

Les difficultés rencontrées par les malades pour suivre leur traitement antirétroviral au Centre de traitement ambulatoire de Libreville, Gabon.

U. Nziengui (1), C. Zamba (2) & J.-L. Rey (1)

(1) ESTHER « Ensemble pour une solidarité thérapeutique hospitalière en réseau » ; 36, rue de Charenton, 75012 Paris, France. E-mail : jean-loup.rey@esther.fr

(2) Centre de traitement ambulatoire de Libreville, Gabon.

Manuscrit n° 2635. "Santé publique". Reçu le 27 octobre 2003. Accepté le 25 octobre 2005.

Summary: Difficulties of the patients to undergo their ARV treatment at the Libreville outpatient health center, Gabon.

The therapeutic observance is a real issue of chronic diseases. This issue is twice as much important in the case of aids treatment by antiretrovirals as a good observance is essential to avoid emergence of resistances and to improve patients' health.

A research was conducted in Libreville, the capital of Gabon, at the ambulatory treatment center of HIV patients. The interviews of one hundred patients of the center, under treatment for more than two months, concerned their problems related to specific drugs intake and have helped to point out some reasons of non observance.

The first reason refers to side effects inducing many difficulties in regular drugs intakes, a complete information is requested by the patients.

Another main reason of non observance or bad observance is linked to material and financial problems or to treatment's reduced accessibility. The research points out the importance of supplementary treatment costs (transportation, sick leave, food).

At last, major observations were made on schedule management, drugs intake management, needs for more information and help for prevention, everyday life and diet.

Résumé :

L'observance thérapeutique est un enjeu des maladies chroniques. Cet enjeu est double dans le traitement du sida par antirétroviraux, car une bonne observance est nécessaire pour éviter l'apparition de résistances et pour assurer une amélioration de l'état de santé des malades.

Une étude a été réalisée à Libreville, capitale du Gabon, dans le centre de traitement ambulatoire des patients affectés par le VIH. Les entretiens avec 100 patients du centre, traités depuis plus de deux mois, sur leurs problèmes liés à la prise des médicaments spécifiques ont permis de mettre en lumière certaines causes de non observance.

La première cause se rapporte aux effets indésirables qui entraînent de multiples difficultés dans la régularité des prises : une information plus complète est demandée par les malades. Une autre cause importante de non observance ou de mauvaise observance est liée aux problèmes matériels et financiers ou à une accessibilité réduite au traitement. L'étude met en relief l'importance des coûts annexes au traitement (transport, arrêt de travail, alimentation).

Enfin des observations importantes ont été faites, concernant la gestion des horaires, la gestion des prises, les besoins en informations et aides concernant la prévention, la vie quotidienne, l'alimentation.

Introduction

Les responsables de la santé au niveau international se sont donné pour objectif la mise en traitement d'un million de malades africains nécessitant un traitement antirétroviral (ARV) avant la fin de l'année 2005 (6). Les conditions préalables à ce « scaling-up » sont la disponibilité des médicaments, la présence de soignants formés, l'existence de moyens et structures pour assurer la continuité des soins. Cette continuité des soins doit aussi permettre une bonne observance, terme utilisé au sens large d'adéquation entre les prescrip-

tions médicales et la prise réelle des médicaments. Une bonne observance présente un intérêt individuel pour le patient en assurant l'efficacité du traitement et un intérêt collectif pour la communauté en prévenant l'apparition des résistances (3).

Or, le personnel de santé a été peu ou mal formé à la prise en charge des maladies chroniques (2); de plus, les données sur les obstacles à une bonne observance dans les pays en développement sont rares (4, 5) et elles concernent le plus souvent des essais thérapeutiques dont les résultats sont difficilement transposables aux situations opérationnelles. C'est pourquoi, il a semblé utile d'étudier les problèmes rencontrés

observance
aids
antiretroviral treatment
therapeutic follow-up
outpatient health center
Libreville
Gabon
Sub-Saharan Africa

observance
sida
traitement antirétroviral
suivi thérapeutique
centre de traitement ambulatoire
Libreville
Gabon
Afrique intertropicale

par les malades pour suivre leur traitement ARV dans le cadre du Centre de traitement ambulatoire (CTA) de Libreville au Gabon.

