

# Bilan de l'expérience pilote de prise en charge des PV VIH en milieu rural dans les régions de Kayes et Sikasso

Docteur Georges Soula



Centre de Formation et de Recherche en Médecine et Santé Tropicales  
[georges.soula@univmed.fr](mailto:georges.soula@univmed.fr)

Consultant pour Santé Sud

Atelier Santé Sud, Bamako, septembre 2010

# Rappel sur la genèse du projet

parmi les stratégies de lutte contre le VIH/Sida, le Mali a décidé en 2004 de

*« ...créer des réseaux ville-hôpital en partenariat avec les associations de PVVIH et des **réseaux pilotes ville-CSCOM en milieu rural (...), en partenariat avec l'association Santé Sud des médecins de campagne...** »*<sup>1</sup>

Un projet de réseau pilote Ville-CSOM en milieu rural dans les régions de Sikasso et de Kayes fut soumis pour financement lors du 4<sup>ème</sup> round d'appel à propositions du Fond Mondial

<sup>1</sup> Source : REPUBLIQUE DU MALI, Formulaire de proposition, The Global Fund to fight AIDS, Tuberculosis and Malaria, 4<sup>ème</sup> round, avril 2004

# Quelques étapes du projet...

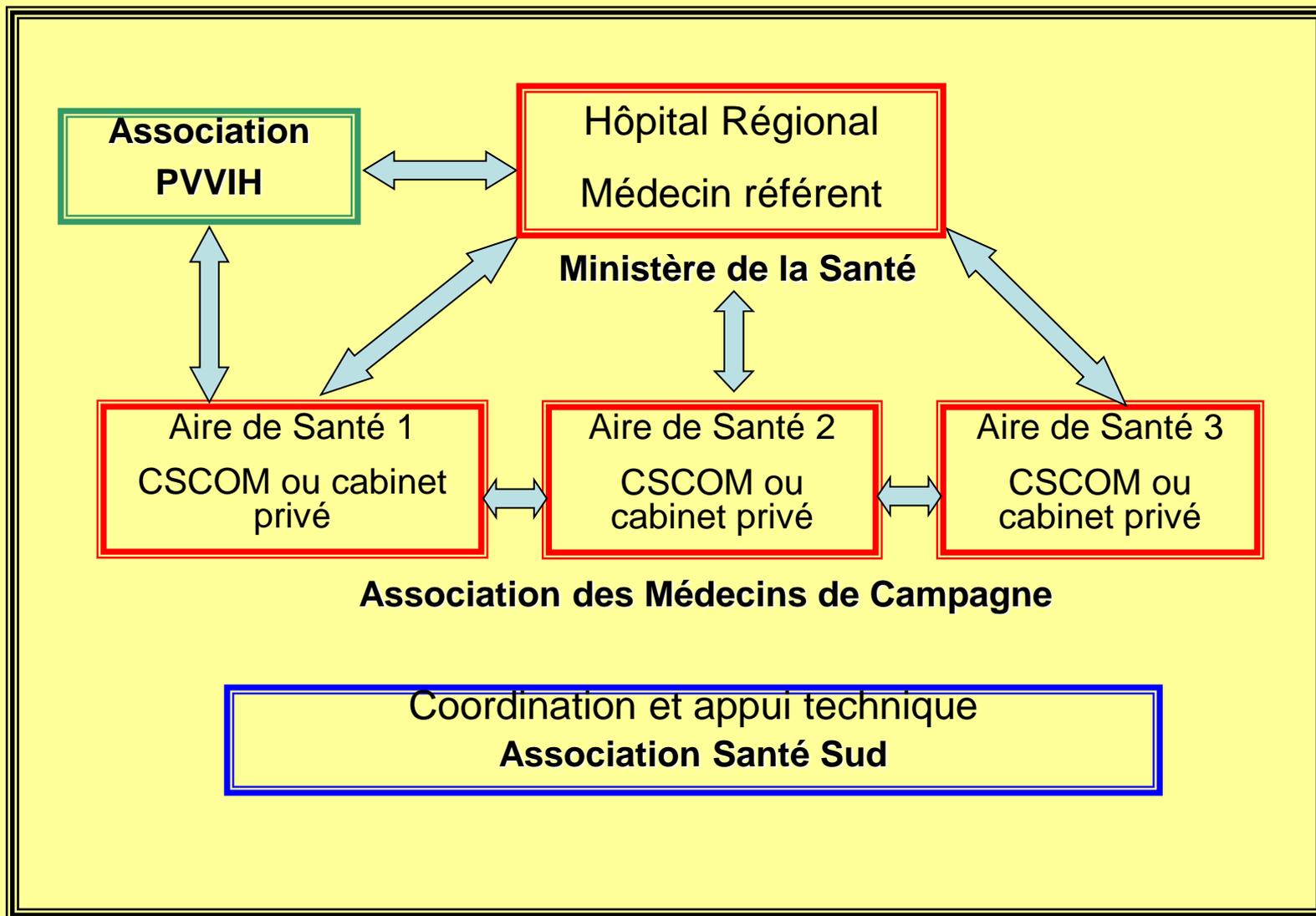
- Années 2004-2005
  - élaboration du projet
  - proposition malienne acceptée par le Fond Mondial
- Fin septembre 2005. Protocole de financement signé par :
  - le Secrétariat Exécutif du Haut Conseil National de Lutte contre le Sida, bénéficiaire principal,
  - le Groupe Pivot Santé Population (GP/SP), bénéficiaire secondaire,
  - et Santé Sud, sous bénéficiaire.
- Début 2006 : démarrage des activités
- Fin 2008 : rapport intermédiaire d'activité
- Mai 2010 : évaluation externe
- Juin 2010 : fin du protocole de financement
- Septembre 2010 : présentation formelle des résultats

# L'association Santé Sud au Mali

## sa devise, « agir sans remplacer »

- Finalités :
  - améliorer l'accès à des **soins de qualité en milieu rural** ;
  - permettre aux médecins non employés dans la fonction publique d'exercer leur métier.
- Actions réalisées depuis plus de 10 ans :
  - préparation et formation des médecins ;
  - aide à l'installation en milieu rural dans des centres de santé communautaires sur une base contractuelle, ou dans des cabinets privés ;
  - actuellement **plus de 100 médecins, membres de l'Association des Médecins de Campagne (AMC) exercent en 1<sup>ère</sup> ligne.**

# Les acteurs de terrain du réseau



# Objectifs du réseau

## Assurer :

- **le dépistage des cas** de VIH/Sida dans l'aire de santé.
- **la prise en charge médicale correcte** des cas dépistés.
- **la prise en charge des effets secondaires** cliniques, le **suivi psychologique** et l'**appui socio-économique** des PVVIH.
- **la prise en charge des infections opportunistes.**
- **Documenter l'expérience** par une collecte de données systématique en vue d'un **passage à l'échelle.**

# Le « cahier des charges »

Fournir et diffuser les résultats de cette expérience pilote, en incluant dans le réseau pour chacune des deux régions, Kayes et Sikasso :

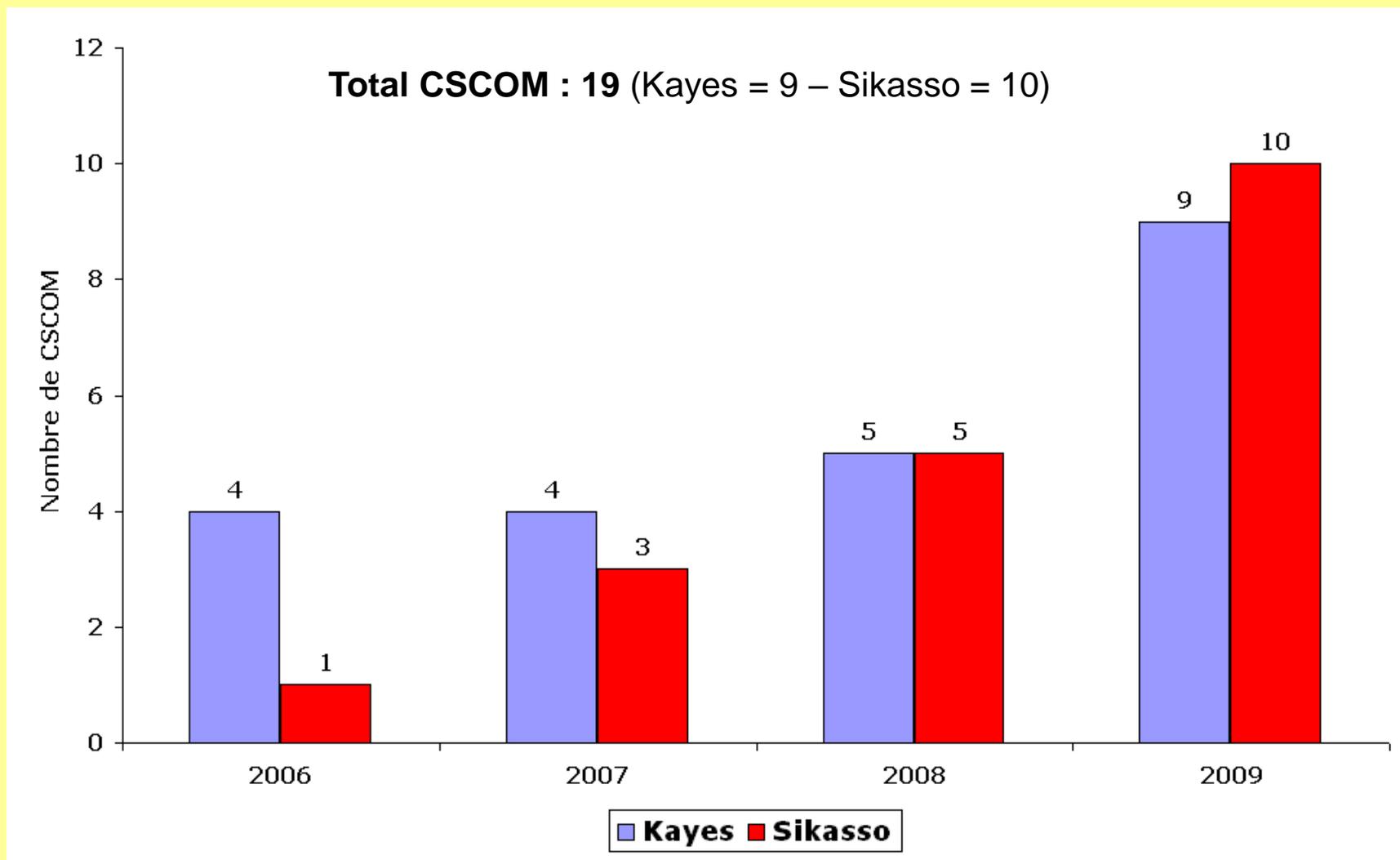
années 1 - 2	2 CSCOM
Année 3	4 CSCOM
Année 4	8 CSCOM
Année 5	10 CSCOM

