



1^{ER} DÉCEMBRE 2010
JOURNÉE MONDIALE
DE LUTTE CONTRE LE SIDA

VIH/SIDA : SIMPLIFIER POUR SOIGNER PLUS



INTRODUCTION

Fin 2009, l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) a émis de nouvelles recommandations internationales sur le front de la lutte contre le VIH/sida. Il s'agit de prendre en charge plus de patients, en initiant un traitement antirétroviral plus tôt, avec de meilleurs médicaments. Ces mesures auront pour conséquence une augmentation du nombre de personnes infectées éligibles au traitement. Ces nouvelles recommandations, si bénéfiques soient-elles, posent de nombreux défis et interviennent dans un contexte international défavorable.

Depuis plus d'un an, la mobilisation autour du VIH/sida fléchit. Les programmes de prévention et de traitement peinent à réunir les fonds nécessaires à la poursuite de leurs activités. Sur fond de « récession économique », les principaux financeurs plaident pour une plus grande efficacité des sommes dépensées.

Parallèlement, les chiffres de la pandémie de sida ne décroissent pas : 33 millions de personnes infectées dans le monde (sources : ONUSIDA/OMS 2009). L'Afrique sub-saharienne reste la zone la plus touchée, totalisant 70% du nombre de personnes vivant avec le virus du sida. Dans les pays en développement, 7 millions de personnes n'ont toujours pas accès à un traitement antirétroviral (ARV). Pour satisfaire aux recommandations émises par l'OMS, la simplification du suivi médical des patients est donc plus que jamais d'actualité.

MSF traite aujourd'hui près de 160 000 personnes dans une vingtaine de pays. S'appuyant sur des expériences de terrain dans des contextes à ressources limitées, ce dossier se propose de montrer les différents axes développés par MSF pour simplifier le dépistage et le suivi des patients afin d'augmenter l'accès au traitement : décentraliser et simplifier les protocoles de soins, transférer des compétences, débiter le traitement plus tôt, utiliser de nouveaux outils de suivi biologique, avoir accès à de nouvelles molécules provoquant moins d'effets secondaires, ne pas abandonner sans soins les patients compliqués...



CONSOLIDER LES STRATEGIES DEPLOYEES : SIMPLIFIER LA PRISE EN CHARGE

Aujourd'hui, les thérapies antirétrovirales ont transformé l'infection VIH en une maladie chronique. De nombreux patients connaissent bien leur maladie, et peuvent désormais bénéficier d'un suivi médical amplement allégé. Les stratégies nouvellement déployées tendent à une plus grande responsabilisation du patient et à la simplification de sa prise en charge. Les équipes médicales peuvent alors se concentrer sur le traitement des cas plus compliqués.

Décentraliser et déléguer

A partir de 2003, la baisse du prix des ARV a permis un élargissement de l'offre de soins et une augmentation du nombre de patients mis sous traitement. « Très vite, on s'est rendu compte que notre principal hôpital était surchargé. En même temps, beaucoup de personnes vivant dans les zones plus reculées de la zone n'avaient pas accès au traitement. La plupart d'entre elles ne pouvaient pas payer le coût régulier du transport », explique Martha Huckabee, chef de mission au Malawi à propos du projet MSF à Chiradzulu, où près de 18 000 patients sont sous traitement.

Il faut alors faciliter l'accessibilité des patients aux traitements et désengorger les principales structures de santé. La décentralisation des soins va consister à transférer certaines activités des principaux hôpitaux vers les centres de santé périphériques.

Parallèlement, il faut faire face à une pénurie de personnels de santé. La décentralisation des soins s'accompagne donc d'une délégation de certaines tâches du clinicien à l'infirmier. Au Malawi par exemple, si les infirmiers assurent le suivi des personnes séropositives, ils peuvent aussi initier une thérapie antirétrovirale. Le dépistage et le soutien psychosocial sont réalisés par du personnel non spécialisé mais formé.