L'objectif de cette étude est de recenser les problèmes vécus par les malades pour suivre leur traitement et les solutions qu'eux même proposent pour y remédier. Les relations entre observance et efficacité du traitement, considérées comme acquises, ne sont pas étudiées.

Méthodes

Contexte

Le Gabon est un pays d'environ un million d'habitants, il est resté peu atteint par l'infection due au VIH jusqu'au début des années 1990. Mais, depuis 1995, on assiste à une progression rapide des taux d'infection pour atteindre 9,1 % à Port Gentil en 2001 et 7,7 % à Libreville en 2000. Le nombre de nouveaux cas de sida était estimé à 594 en 1999 et 822 en 2001. Un fonds national de solidarité a été mis en oeuvre en 2002 pour la prise en charge thérapeutique des malades, il est d'un montant de 1 milliard de CFA par an.

En décembre 1999 a été ouvert, grâce à la Croix rouge française et au Gouvernement gabonais, le CTA dans l'enceinte du centre hospitalier de Libreville. En mai 2003, ce centre suit et prend en charge une file active de 1 200 patients dont 400 sont sous ARV. Ce CTA offre des services complets aux patients affectés et infectés par le VIH, avec une équipe comportant deux médecins, quatre infirmiers, un psychologue et trois travailleurs sociaux.

Les patients sont mis en traitement ARV après avis d'un comité d'éligibilité, ils bénéficient d'une trithérapie avec deux inhibiteurs nucléosidiques associés, soit à un non nucléosidique, soit à un inhibiteur de protéase. Une fois sous trithérapie, les patients se rendent tous les mois au CTA pour un contrôle bio clinique et le renouvellement de leur ordonnance. La participation des patients au coût du traitement se répartit selon quatre niveaux de 8, 18, 30 et 80 euros.

Choix des sujets

Au départ, il était prévu de faire des entretiens avec, d'une part des malades ayant été assidus, (c'est-à-dire étant venu à plus de 80 % des visites programmées), d'autre part des malades ayant été peu assidus.

En fait, il est apparu que la liste des visites mensuelles de suivi n'était pas disponible. Par ailleurs, de nombreux consultants attendant dans la salle d'attente étaient venus pour d'autres raisons qu'une visite de suivi. Inversement, certains patients déléguaient un de leurs proches muni de leur numéro de dossier pour se faire délivrer les médicaments : il n'a donc pas été possible de choisir parmi les consultants dans la salle d'attente.

En définitive, la méthode de sélection retenue a consisté à téléphoner à un certain nombre de malades, choisis au hasard sur le fichier comportant tous les numéros des patients traités, et à leur demander de venir au CTA pour un entretien.

Enquête

Il s'agit d'une enquête transversale, descriptive, semi-qualitative, destinée à recenser les problèmes rencontrés par les patients pour suivre leur traitement.

L'enquête elle-même a consisté en l'administration d'un questionnaire semi-directif, en vis-à-vis, dans une salle de consultation du centre de traitement. Le questionnaire, en

cours d'utilisation dans d'autres pays africains et adapté au contexte, contient des données démographiques et médicales ainsi que des informations sur les différentes modalités de non ou mal observance. À chaque patient est demandé s'il a été confronté durant les trois mois précédents à des oublis, omissions, empêchements ou difficultés pour suivre les prescriptions médicales concernant la prise des ARV. Pour chacune des quatre modalités ci-dessus, des questions sur la fréquence, les horaires et les origines des dys-observances ressentis par le patient sont posées. Il est aussi demandé au patient ses propositions pour améliorer la situation relatée. Les oublis ont été définis par l'enquêteur comme des sauts de prise involontaires constatés *a posteriori*, les omissions comme des sauts (ou retards) de prise volontaires, les empêchements comme des événements extérieurs ayant interdit la prise (maladie, ramadan, voyage), les difficultés comme des contraintes externes ayant gêné les prises (horaires ou environnement professionnel). Le questionnement sur ces différentes modalités a permis de prendre en compte globalement les modifications d'horaires et de doses décomptées avec les sauts de prise.

La fréquence de ces événements a été évaluée par les patients avec les adjectifs suivants ; « rarement » quand ils se sont produits au plus une fois par mois, « parfois » quand ils se sont produits de 2 à 3 fois par mois, « souvent » quand ils se sont produits une fois par semaine (ou plus).

