patient est faisable à tous les niveaux de la pyramide sanitaire alors que l'accès au CrAg reste beaucoup plus limité en raison de l'absence de circuits de transport de prélèvements fonctionnels au niveau des centres de santé mais aussi de difficultés organisationnelles au niveau des laboratoires notamment au CHR. Ce résultat confirme l'intérêt de décentralisation des tests réalisables par les prestataires de soins à tous les niveaux de la pyramide sanitaire pour pallier les difficultés structurelles des systèmes de santé.



	Centre hospitalier régional	Hôpitaux généraux & Centre médico-social	CSU, CSR	Total	P
Identification des patients au stade avancé					
File active PVVIH, N	801	3611	904	5316	
PVVIH éligibles au screening IVSA, N (%)	63/801	362/3611	93/904	518	0,14
Classification OMS réalisée, N (%)	63/63 (100%)	346/362 (96%)	93/93 (100%)	502/518 (97%)	1
Stade OMS 3-4, N (%)	11/63 (17%)	52/362 (15%)	13/93 (14%)	76/502 (15%)	0,8
Résultats CD4 disponibles, N (%)	24/63 (37%)	125/362 (34%)	26/93 (28%)	175/518 (34%)	0,18
CD4 < 200/mm ³ , N (%)	5/24 (22%)	54/125 (43%)	6/26 (21%)	65/176 (37%)	0,03
PVVIH classés au stade IVSA, N (%), dont :	19/63 (30%)	119/362 (33%)	20/93 (22%)	158/518 (30%)	0,10
• nouveaux patients	8/52 (15%)	74/218 (34%)	13/80 (34%)	95/350 (27%)	0,001
• patients en rupture de suivi ou échec	8/8 (100%)	36/135 (27%)	6/12 (50%)	50/155 (32%)	< 0,001
• enfants < 5 ans	3/3 (100%)	9/9 (100%)	1/1 (100%)	13/13 (100%)	1
PVVIH IVSA stade 3-4 avec CD4 > 200/mm ³ , N (%)	9/13 (69%)	10/31 (32%)	1/2 (50%)	20/46 (43%)	0,056
Patients au stade IVSA : accès aux tests diagnostiques et résultats					
TB-LAM réalisé, N (%)	18/19 (95%)	80/119 (67%)	15/20 (75%)	113 (71%)	0,034
TB-LAM positif, N (% test réalisé)	14/18 (78%)	23/80 (29%)	7/15 (47%)	44/113 (38%)	< 0,001
GenXpert-MTB réalisé, N (%)	0/19 (0%)	15/119 (13%)	1/20 (5%)	16/113 (14%)	0,24
GenXpert-MTB positif, N (% test réalisé)	0/0 (0%)	7/15 (47%)	1/1 (100%)	8/16 (50%)	1
CrAg sanguin réalisé, N (%)	2/19 (11%)	62/119 (52%)	0/2 (0%)	64/158 (41%)	< 0,001
CrAg sanguin positif, N (% test réalisé)	1/2 (50%)	1/62 (2%)	0/2 (0%)	2/66 (3%)	0,62
Patients au stade IVSA : infections opportunistes					
Patients avec IO documentée, N (% patient IVSA)	18/19 (95%)	39/119 (33%)	8/20 (40%)	63/158 (40%)	< 0,001
Tuberculose, N (% IO)	14/18 (78%)	32/39 (82%)	8/8 (100%)	52/63 (83%)	0,45
Toxoplasmose cérébrale, N (% IO)	1/18 (5,5%)	4/39 (10%)	0/8 (0%)	5/52 (10%)	1
Infection bactérienne sévère (pneumopathies, méningite, méningo-encéphalite), N (% IO)	1/18 (5,5%)	3/39 (8%)	0/8 (0%)	4/52 (8%)	1
Cryptococcose neuroméningée, N (% IO)	1/18 (5,5%)	0/39 (0%)	0/8 (0%)	1/52 (2%)	1
Candidose oesophagienne, N (% IO)	1/18 (5,5%)	0/39 (0%)	0/8 (0%)	1/52 (2%)	1
Patients au stade IVSA : prise en charge thérapeutique et évolution					
Traitement préventif TB, N (% patients sans TB)	1 (20%)	33 (38%)	1 (8%)	35 (33%)	0,33
Traitement ARV (initiation ou reprise), N (%)	19/19 (100%)	118/119 (99%)	20/20 (100%)	157/158 (99%)	1
Patients décédés, N (%)	1/19 (5%)	13/119 (11%)	1/20 (5%)	15/158 (9%)	0,7



- La tuberculose est de loin l'infection opportuniste la plus fréquente et l'introduction du TB-LAM paraît à ce titre un enjeu essentiel pour augmenter le dépistage et le traitement précoce chez les patients au stade avancé, en complément du test GenXpert dont l'indication reste limitée aux patients ayant une suspicion clinique de la TB et dont l'utilisation semble limitée.
- La cryptococcose, malgré un faible accès au test, semble une pathologie relativement rare en comparaison de la tuberculose et le dépistage systématique, indépendamment du taux de CD4, pourrait être rediscuté pour optimiser l'utilisation des ressources et limiter la charge de travail des soignants.
- On observe une proportion d'infections opportunistes documentées chez les patients IVSA nettement plus élevée au niveau du CHR, pouvant traduire une utilisation différente et adaptée des services de santé par les patients (les plus gravement malades se présentant dans la structure de référence), mais aussi une capacité de diagnostic plus élevée à ce niveau.
- Si l'accès au traitement préventif de la TB reste toujours très limité, l'accès au traitement ARV immédiat, essentiel pour réduire la mortalité, est très satisfaisant malgré la relative complexité de la mise en place de cette nouvelle stratégie IVSA et la charge de travail supplémentaire pour les soignants.