« Dans un contexte comme le Malawi où il y a 2 médecins pour 100 000 habitants, nous nous sommes vite rendus compte qu'il serait illusoire de rester sur un modèle classique, où les patients VIH devaient absolument être vus par des médecins »,

se souvient le Docteur Ali Ouattara, aujourd'hui coordinateur médical pour MSF au Kenya.

Dans de nombreuses zones, l'accès au traitement demeure encore aujourd'hui un problème. Sur les bords du lac Victoria, dans la ville de Homa Bay au Kenya, MSF a débuté la mise sous ARV de patients séropositifs en novembre 2001.

En dépit de cette longue présence dans la région, de la gratuité et de la décentralisation des soins dans huit centres de santé périphériques, le constat est parfois amer.



« Même ici, les gens continuent de mourir du sida.

Certaines zones de la province demeurent éloignées des centres de santé.

Certains patients se font dépister, viennent chercher une fois ou deux leurs médicaments, et ne reviennent plus. Lorsqu'on essaye ensuite de les retrouver, d'aller les chercher jusque dans leurs villages, certains nous expliquent qu'ils n'ont pas d'argent pour revenir régulièrement.

D'autres sont morts sans avoir pu revenir au centre de santé le plus proche »,

explique Anna Tavares, responsable du projet MSF à Homa Bay, où plus de 7500 patients reçoivent un traitement ARV.



Rendez-vous dans 6 mois

Les patients qui suivent correctement leur traitement et qui ne souffrent pas d'effets secondaires sont nombreux à être « stables » : ils sont sous thérapie antirétrovirale depuis plus de douze mois, ne présentent pas d'infections opportunistes et ne rencontrent pas de problèmes majeurs dans la prise de leurs médicaments.

Pour tenter de simplifier encore la prise en charge, MSF fait évoluer les protocoles de soins. Ainsi, certains patients stables se voient proposer une consultation médicale semestrielle, avec un réapprovisionnement en médicaments tous les trois mois. Pendant ce laps de temps, les patients présentant un problème savent qu'ils doivent rapidement revenir au centre de santé pour être vus par un clinicien.

« Dans le district de Chiradzulu, environ 700 nouveaux patients séropositifs sont dépistés chaque mois. Sur ces 700 personnes, 350 débutent rapidement le traitement antirétroviral. Comme on ne guérit pas du VIH/sida, le nombre de personnes sous traitement est toujours en augmentation. Alléger la charge de travail pesant sur les personnels de santé et structures médicales sont des challenges qu'il faut constamment relever. (...)

En donnant plus d'autonomie au patient et en le rendant responsable de sa santé, on peut espacer les consultations médicales tous les six mois. La charge de travail sur les centres de santé est donc réduite. Les patients ayant besoin d'une plus grande attention, parce qu'ils sont malades ou qu'ils présentent des complications, peuvent mieux recevoir les soins spécifiques dont ils ont besoin »,

résume Martha Huckabee, chef de mission au Malawi.

Au Malawi par exemple, 3000 patients bénéficient de ce suivi allégé. A terme, il s'agit de proposer cette alternative à un maximum de patients dans tous les projets MSF. La simplification du suivi médical, en décentralisant et en allégeant la prise en charge des patients, est une stratégie indispensable pour dégager du temps aux soignants pour les cas compliqués et leur permettre de continuer à initier un plus grand nombre de nouveaux patients.

VERS UNE PLUS GRANDE RESPONSABILITÉ CONFÉRÉE AUX PATIENTS ET À LA COMMUNAUTÉ

L'« **éducation thérapeutique** » au patient est une composante essentielle des programmes VIH/sida. Dans le projet à Chiradzulu au Malawie, près de 30 personnes travaillent à plein temps auprès des patients sur la résolution des problèmes et contraintes liées à la prise des médicaments ou à la maladie. Cet aspect évolue aussi aujourd'hui.