L'enquête s'est déroulée au CTA de Libreville du 2 décembre 2002 au 4 janvier 2003. Des entretiens plus prolongés ont été réalisés avec des patients qui le souhaitaient sur des sujets divers (entretiens qualitatifs).

Analyse

L'analyse des questionnaires a été faite grâce au logiciel EPI-INFO6; les fréquences ont été comparées par le test du χ^2 de Mantel Haenszel et les moyennes par ANOVA ou les tests non paramétriques (Kruskal Wallis), quand ANOVA n'était pas utilisable.

Résultats

Caractéristiques socio-démographiques

L'échantillon concerne 100 patients dont 64 femmes et 36 hommes d'un âge moyen de 40,6 ans. L'âge moyen des hommes est significativement plus élevé (44,1 ans \pm 8) que celui des femmes (37,5 ans \pm 9 - $p = 0,001$). La durée moyenne de résidence à Libreville est de 22 ans \pm 1,5 ; 72 patients habitent dans une maison en dur et 27 dans une maison en bois (1 sans réponse); 85 possèdent un poste TV et 81 un réfrigérateur. La moyenne des revenus mensuels est de 330 \pm 35 euros pour les 47 personnes qui ont indiqué le montant de leurs revenus, alors que 44 disent bénéficier d'un salaire fixe. Les hommes ont plus souvent un salaire fixe que les femmes ($p = 0,01$).

Le niveau scolaire des interrogés est relativement élevé : 10 ont un niveau supérieur à BAC+2, 8 sont du niveau de la classe terminale, 58 du niveau secondaire dont 39 du 2^o cycle, 15 du niveau primaire et 3 sont non scolarisés (+ 6 sans réponse). Au total, 59 patients ont un niveau supérieur à la quatrième, sans différence selon le sexe ($p = 0,4$). De plus, 98 utilisent le français comme langue courante.

Les données familiales sont les suivantes : 51 patients vivent seuls et 48 en couple (1 sans réponse). Concernant le statut matrimonial, il y a 39 célibataires, 5 divorcés, 13 veufs (veuves), 17 concubins et 25 mariés (1 sans réponse). Les femmes vivent plus souvent seules que les hommes ($p = 0,001$). Le

nombre moyen d'enfants est de $4,3 \pm 0,4$ et le nombre moyen de personnes à charge est de $5,1 \pm 0,6$.

La visite

Pour l'entretien, 91 patients sont venus en taxi, 6 en voiture, 2 à pied et 1 en avion; une grande majorité ($n = 94$) des patients est venue à la visite non accompagnée.

La durée médiane du trajet entre le domicile et le centre de traitement est de 30 minutes et son coût médian de 8 euros.

La maladie

La majorité des patients ($n = 89$) a informé ses proches de leur statut et la quasi-totalité ($n = 98$) est satisfaite du médecin. La durée médiane de la dernière consultation est de 20 minutes.

Les deux tiers des malades ($n = 67$) se plaignaient d'une autre pathologie avant la mise en traitement : 20 zones, 10 troubles cutanés, 7 tuberculoses, 5 toux prolongées, 7 diarrhées, 5 IST, 4 paludismes, 2 problèmes ophtalmologiques, 3 anémies, 3 abcès, 2 amaigrissements.

Les patients sont traités en moyenne depuis 8 mois, ils connaissent leur séropositivité depuis 27 mois et leur maladie depuis 15 mois en moyenne.

Le traitement

Le nombre médian de prises est de 4 par jour et le nombre médian de comprimés est de 6 par jour.

Globalement, 5 patients estiment être améliorés par le traitement, 36 se sentent bien, 37 ne constatent pas de changement avec le traitement et 14 disent qu'ils ne vont pas bien.

Des effets indésirables sont déclarés par 49 patients depuis leur mise sous traitement et, en particulier, 5 douleurs des pieds et 1 paralysie.

Par ailleurs 61 patients prennent un autre traitement (cotrimoxazole, antalgiques, vitamines, médicaments de confort, médicaments traditionnels).