soit un total de **20 centres de santé communautaires** en fin de projet

# **Bilan d'inclusion**

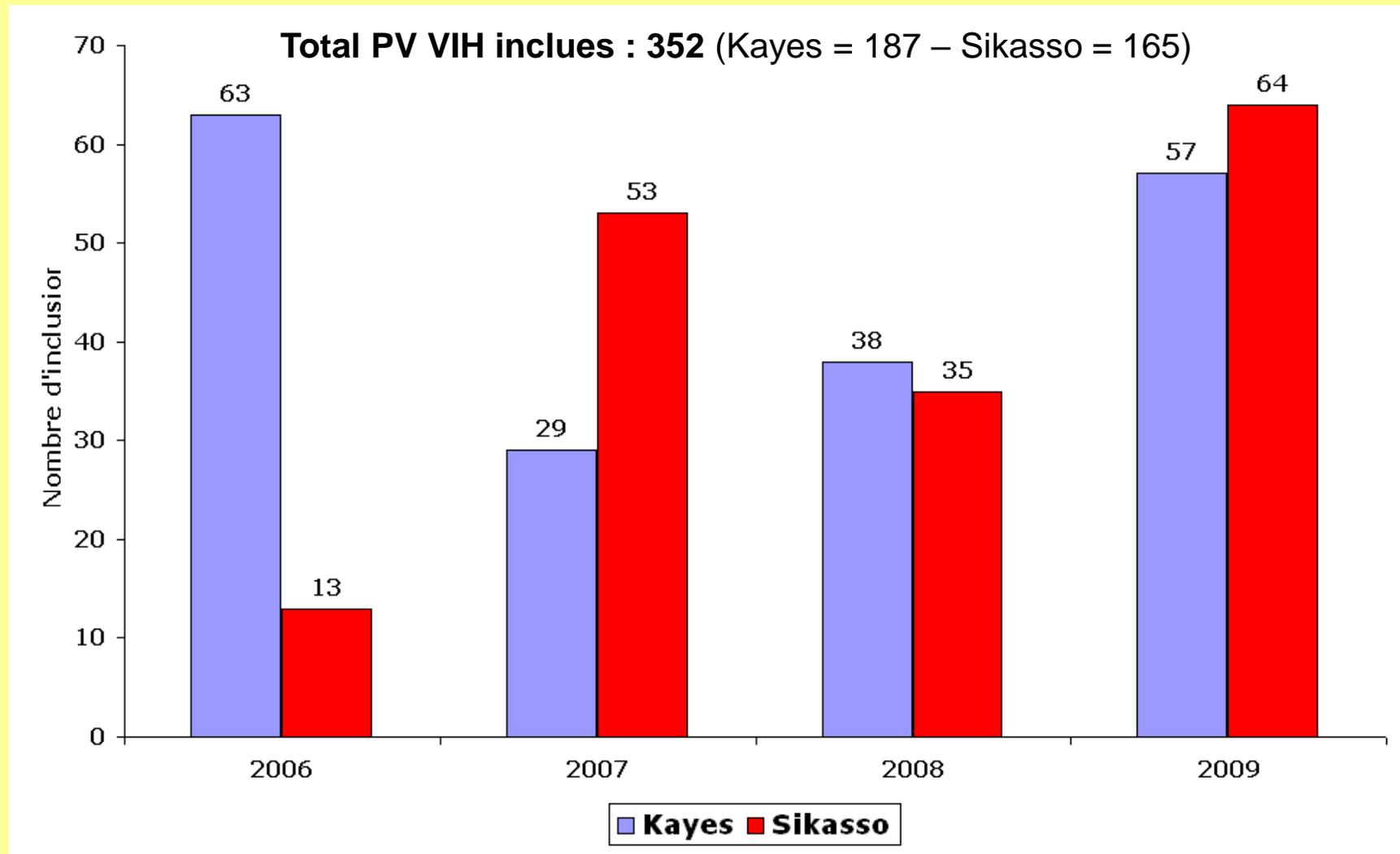
Réseau PV VIH Santé Sud/AMC,  
Mali, 2006-2009