Modifier la manière de suivre les patients et s'adapter à leurs attentes est une des difficultés actuelles des programmes. Pendant la première année de traitement, environ six séances d'éducation thérapeutique sont proposées aux patients, dont deux à trois séances avant la première prise de médicaments. Au terme de la première année, les patients se sentent généralement mieux, la plupart d'entre eux comprennent et connaissent leur maladie. Les séances sont alors uniquement proposées aux patients ayant des problèmes d'adhérence au traitement. Ceux qui en éprouvent le besoin peuvent continuer à solliciter un soutien. Plus généralement, il s'agit de donner plus de flexibilité et d'autonomie aux patients pour qu'ils puissent vivre normalement.

Mais cet équilibre entre une plus grande responsabilité et un accès toujours garanti à des soins de qualité est difficile à assurer. Pour Martha Huckabee, « *la grande difficulté consiste à trouver ce juste milieu. Il faut donner accès à des médicaments mais aussi à des soins de qualité, ce qui suppose de faciliter l'accès des patients au personnel de santé, et en même temps, leur laisser la possibilité de décider pour eux-mêmes de leur propre santé.* »

Au-delà du suivi individuel des patients, il faut transférer plus de responsabilités à la communauté. « *Parce que le sida n'est pas seulement l'affaire de la personne séropositive, la communauté et les familles doivent aussi se sentir concernées* », ajoute Martha Huckabee. Faciliter la création de groupes de support pour les patients, tenter de travailler sur la réduction du stigma, inciter au dépistage précoce des adultes et des enfants, sont autant de composantes essentielles à un engagement accru de l'entourage des personnes séropositives.



PRIORITE 2011 : DES TESTS SIMPLES ET EFFICACES POUR SIMPLIFIER LE SUIVI BIOLOGIQUE DES PATIENTS



© Brendan Bannon

Deux examens sanguins essentiels permettent de contrôler la façon dont le VIH affecte les patients : la mesure du taux de cellules CD4 et celle de la charge virale. Le taux de cellules CD4 donne des indices sur l'état du système immunitaire et permet de déterminer quand commencer le traitement anti-VIH. La charge virale mesure la quantité de virus dans le sang, elle est généralement utilisée pour vérifier l'efficacité des médicaments.

« Comme tous les traitements à vie, nous devons nous assurer que les médicaments administrés continuent d'être efficace contre le virus. La prise de médicaments sur le long terme provoque chez certains patients des résistances aux traitements.

Il est donc primordial de s'assurer que les patients ne sont pas en échec de traitement, qu'ils prennent bien leurs médicaments et que la maladie répond encore favorablement aux médicaments. Et cela doit être contrôlé par des tests biologiques »,

explique Martha Huckabee, chef de mission au Malawi.

Bien qu'essentiels dans l'initiation et le suivi du traitement, ces deux tests restent peu disponibles dans la plupart des pays à ressources limitées. Les contraintes liées à leur utilisation les rendent peu accessibles et difficiles à réaliser.

Des tests peu adaptés aux contraintes de terrain

« A Chiradzulu, nous avons les moyens techniques de réaliser les tests CD4, mais seulement dans le laboratoire de l'hôpital.

Et pour faire ce test, le sang doit être maintenu à une température tempérée.

Concrètement, cela veut dire qu'il faut des glacières, que le sang doit être très rapidement transporté au laboratoire pour être analysé. Chaque jour, nous envoyons des voitures sillonner le district pour collecter les échantillons de sang dans tous les centres de santé.

C'est un luxe que beaucoup n'ont pas. (...)



© Isabelle Merny

Quant à la mesure de la charge virale, seulement deux laboratoires peuvent le faire au niveau provincial. Peu de districts ont la capacité d'y acheminer les échantillons de sang et de pouvoir retourner les résultats aux patients.

Pour l'instant, nous sommes contraints de limiter ces examens aux patients suspectés en échec de traitement. Souvent, ces tests interviennent donc trop tardivement pour le patient, et les résultats sont très lents à obtenir.

Cette utilisation parcimonieuse des tests, à laquelle nous sommes forcés, empêche l'efficacité des traitements de seconde ligne. Le temps de recevoir les résultats, l'état de santé des patients s'est parfois dégradé. Si nous pouvions faire ces tests au niveau des centres de santé, au plus près des patients, cela révolutionnerait la prise en charge. »

Martha Huckabee, chef de mission au Malawi.