Les difficultés rencontrées par les patients (tableau I)

Oublis

La première question concernait les oublis de prise médicamenteuse depuis 3 mois. Il y a 74 patients qui ont oublié au moins une prise, soit 25 pour 100 patients/mois. Ces oublis concernent surtout l'indinavir et sont considérés par les patients comme rares. Les raisons invoquées sont surtout des problèmes liés aux horaires mais la difficulté de prendre les comprimés sur le lieu du travail ou la distraction sont aussi évoqués.

Pour éviter ces oublis, les patients souhaitent avoir un réveil (19 fois) pour être réveillés le matin avant l'heure de travail ou le soir s'ils s'endorment avant la dernière prise, changer les horaires dans 9 cas ou changer l'indinavir dans 3 cas. Disposer d'un moyen pour avoir les médicaments sur soi toute la journée est une demande retrouvée 11 fois, une aide matérielle ou alimentaire est suggérée 5 fois.

Il n'est pas possible de mettre en évidence un lien significatif entre l'existence d'oublis et les caractéristiques socio-démographiques ou médicales des patients, sauf la durée du trajet qui est significativement plus longue pour ceux qui ont présenté des oublis (37,1 minutes *vs* 26,3 / $p = 0,007$).

Omissions

Durant la même période, 29 patients ont omis (volontairement) au moins une prise, soit 10 pour 100 patients/mois. Ces

omissions concernent les deux médicaments les plus utilisés et sont reliées par le patient aux effets indésirables (nausées ou vomissements), et à diverses raisons dont le ramadan 3 fois, une consommation excessive d'alcool, un paludisme intercurrent, un épisode dépressif, ou un problème sexuel une fois chaque.

Pour éviter de nouvelles omissions, les patients souhaitent : changer de médicaments 4 fois, changer la posologie 3 fois, changer d'horaires 2 fois, réduire les coûts 2 fois et avoir une aide alimentaire une fois.

Il n'est pas possible de mettre en évidence un lien significatif entre l'existence d'omissions et les caractéristiques socio-économiques et médicales des patients, sauf pour le bénéfice d'un salaire fixe qui est lié à une fréquence d'omission plus basse ($p = 0,03$), alors que le montant moyen des salaires ne diffère pas significativement ($p = 0,16$).

Empêchements

La question suivante concernait les circonstances qui ont empêché les patients de prendre leurs médicaments; 47 patients signalent un empêchement, soit 16 pour 100 patients/mois. Ces empêchements concernent tous les médicaments avec une fréquence proportionnelle à celle des prescriptions. Ils sont considérés comme plutôt rares et se produisent aussi bien le matin que le soir.

Les raisons de ces empêchements sont d'abord le coût et les problèmes d'approvisionnement, auxquels s'ajoutent une pathologie intercurrente 3 fois, la fermeture du centre de traitement 3 fois, les règles et le ramadan une fois.

Pour éviter ces empêchements, les patients souhaitent 7 fois une aide financière directe, 6 fois une aide d'un autre type (transport, alimentation), 3 fois changer de traitement, 2 fois disposer de boissons facilitant la prise, 2 fois revoir le système de rendez-vous et une fois disposer de plus d'informations sur le traitement.

Il n'est pas possible de mettre en évidence un lien statistiquement significatif entre l'existence d'empêchements et les caractéristiques socio-économiques ou médicales des patients.

Tableau I.

Répartition des problèmes d'observance rapportés par les patients du CTA de Libreville en décembre 2003 ($n = 100$).

Distribution of observance problems reported by the patients of the Libreville ATC in December 2003 ($n = 100$).

	oublis	omissions	empêchements	difficultés
fréquence				
souvent	34	8	1	31
parfois	4	8	13	13
rarement	8	7	23	-
horaires				
matin	15	-	11	13
après midi	13	-	-	-
soir	20	-	10	2
médicaments en cause				
IDV	33	10	5	22
LMV+AZT	16	10	21	20
STV	9	3	9	2
DDI	6	-	2	11
EFV	-	3	-	8
raisons invoquées				
horaires	33	-	2	-
réveil	6	-	-	-
endormissement	8	2	-	-
coûts	-	3	12	2
voyage	17	1	2	3
effets indésirables	-	7	4	37
approvisionnement	-	-	16	-
galénique	-	4	-	7
divers	6	1	1	-
total	74	29	47	61

Difficultés

De nombreux patients (n = 61) ont eu des difficultés pour prendre leur traitement, soit 20 pour 100 patient/mois. Ces difficultés concernent tous les produits. Elles sont plus fréquentes en début de traitement et le matin.