# Nombre de CSCOM participant au réseau par année

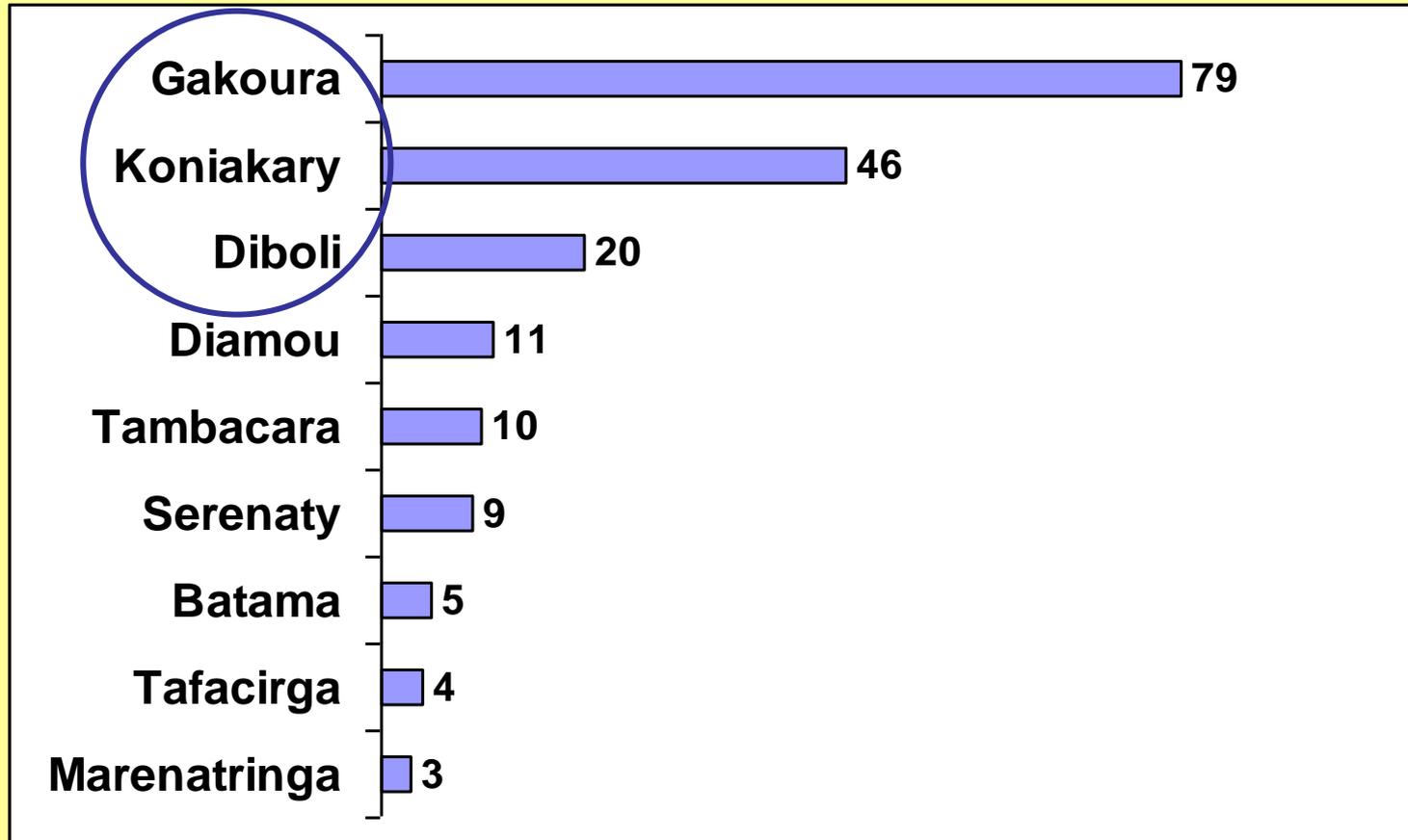


Réseau PV VIH Santé Sud/AMC,  
Mali, 2006-2009

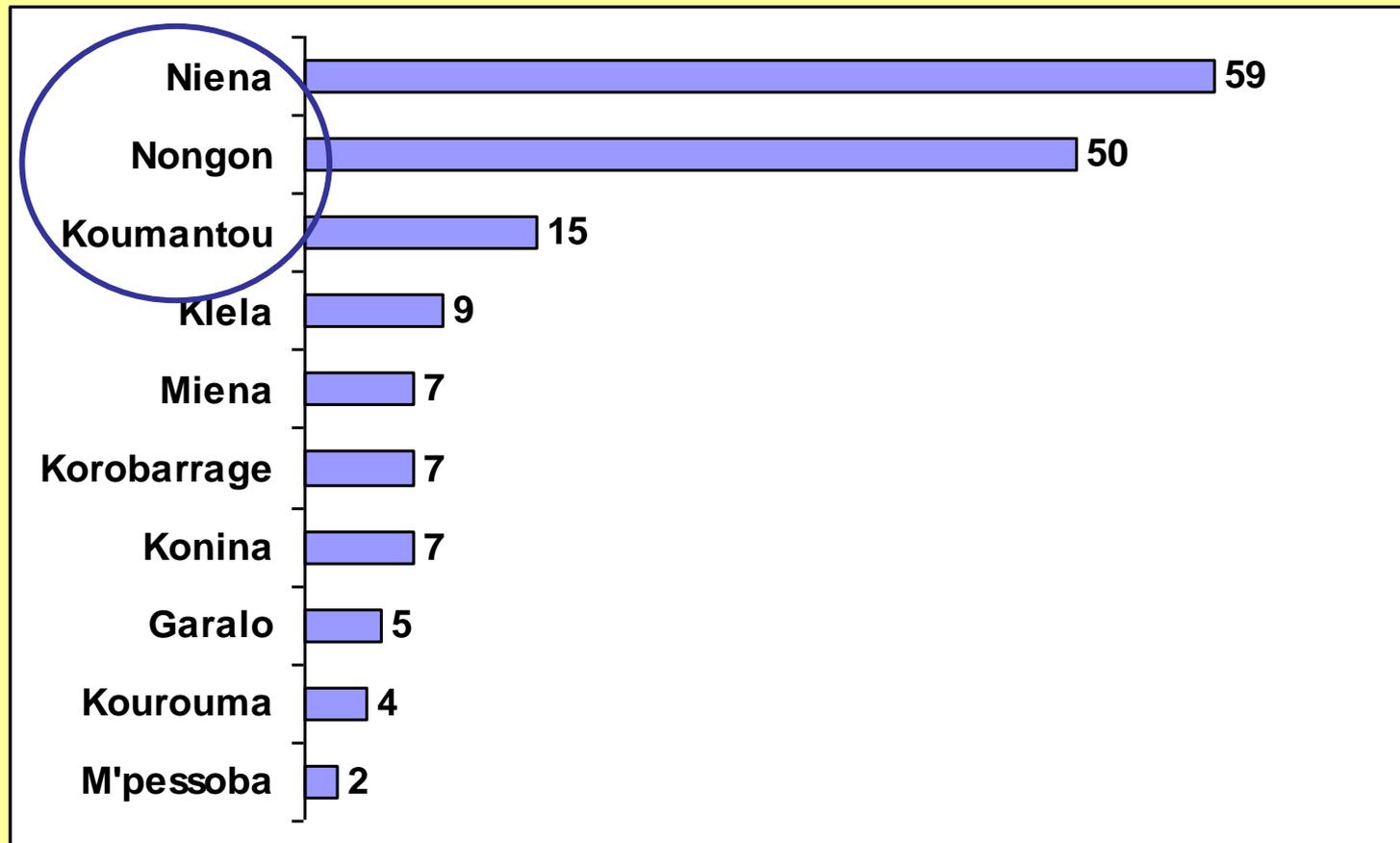
# Nombre de PV VIH incluses par année



# Effectifs inclus par aires de santé région de Kayes



# Effectifs inclus par aires de santé région de Sikasso



# Bilan d'inclusion (1)

## Caractéristiques socioéconomiques

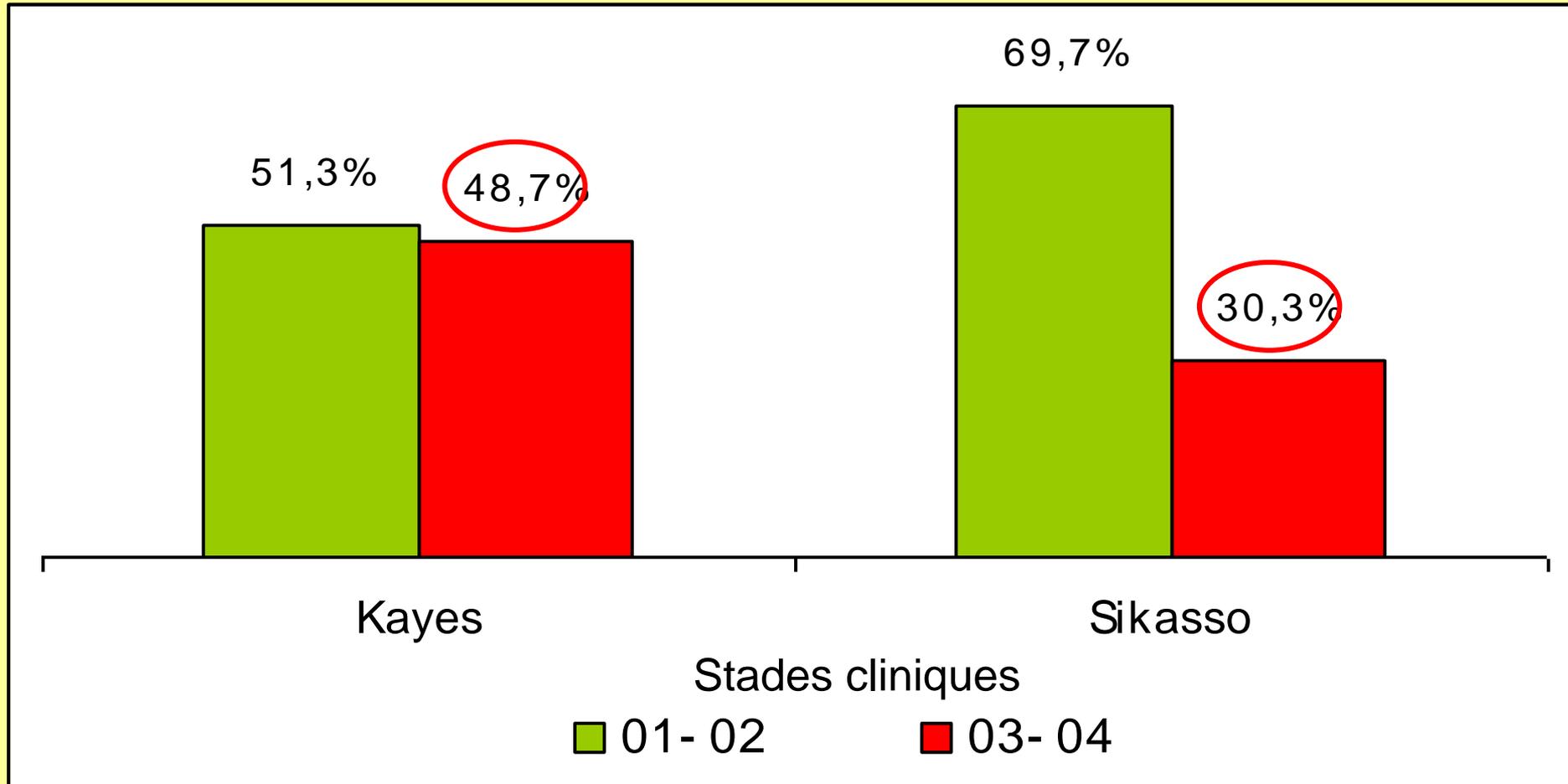
- Age moyen de 34,4 ans (médiane : 34 ; étendue : 3-64)
- Prédominance des femmes (60,8%, sex-ratio=0,64)
- Hommes significativement plus âgés que les femmes (âge médian de 39 ans vs 30 ans)
- Femmes au foyers, agriculteurs, éleveurs = 68% des patients
- Groupes à risque (chauffeurs, militaires, professionnelles du sexe) seulement 3,2% des patients
- Statut matrimonial : 6,5% des femmes divorcées, aucun homme ; veuvage : 16,4% chez les femmes contre 1,4% chez les hommes.