Les moyens actuels à disposition des équipes de terrain ne permettent pas de suivre correctement les patients, notamment de vérifier régulièrement l'efficacité du traitement pour rapidement diagnostiquer les échecs. Bien souvent, une chute importante de l'immunodépression (taux de CD4) ou l'apparition d'infections opportunistes est l'unique signe pour les patients et le personnel médical indiquant une éventuelle résistance aux médicaments. En conséquence, le rythme d'inclusion des patients en deuxième ligne de traitement est anormalement bas. Sur 160 000 patients traités par MSF, seulement 1600 sont traités avec des médicaments de deuxième intention.

Si l'on veut continuer un travail de qualité sur le long terme, la mise au point d'outils efficaces plus simples est une urgence. Il faut pouvoir réaliser ces tests directement dans les centres de santé en tenant compte des contraintes des pays à ressources limitées.

© Isabelle Merny

INNOVER POUR SIMPLIFIER

Des nouvelles techniques de tests simples en cours d'évaluation à Chiradzulu, Malawi.

Un test CD4

efficace, rapide, facile d'utilisation (« point of care » test).

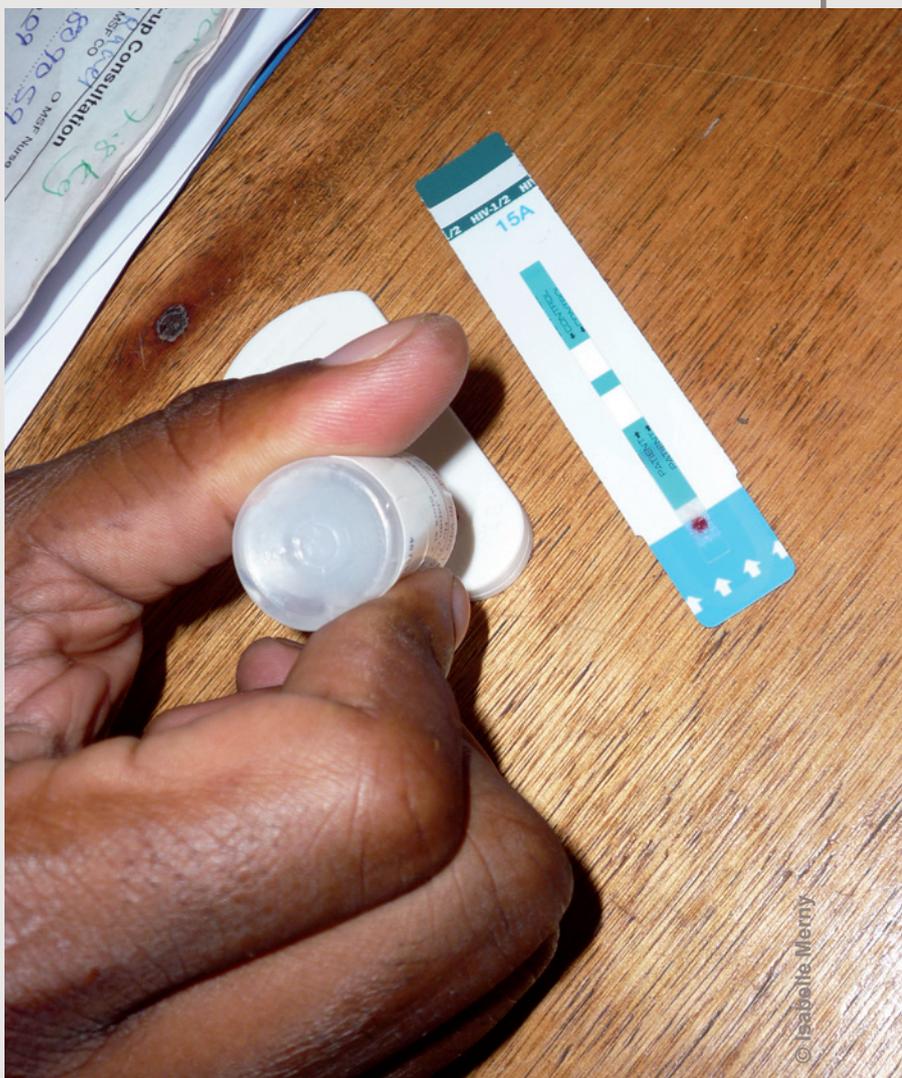
La mesure du taux de cellules CD4 permet de déterminer le moment de mise sous traitement d'un patient et la mesure de son immunité. Ce test biologique, actuellement uniquement réalisable au niveau des laboratoires ayant un degré de technicité élevé, est essentiel dans l'initiation et le suivi des patients.