Elles sont liées d'abord aux effets indésirables : nausées (18 fois), vertiges (5 fois), autres problèmes digestifs (4 fois), malaises (4 fois), céphalées, prurit, asthénie, épisode dépressif, autres effets indésirables (2 fois chaque).

Pour alléger le poids de ces difficultés, les patients souhaitent un changement de traitement (11 fois) ou de présentation (3 fois), un changement d'horaires ou de posologie (6 fois), des aides alimentaires (8 fois), disposer d'une boisson adéquate (4 fois) et la diminution des coûts une fois. Les patients souhaitent aussi avoir une aide pour la prise des médicaments prévue lors des horaires de travail.

Il n'est pas possible de mettre en évidence un lien significatif entre l'existence de difficultés et les caractéristiques socio-médicales des patients, sauf la durée du trajet et son coût qui sont significativement plus élevés chez ceux qui ont des difficultés respectivement 38 et 29 minutes ($p = 0,02$) ; 9,5 et 4,80 euros ($p = 0,02$).

Discussion

Caractéristiques de l'échantillon

Notre échantillon n'a pas été constitué pour être représentatif de la population de Libreville, mais il est très voisin des résultats de l'enquête démographie santé (EDS) avec un taux de scolarisation élevé, y compris chez les femmes. Dans l'enquête EDS, 64 % des foyers possédaient un poste TV et 61 % un réfrigérateur. Seulement 6 % des femmes et 8 % des hommes n'avaient jamais fréquenté l'école ; 30 % des hommes et 15 % des femmes avaient un niveau supérieur à la 4^e ; le nombre moyen d'enfants était de 4,3 et 54 % des Gabonais vivaient en union (1).

Par ailleurs, cet échantillon est homogène sur le plan salaires, habitat, scolarisation. Ces caractéristiques, avec un niveau d'emploi et de scolarité élevé, diffèrent de celles habituellement rencontrées dans d'autres villes africaines.

Problèmes d'observance

Trois types de problèmes sont soulevés par les patients pour suivre leur traitement ARV, les horaires de prise, les effets indésirables et les difficultés financières.

Il est certain que dans les réponses des patients omissions et empêchements peuvent être confondus, ce qui relativise la valeur des fréquences rapportées et leurs liens avec d'autres items. Ces fréquences et ces liens n'ont de valeur qu'indicative et la méthode de recueil des données était destinée à recueillir le plus possible d'informations sur les obstacles concrets rencontrés par les patients.

Horaires de prise

Les problèmes liés à la question du respect des horaires de prise sont communs à tous les malades ; néanmoins, à Libreville, apparaît une difficulté majeure liée aux prises du matin à jeun et du soir après le repas.

La prise de comprimé le matin, une heure avant de manger est difficile, le lever traditionnel correspondant au lever du soleil

et au laps de temps pour se rendre au travail, les malades ont donc besoin d'un réveil pour se lever 30 à 60 minutes plus tôt. La prise du soir, une heure après le repas pose aussi problème car les malades fatigués s'endorment avant et ils souhaitent une sonnerie pour être réveillés.

La difficulté de la prise du matin est aggravée le jour de la visite, puisqu'il faut se lever plus tôt pour ne pas attendre trop longtemps, ce qui pourrait expliquer en partie le lien entre durée du trajet et fréquence des oublis ou difficultés.

La stigmatisation des PVVIH étant encore importante à Libreville et au Gabon, la gestion des prises est souvent difficile dans l'après-midi ou dans la journée pendant les heures de travail. Les malades souhaitent pouvoir prendre leur traitement en toute discrétion et le moyen le plus approprié semble l'utilisation de piluliers adaptés. Cette demande nous paraît importante à étudier et à prendre en compte.