# Bilan d'inclusion (2)

Caractéristiques	Effectif N=352	%
Circonstance de découverte		
<b>Dépistage volontaire</b>	302	<b>85,8</b>
TME	14	4,0
Conjoint séropositif	36	10,2
Altération de l'état général		
<b>Oui</b>	161	<b>45,7</b>
Non	191	54,3
Stade clinique		
1	106	30,1
2	105	29,8
<b>3</b>	110	<b>31,3</b>
<b>4</b>	31	<b>8,8</b>

# Bilan d'inclusion (3)

## Stades cliniques à l'inclusion par région



# Bilan d'inclusion (4)

Caractéristiques	Effectif N=352	%
<b>Infections opportunistes</b>		
<b>Oui</b>	238	<b>67,6</b>
Non	114	32,4
<b>Numération CD4</b>		
<b>&lt; 200</b>	137	<b>38,9</b>
200-499	119	33,8
≥ 500	27	7,7
<b>Non faite</b>	69	<b>19,6</b>
<b>Patients mis sous ARV</b>		
<b>Oui</b>	292	<b>83,0</b>
Non	60	17,0

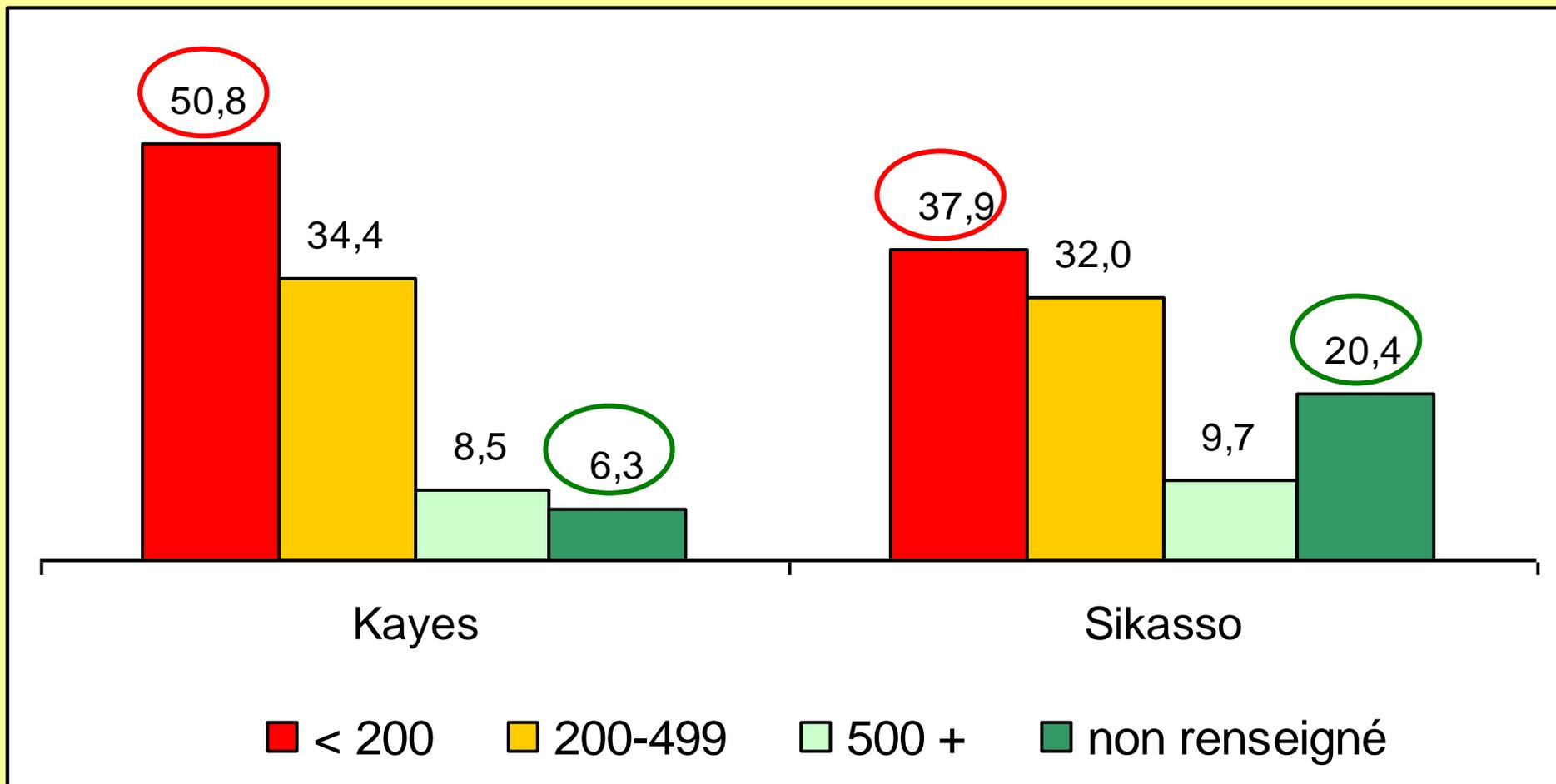
# Bilan d'inclusion (5)

## Principales infections opportunistes dépistées

Type d'infections opportunistes	Effectif	%
<b>Candidose</b>	106	<b>44,5</b>
<b>Toux</b>	31	<b>13,0</b>
<b>Diarrhée</b>	29	<b>12,2</b>
Dermatose	19	8,0
Zona	12	5,0
IRA	6	2,5
Pneumocystose	5	2,1
Isosporose	1	0,4
Kaposi	1	0,4
<b>Tuberculose pulmonaire</b>	<b>2</b>	0,8
Tuberculose viscérale	1	0,4

# Bilan d'inclusion (6)

## Taux de CD4 par région



# Bilan d'inclusion (7)

## Traitements prescrits

Traitements prescrits à l'inclusion	Effectif (N=352)	%
<b>Antirétroviraux</b>		
Aucun	58	16,5
Monothérapie	8	2,3
thérapie combinée	286	81,3
<b>2 IN + 1 IP</b>	57	<b>19,9</b>
<b>2 IN + 1 INN</b>	219	<b>76,6</b>
Autre	10	3,5
<b>Antibiotique</b>	167	47,4
<b>Antiparasitaire</b>	90	25,6
<b>Antimycosique</b>	120	34,1
<b>Prophylaxie cotrimoxazole</b>	218	61,9

# Résultats du suivi de la cohorte

Réseau PV VIH Santé Sud/AMC,  
Mali, 2006-2009

# Effectifs inclus et suivis par régions

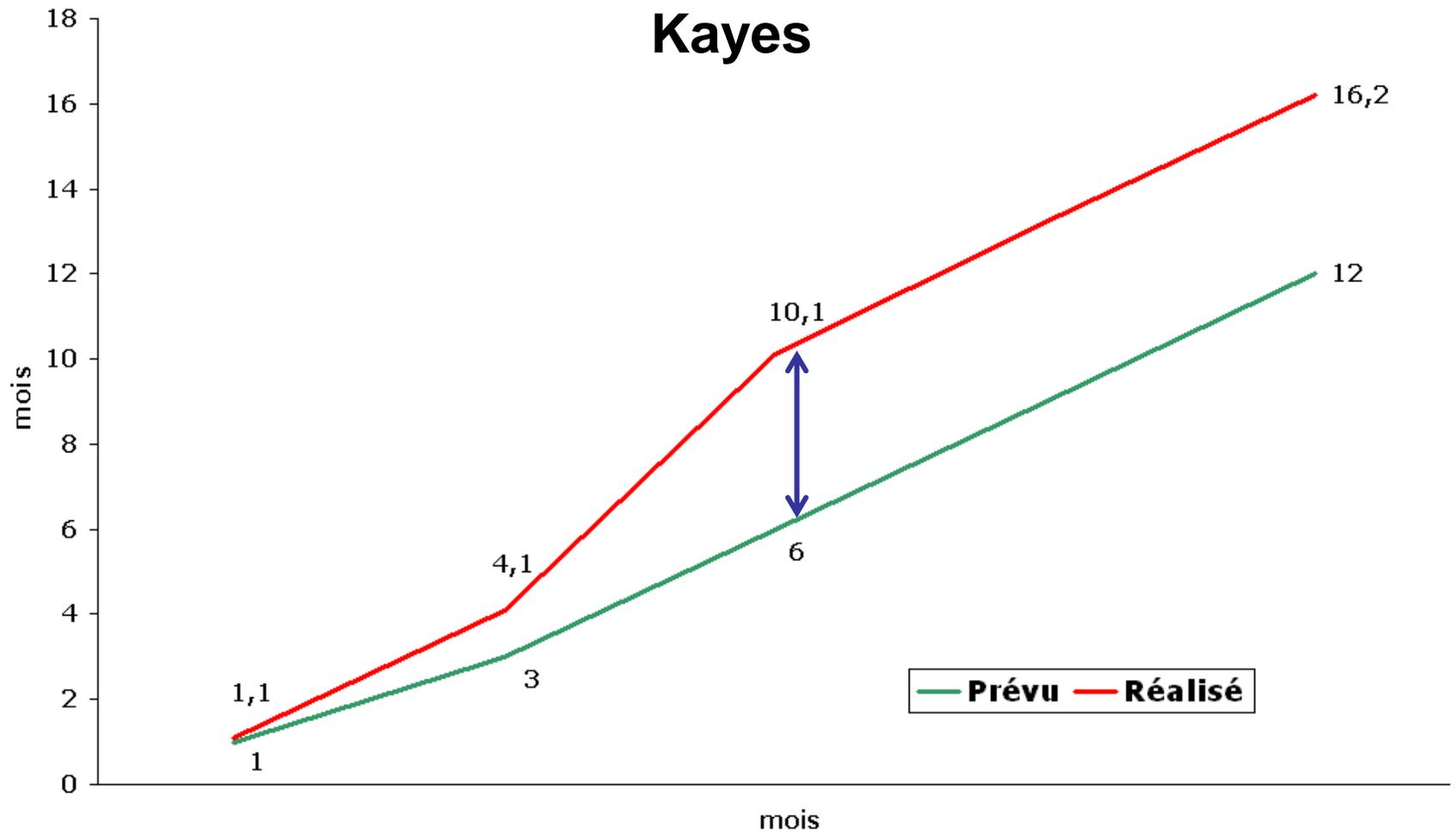
Régions	Effectif inclus	Effectif suivi	Dossiers manquants %
Kayes	187	168	10,2
Sikasso	165	132	20,0
Total	352	300	14,8