En collaboration avec les autorités sanitaires du Malawi, MSF travaille en ce moment à l'évaluation d'un nouveau test CD4 développé par la compagnie Zyomyx dans le cadre d'une initiative de l'Imperial College of Medicine (Londres).

Le but de cette étude est ainsi d'évaluer la faisabilité et la fiabilité de ce nouveau test en conditions de « terrain », effectué par des personnels non médicaux au niveau des centres de santé.

Si les résultats s'avéraient satisfaisants, la mise à disposition à large échelle de ce nouveau test pourrait radicalement modifier les capacités d'initiation et de suivi du traitement. La numération des CD4 pourrait être connue directement au moment de la consultation ; la décision d'initier le traitement et la mesure de l'immunité du patient – souvent utilisée comme indicateur de la réponse au traitement – pourraient être immédiates.

Ce nouveau test donne des résultats en 10 minutes par une simple lecture visuelle. Il fonctionne sans électricité tandis que la plupart des centres de santé en sont rarement équipés. Le prélèvement d'un simple échantillon de sang prélevé au bout du doigt et aspiré par capillarité suffit.



Un test de charge virale

rapidement utilisable en laboratoire peu spécialisé.

Essentielle pour déterminer l'efficacité des médicaments, la mesure de la charge virale est aujourd'hui un test biologique peu accessible dans la plupart des pays en développement. Il doit être effectué dans des laboratoires hautement spécialisés.

Le test SAMBA (Simple Amplification Based Assay) a été mis au point par une unité de recherche de l'Université de Cambridge. MSF, en collaboration avec le ministère de la Santé du Malawi, va participer à

l'essai clinique du prototype. Il s'agit d'un test qui détecte la présence de virus à partir d'un certain seuil (1000 copies de virus par millimètre de sang).

Une charge virale supérieure peut être le signe d'un début de résistance aux médicaments. Rappelons qu'il est important de détecter l'échec très rapidement, de manière à éviter l'accumulation des mutations qui rendent les traitements de seconde ligne moins efficaces.

La manipulation est donc suffisamment simple et ne mobilise pas l'expertise d'un technicien de laboratoire.

L'interprétation des résultats est visuelle, par lecture d'une bandelette. Mais en l'état actuel de son développement, le test nécessite l'emploi de trois appareils fonctionnant à l'électricité ; c'est un des principaux éléments subordonnant encore son utilisation en laboratoires.

« Même si ce test ne peut fonctionner pour le moment qu'avec une source d'énergie conventionnelle, nous espérons disposer à terme d'une technologie encore plus simplifiée pour pouvoir l'utiliser au niveau des centres de santé. L'étude de faisabilité et de fiabilité doit bientôt commencer, et si elle se révèle positive, sa mise en circulation doit aller le plus vite possible.

Cela va permettre une énorme amélioration de la prise en charge des patients. Ce test devrait également permettre aux techniciens de laboratoires plus qualifiés de se concentrer sur la réalisation de tests plus complexes. »

Monique Gueguen, médecin biologiste à MSF



LE TENOFOVIR : UN MEILLEUR TRAITEMENT POUR UN SUIVI SIMPLIFIÉ



« Simplifier les soins
ne signifie pas
faire de la médecine
de seconde zone
ou prodiguer
des soins au rabais. »

Dr Ali Ouattara, coordinateur médical MSF au Kenya.