Effets indésirables

Comme partout, les effets indésirables sont facteurs de mauvaise observance, en particulier pour certains ARV. Les oublis et omissions concernent proportionnellement plus l'indinavir qui est cité deux fois plus souvent que l'association zidovudine et lamivudine, alors que les deux produits sont utilisés avec une fréquence similaire. Ce produit est, aux dires des patients, difficilement tolérable et il est vraisemblable que ces oublis représentent un rejet inconscient des médicaments mal supportés du fait de leurs effets indésirables. Cette interrogation pose deux problèmes, celui de l'amélioration de la galénique qui est de la responsabilité des laboratoires et celui de l'adaptation de la posologie à chaque malade qui doit résulter du dialogue institué entre soignant et patient (2).

Dans cette étude, il apparaît que l'information sur les effets indésirables a été insuffisante. Les patients ont dit ne pas être assez informés des effets, positifs et négatifs, des médicaments. Il est évident que cette information est très délicate, le personnel soignant craint de trop en dire mais, en fait, les malades n'en savent pas assez. Un système de conseils rapides par téléphone pourrait être envisagé, au moins à Libreville, puisque presque tous les patients ont un téléphone mobile.

Ce constat est aussi celui d'un déficit de formation des médecins et soignants à la gestion des maladies chroniques et à un manque qualitatif de dialogue soignant soigné provoquant une absence de contrat thérapeutique entre les deux (2).

Il serait donc important de prévoir une formation de l'ensemble du personnel de santé du Gabon pour que, lorsqu'un malade consulte dans un dispensaire ou une structure de santé de niveau 2, ce personnel puisse lui donner les bons conseils et traitements adaptés à la multi thérapie ARV. Cette situation est particulièrement aiguë dans un pays où le recours aux thérapies traditionnelles est fréquent.

Cette situation est liée en fait au rôle à attribuer, dans la lutte contre le sida, aux infirmiers en particulier, et aux pharmaciens, à tous les niveaux du système de santé. Ces personnes sont celles qui seront les premières en contact avec un malade qui présente un problème d'intolérance ou d'interaction médicamenteuse et elles ne sont pas formées pour y répondre.

Problèmes matériels

Les omissions sont moins fréquentes chez les patients qui bénéficient d'un salaire fixe et il est vraisemblable que certains malades n'ayant pas de revenus fixes aient dû retarder l'achat de leurs médicaments.

Même s'il n'est pas mis en évidence de lien significatif entre la présence des empêchements et les caractéristiques socio-économiques des patients, les propositions pour diminuer ces obstacles s'orientent le plus souvent autour de problèmes matériels.

Le lien significatif entre la durée du trajet et les oublis ou les difficultés est difficile à expliquer puisque l'observance concerne le vécu quotidien, alors que le trajet est une question qui se pose tous les mois. Il est possible que ce lien soit en fait un lien indirect avec les conditions socio-économiques basses des patients qui habitent dans des quartiers périphériques éloignés du centre de traitement.

Ce point confirme la nécessité de rapprocher les lieux de soins de la résidence des malades, ce qui sera possible par la multiplication des centres et par une prise en compte effective du rôle que devront jouer les centres de santé périphériques.

Autres propositions des patients

L'ensemble des malades reconnaît la qualité de l'accueil et des soins, ainsi que la disponibilité des soignants du CTA. Mais, au cours de l'étude, il est apparu que de nombreux patients venaient au centre sans rendez-vous pour différents motifs et qu'ils souhaitaient tous voir le médecin; en conséquence ils devaient attendre des heures. Un aménagement des rendez-vous réguliers a amélioré sensiblement cette situation. Il reste que quelques (rares) malades ont été empêchés de prendre leurs médicaments à la date prévue parce que le centre était fermé pour diverses raisons.

Il est évident que le personnel est devenu très insuffisant en nombre, compte tenu de l'augmentation du nombre de patients dans la file active : mais une meilleure gestion des rendez-vous et une meilleure répartition des tâches devraient résoudre une partie des problèmes. Il est important d'organiser une répartition plus précise et plus rigoureuse des tâches et de donner une place plus importante aux travailleurs sociaux, le médecin étant trop souvent sollicité pour des tâches qui pourraient être accomplies par d'autres.

Au cours des entretiens qualitatifs, les patients ont regretté que les informations spécifiques aux malades sur la prévention, la gestion de la vie sexuelle et la reproduction ne soient pas plus importantes. De même, l'indisponibilité de préservatifs dans le centre a été notée. Ces remarques peuvent facilement être solutionnées et montrent que le lien entre prévention et prise en charge est une préoccupation forte des patients.