# Durée et nombre de suivis

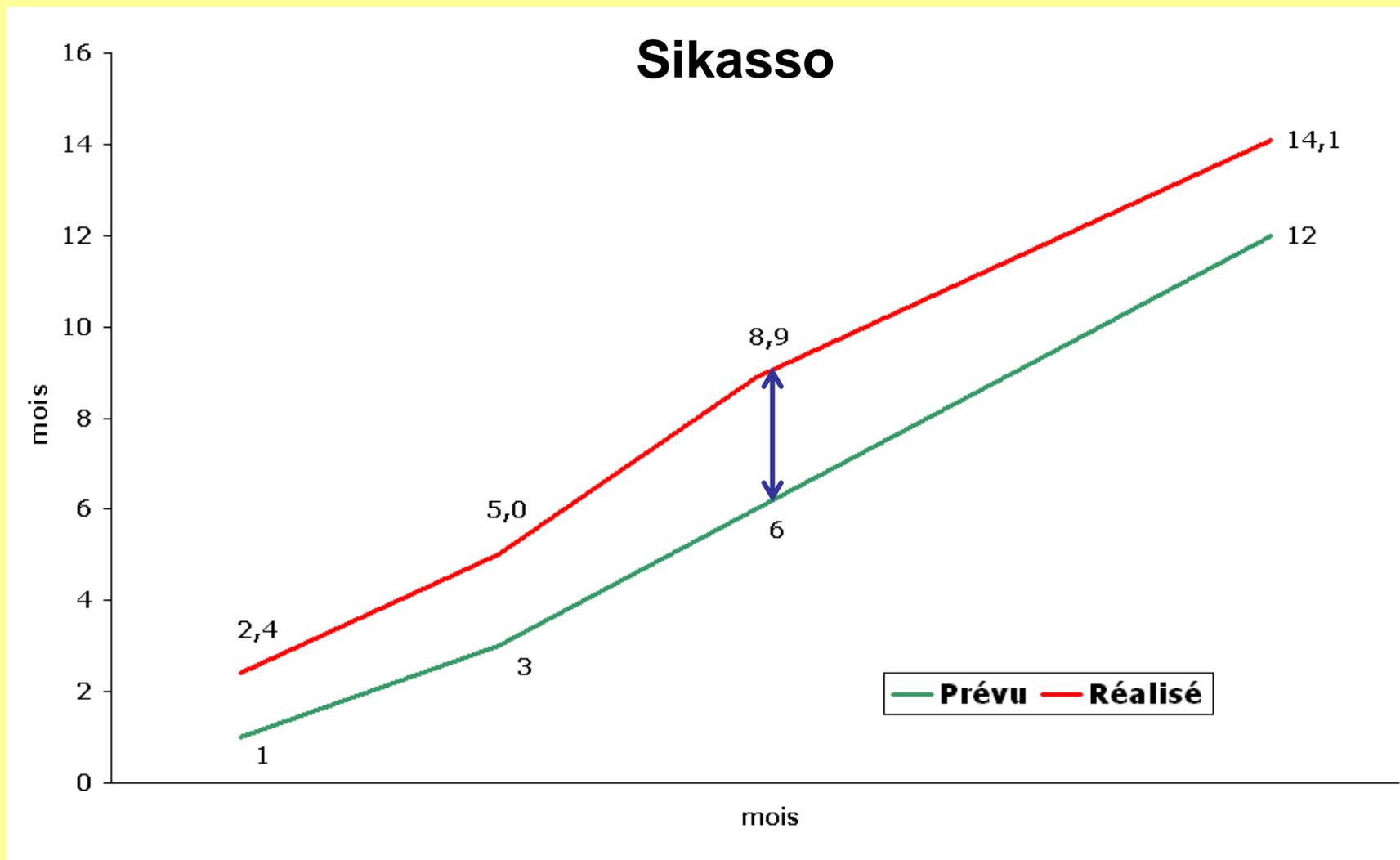
- Durée moyenne de suivi : 12,7 mois (écart-type : 10,5)
  - 25% suivis pendant 4,4 mois,
  - 75% pendant 16,3 mois.
  
- 3 suivis en moyenne par patients
  - 25% suivis une seule fois
  - 75% jusqu'à 4 fois
  - 1 patient suivi 11 fois.