En 2010, l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) a émis de nouvelles recommandations pour la prise en charge des patients atteints de VIH/sida. L'un des principaux points concerne l'administration d'un nouveau traitement de première ligne composé d'une nouvelle molécule : le Ténofovir (TDF).

Moins d'effets secondaires, un suivi simplifié

Dans les pays en développement, la **stavudine (d4T)** est l'un des antirétroviraux le plus utilisé en première intention.

Combiné à d'autres médicaments dans des associations à dose fixe, ce traitement a permis d'éviter la mort de milliers de malades. Mais il provoque de nombreux effets secondaires : **neuropathie périphérique**, **lipodystrophie**, **acidose lactique**, des effets qui limitent fortement la durée de son utilisation.

Principaux effets secondaires des traitements actuels à base de stavudine (D4T)

Neuropathie périphérique sensitive : atteinte des nerfs périphériques qui entraîne des douleurs importantes, pouvant aller jusqu'à empêcher la motricité.

Lipodystrophie : redistribution des graisses entraînant une fonte des graisses au niveau des membres et du visage ou au contraire une accumulation au niveau de l'estomac, des épaules et du cou. Il s'agit de stigmates du traitement souvent très mal supportés par les patients.

Acidose lactique : troubles souvent mortels de l'équilibre acido-basique du corps.

Dans les pays développés, les traitements à base de stavudine (D4T) sont maintenant remplacés par des molécules provoquant moins d'effets secondaires.

L'utilisation de ces médicaments à large échelle devrait donc permettre de réduire la charge de travail, liée à la prise en charge des effets indésirables provoqués par les anciennes molécules.

A ce jour, l'effet secondaire le plus courant associé au ténofovir est le dysfonctionnement de la fonction rénale. Des tests biologiques sont donc nécessaires pour surveiller de temps en temps le bon fonctionnement des reins. Dans les pays à ressources limitées, l'accès à ces tests effectués en laboratoire n'est pas toujours aisé. Il faut donc là aussi développer des tests simples et rapides utilisables dans

les centres de santé. Mais le moindre profil de toxicité de cette molécule plaide largement en sa faveur et permettra une simplification du suivi médical.

« L'administration de ce médicament est très simple : un comprimé par jour, provoquant peu d'effets secondaires. Nous espérons donc voir moins de complications chez les patients. Cela va réduire la charge de travail parce qu'il y aura moins de cas compliqués à gérer, donc on pourra mettre de plus en plus de patients sous traitement », Martha Huckabee, chef de mission au Malawi.

L'actuelle ligne de traitement à base de D4T est efficace, mais la gravité de ses effets secondaires rend difficile l'adhérence des patients sur le long terme. La mise à disposition d'une première ligne de traitement simple, efficace et bien tolérée est donc essentielle. Elle permettra aussi de pouvoir suivre un nombre croissant de patients.



Des défis de mise en oeuvre

Cet été, dans le projet MSF de Mathare au Kenya, 40% des patients qui prenaient l'ancien traitement (D4T) ont changé pour le ténofovir. Ce changement a été rapide et concluant pour de nombreux patients, qui en ressentent dès à présent les effets positifs. Mais ce qu'il est possible de réaliser pour une cohorte de 2500 patients l'est beaucoup moins à large échelle. Au Malawi par exemple, MSF fournit un traitement ARV à près de 18 000 patients. Le changement de ligne de traitement risque d'être plus compliqué et pose de nombreuses questions d'ordre médical, politique et organisationnel.

« Certains de nos patients sont très informés, ils savent que de meilleurs traitements existent. Mais on ne va pas pouvoir changer le traitement de tous les patients en un jour. Il va vraiment falloir informer les gens et expliquer les modalités du changement »,

explique Martha Huckabee, chef de mission au Malawi.