Globalement, de nombreux malades ont demandé plus d'informations sur la maladie, le traitement, les effets positifs et négatifs des médicaments utilisant divers supports ou médias. Compte tenu des caractéristiques sociales de la « clientèle » du centre, il serait utile de mettre à disposition plus de documents écrits. Un distributeur automatique de préservatifs répondrait aussi en partie aux interrogations précédentes : il a été installé six mois après l'étude. La problématique sexualité, conception, prévention pourrait être abordée par des non-médecins lors de séances spécifiques.

Un autre problème évoqué est celui de la taille ou de la texture des comprimés qui les rendent difficiles à avaler; la solution de ce problème est du domaine des laboratoires, mais il doit être pris en considération lors des commandes de médicaments pour ne pas acheter de produits qui ne seraient ensuite pas utilisés par les malades.

Un point connexe aux effets indésirables est celui de l'alimentation et des boissons autorisées ou non avec les médi-

caments. Dans ce domaine également une demande forte de plus d'informations apparaît. De nombreux patients ne savent pas concrètement quelles sont les boissons à prendre ou non : gazeuses ou non, alcoolisées ou non ? Certaines informations ont eu pour effet de favoriser la consommation de vins ou bières. Par ailleurs, assez souvent, les malades ont sollicité une aide alimentaire. Nous n'avons pas pu faire préciser le type d'aide sollicitée, mais il est probable qu'il s'agisse aussi bien de conseils qualitatifs sur l'alimentation accompagnant le traitement, qu'une aide alimentaire directe pour augmenter l'apport nutritionnel.

Conclusion

La bonne observance est liée à des questions universelles et à d'autres plus spécifiques aux pays défavorisés comme la disponibilité des médicaments ou le rôle négatif des coûts annexes. Il faut dans tous les cas reconnaître que les solutions nécessitent une augmentation du nombre de personnes consacrées à cette prise en charge (par recrutement ou réaffectation) et par une amélioration de la place réservée aux travailleurs sociaux d'origine associative ou non et rémunérés. D'autres choix seront nécessaires concernant les aides aux malades comme les aides personnelles ou l'alimentation et les sommes consacrées au suivi biologique. La majorité des programmes actuels consacre des budgets au suivi biologique jusqu'à 10 fois supérieurs à ceux destinés à l'aide à l'observance; sans doute faudra-t-il rééquilibrer ces dépenses dans l'avenir, car les moyens disponibles ne sont pas illimités.

Remerciements

Nous exprimons notre reconnaissance à tout le personnel du CTA et aux responsables de la Croix rouge française.

Ce travail a été réalisé grâce à une subvention du FSTI (Fonds de solidarité thérapeutique international) et du Groupement d'intérêt public ESTHER (Ensemble pour une solidarité hospitalière en réseau www/esther.fr).

Références bibliographiques

1. Anonyme – *Enquête démographique et de santé GABON 2000*. Rapport de synthèse. Direction générale de la statistique et des études économiques. Libreville 2002.
2. ASSAL JP – Traitement des maladies de longue durée : de la phase aiguë au stade de la chronicité. Une autre gestion de la maladie, un autre processus de prise en charge. *Encycl Méd Chir, Thérapeutique*, 25-05-A-10, 18 pages.
3. DELFRAISSY JF – *Prise en charge des personnes infectées par le VIH*. Rapport 2002 sous la direction du Pr Delfraissy. Médecine Sciences Flammarion.
4. DESCLAUX A – L'observance en Afrique : question de culture ou « vieux problème » de santé publique ? In: *L'observance aux traitements contre le VIH/SIDA*. ANRS Ed. Paris 2001, p 57-66.
5. LANIECE I, CISS M, DESCLAUX A., DIOP K, MBODJ F et al. – Adherence to HAART and its principal determinants in a cohort of Senegalese HIV-infected adults. *AIDS*, 2003, 17 (suppl3) S 103-108.
6. ORG MOND SANTÉ – *Le traitement contre le sida : une urgence sanitaire mondiale*. Déclaration à l'assemblée générale des Nations unies. 22 septembre 2003. Aide mémoire 274 Genève.