# Délais médians entre inclusion et rendez vous de suivis

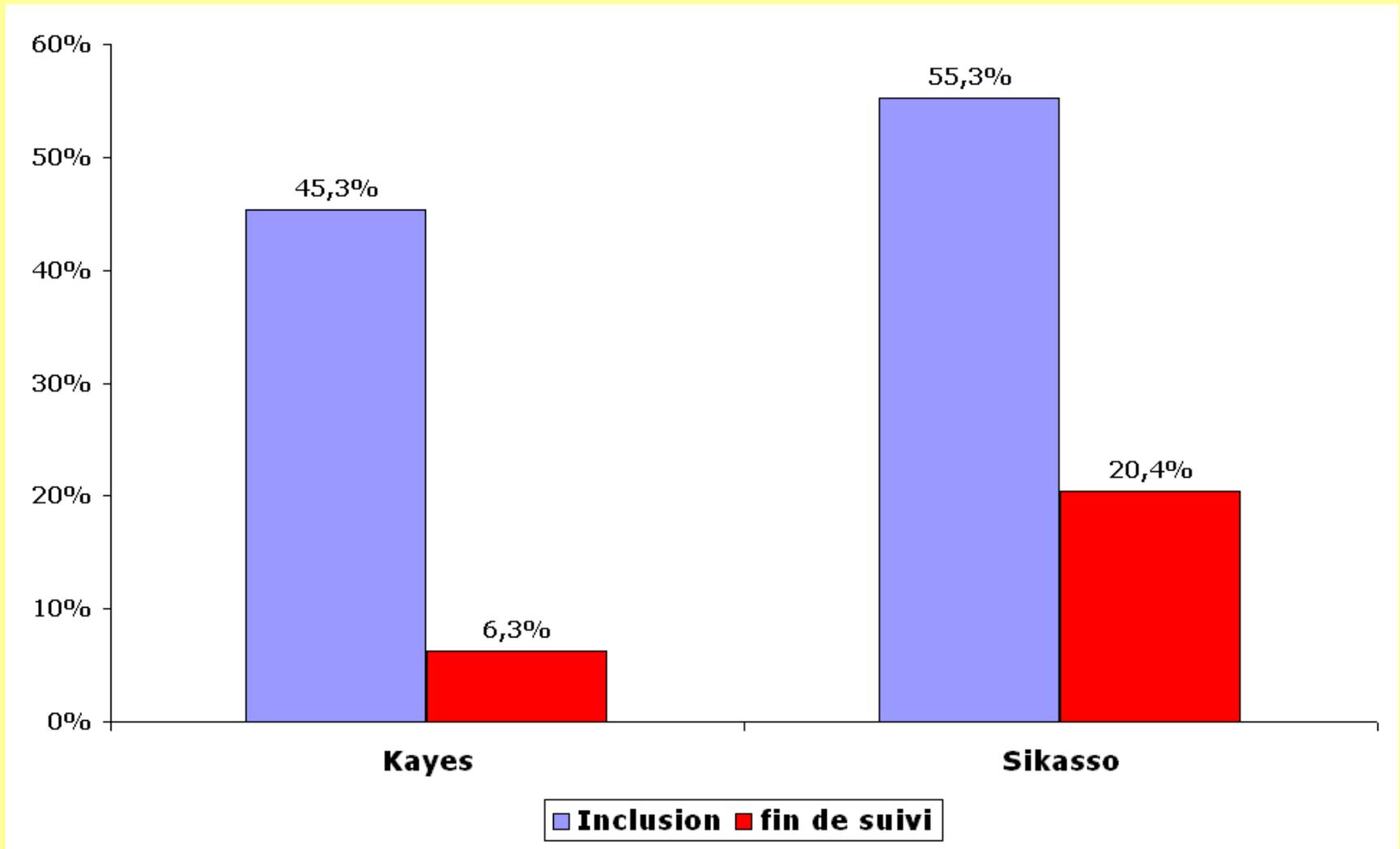
## Kayes



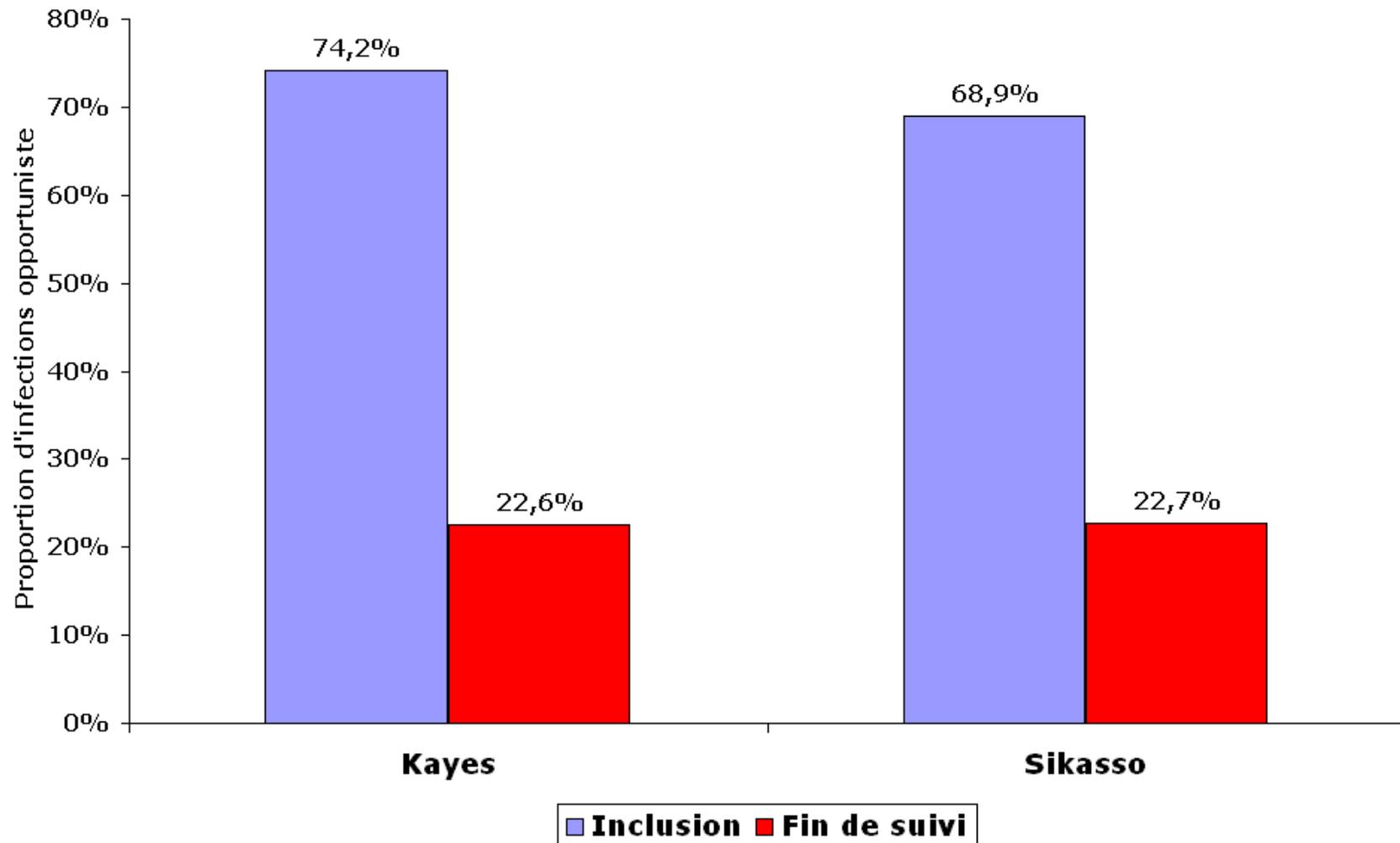
# Délais médians entre inclusion et rendez vous de suivis