Le coût risque également d'être un problème. Le ténofovir est un médicament plus cher. Une trithérapie contenant du ténofovir coûte approximativement 180 dollars par an et par patient contre 80 dollars pour les précédentes à base de stavudine (D4T). Ces prix entraînent un surcoût non négligeable pour les projets sur le terrain. De récentes études tendent toutefois à démontrer que le surcoût engagé à l'achat devrait être annulé par celui dépensé jusqu'alors dans la gestion des effets secondaires et par l'allègement du suivi médical.

A un niveau plus global, le problème du coût reste entier. Dans de nombreux pays, les Etats vont se retrouver face à un dilemme important. L'exemple du Malawi est assez représentatif des questions soulevées par l'introduction de ces nouvelles lignes de traitements.



© Michael G.Nielsen

« Cette année, nous savons que le Fonds Mondial de lutte contre le paludisme, la tuberculose et le sida n'a pas reçu les financements à la hauteur des besoins. C'est vraiment très décevant. Pour un pays comme le Malawi, cela signifie très concrètement qu'ils vont devoir choisir qui recevra en priorité ces nouveaux médicaments. C'est une décision injuste »,

conclut Martha Huckabee, chef de mission au Malawi.

INITIER UN TRAITEMENT PLUS TÔT : QUELS AVANTAGES ?

Les nouvelles recommandations de l'OMS stipulent également de prendre en charge les patients plus tôt dans leur infection et dans l'évolution de la maladie. Il s'agit de commencer la prise des médicaments lorsque les CD4 – marqueurs de l'état des défenses immunitaires – ne sont pas trop bas. Actuellement, MSF initie la mise sous traitement ARV d'un patient lorsque ce taux est inférieur à 250 par millilitre de sang, sauf pour les femmes enceintes et les patients symptomatiques, qui eux démarrent plus tôt le traitement. Avec les nouvelles recommandations, ce seuil est désormais rehaussé à 350.

Concrètement, le nombre de patients éligibles à un traitement doit donc augmenter. Au Malawi, dans le district de Chiradzulu, où MSF assure le traitement de 18 000 patients sous ARV, les équipes anticipent une augmentation d'au moins 10% du nombre de personnes séropositives à prendre en charge. Si la mise en place de ce protocole de soins aura à terme des effets bénéfiques sur la simplification du suivi médical, il reste à savoir comment gérer aujourd'hui cette soudaine augmentation.

A court ou moyen terme, cette prise en charge précoce devrait permettre de réduire le nombre de patients développant des maladies opportunistes, comme la tuberculose. La mise sous traitement tardive des patients est bien souvent un facteur favorisant la survenue d'autres pathologies associées au sida. Si le nombre de patients éligibles au traitement va augmenter dans un premier temps, les taux de mortalité et le pourcentage d'hospitalisation devraient donc réduire ultérieurement. Et si elle nécessite un certain nombre d'ajustements dans le fonctionnement des équipes médicales, la mise en œuvre à large échelle de cette nouvelle recommandation devrait simplifier considérablement la prise en charge des patients déjà sous ARV tout en permettant à d'autres personnes séropositives d'obtenir à leur tour un traitement.

CONCLUSION

La mise sous traitement de quatre millions de personnes a eu un impact significatif sur la réduction de la mortalité et de la morbidité des personnes traitées. La diffusion de traitements à plus large échelle entraîne également une baisse de la mortalité globale et permet d'alléger la gestion des systèmes de santé.

Pourtant, les efforts engagés dans la lutte contre le VIH/sida n'ont pas permis de briser la dynamique de la pandémie. Pour ne pas décourager les principaux bailleurs de fonds, d'aucuns militent à présent pour l'« accès universel » aux traitements de toutes les personnes vivant avec le sida. En pratique, les pays en développement se heurtent néanmoins à des ressources financières, humaines et organisationnelles limitées, tandis qu'au niveau international les efforts financiers marquent le pas.

Plus que jamais, la lutte contre le sida menée par MSF passe par une simplification du suivi médical des patients.

Moins qu'une fin en soi, il s'agit de permettre au plus grand nombre de personnes d'avoir accès au traitement.