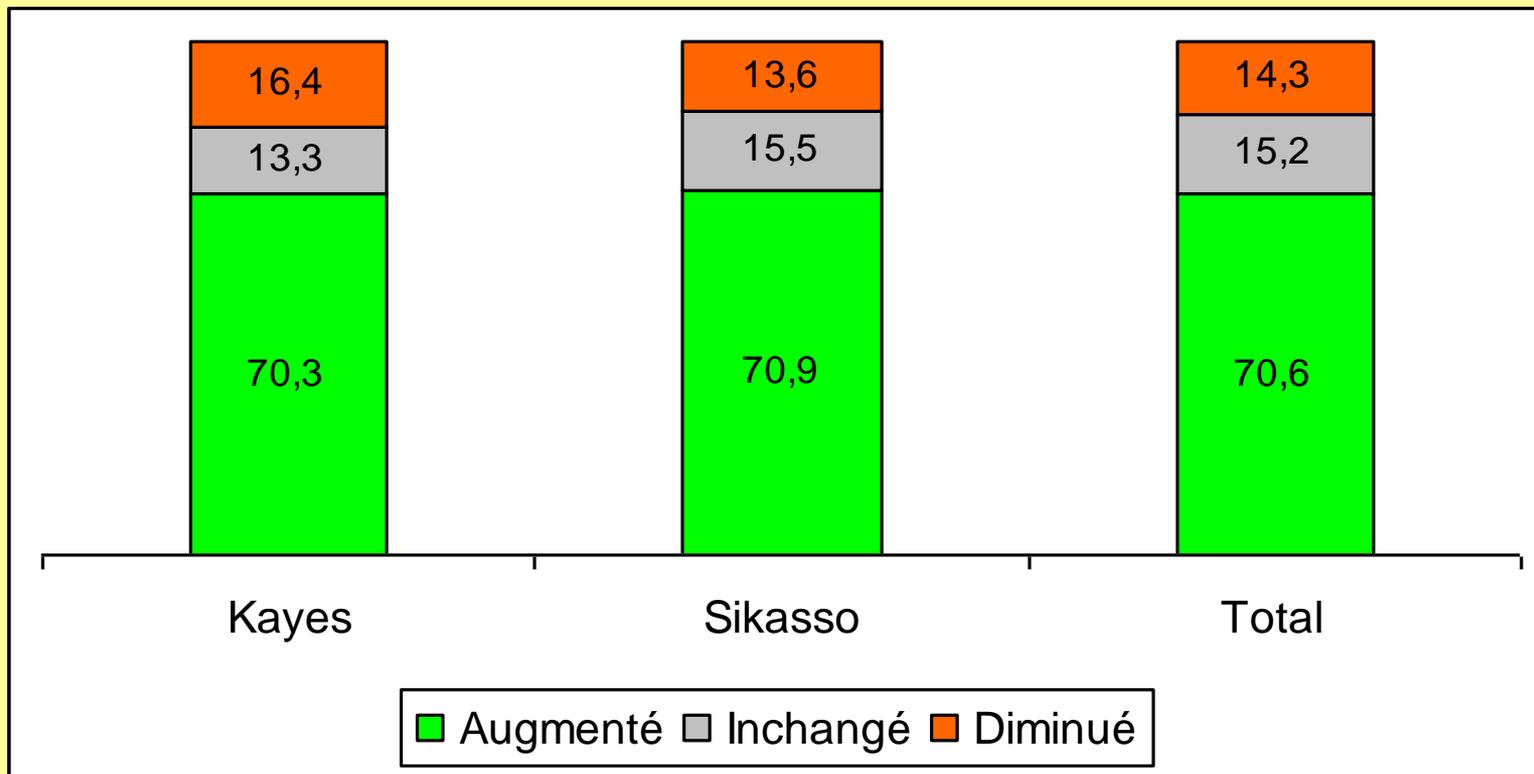
# Évolution de l'AEG par région



# Évolution des infections opportunistes par région



# Évolution du poids des patients à l'inclusion et au dernier suivi

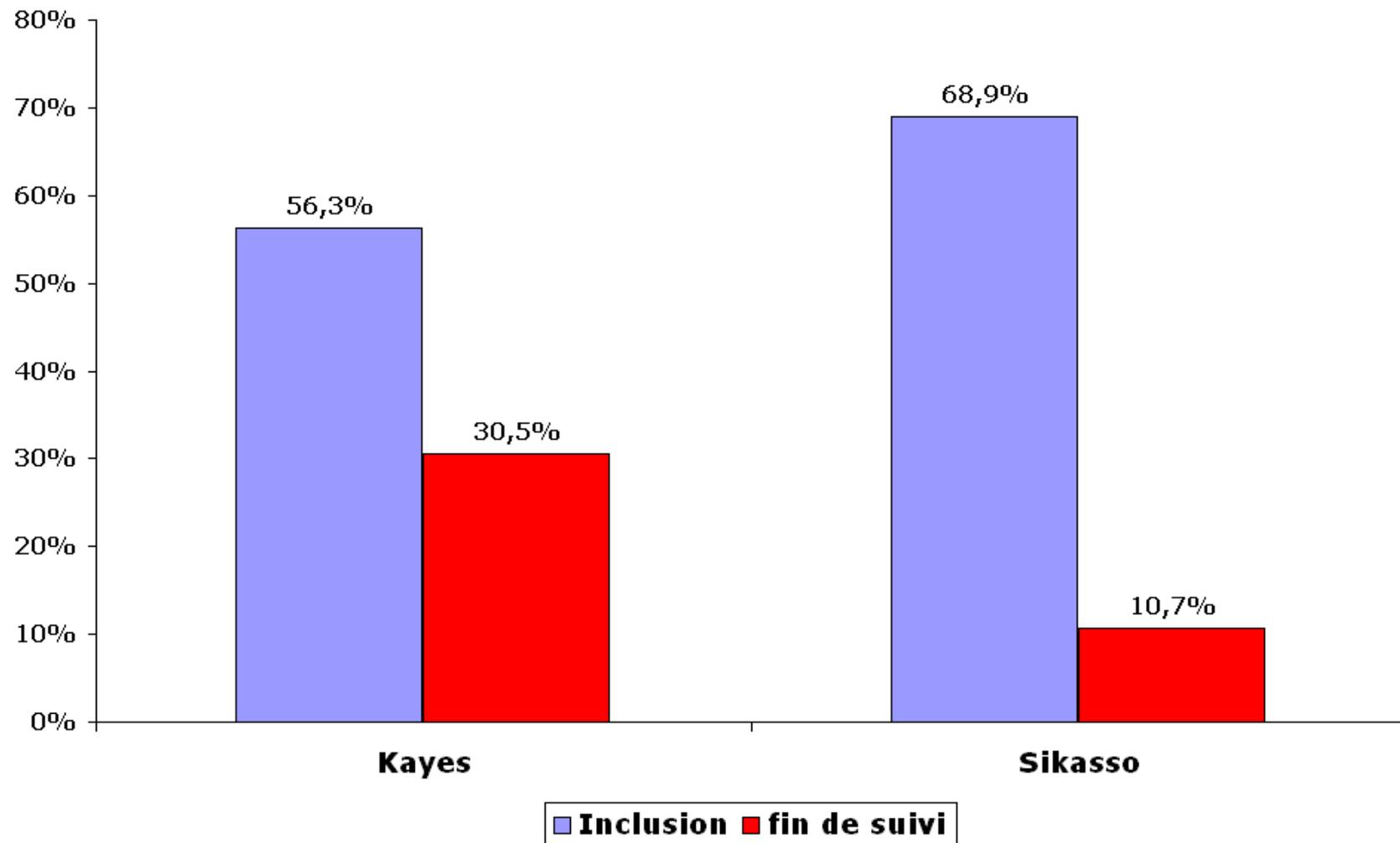


**Gain de poids > 10% du poids à l'inclusion : 40,3%**

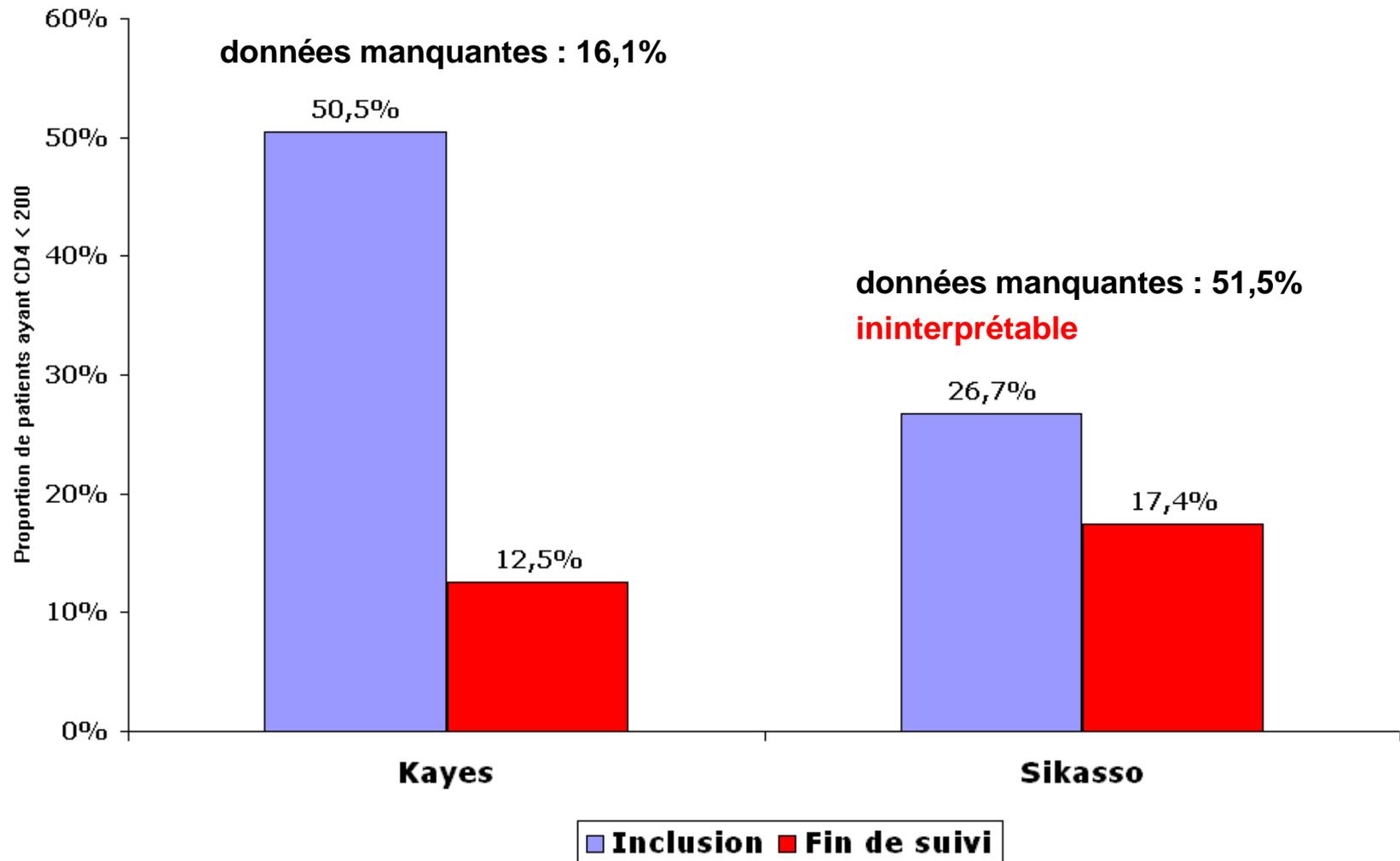
**- Kayes : 45,3%**

**- Sikasso : 34,0%**

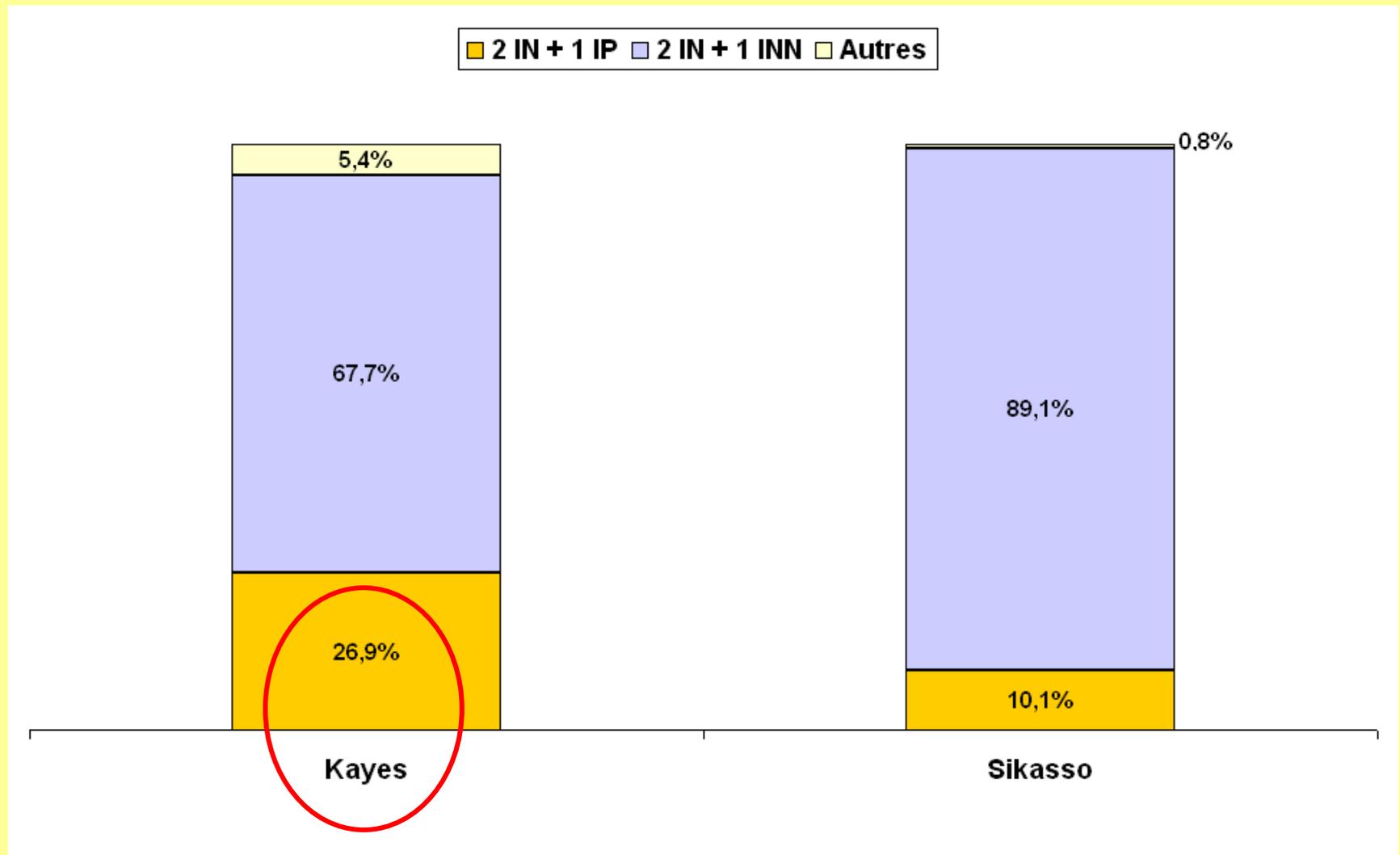
# Stades cliniques 3 et 4 à l'inclusion et en fin de suivi par région



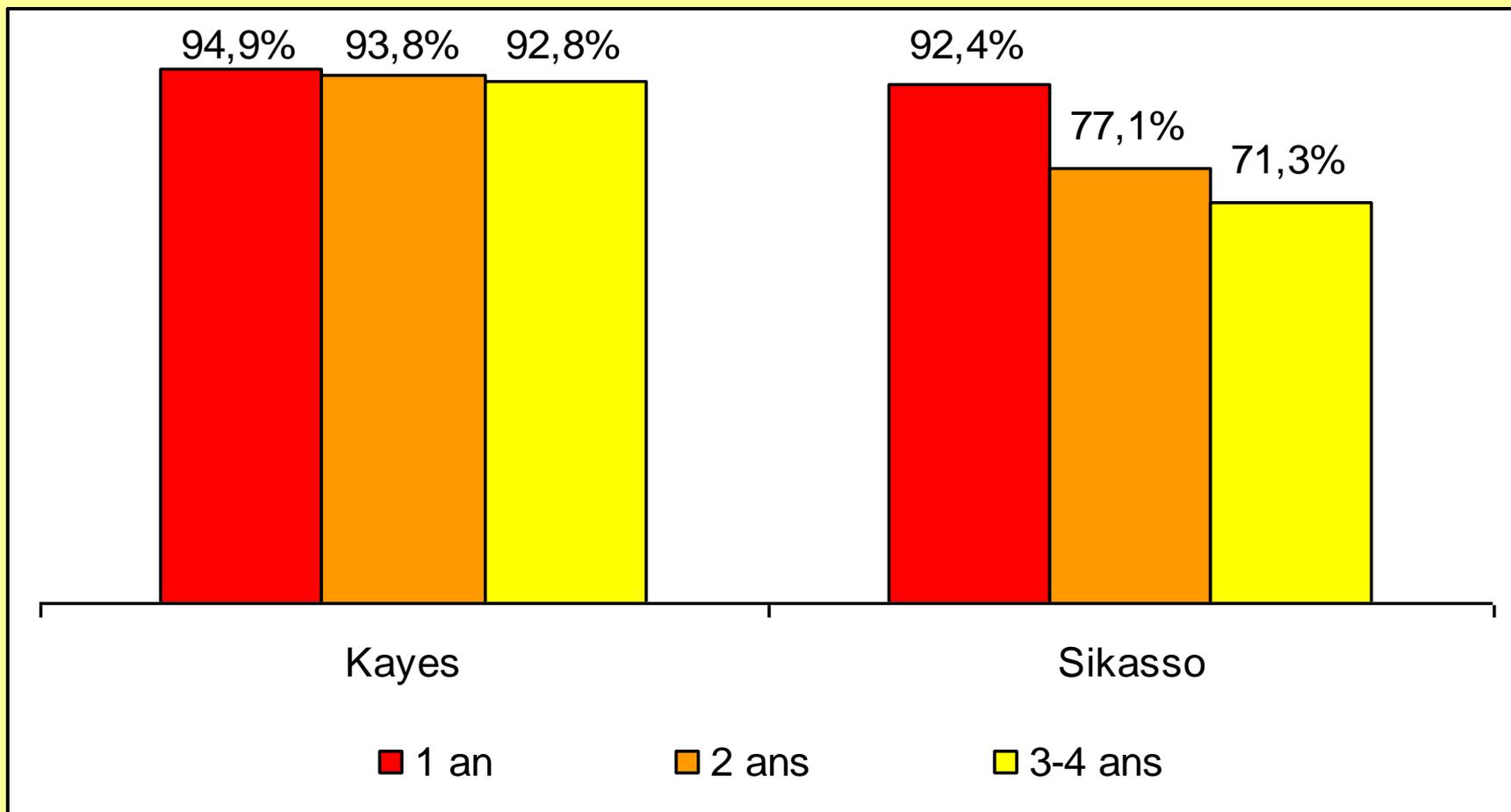
# CD4 < 200 à l'inclusion et en fin de suivi par région



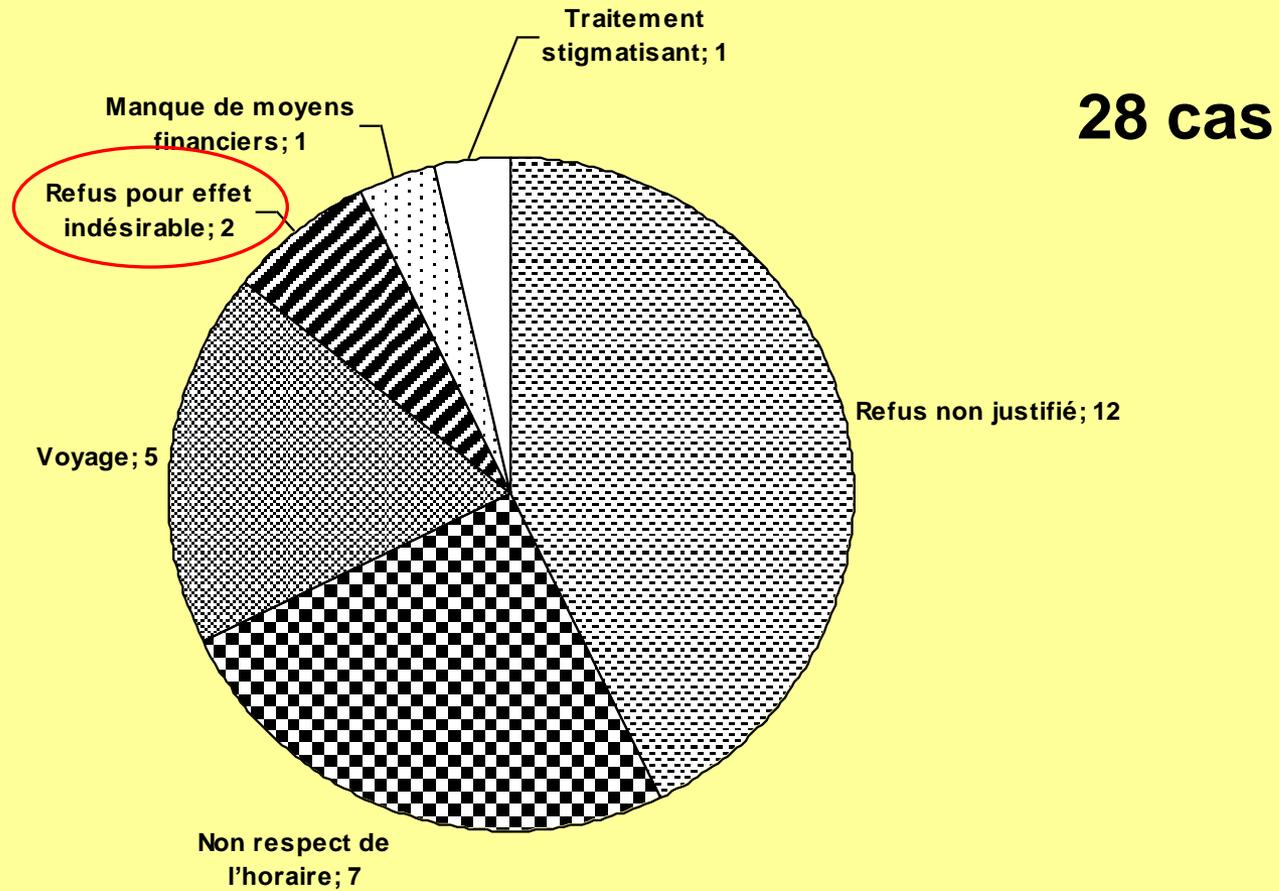
# Types de traitement ARV par région



# Observance totale en % du nombre de contrôle selon la durée de suivi par région



# Causes d'inobservance

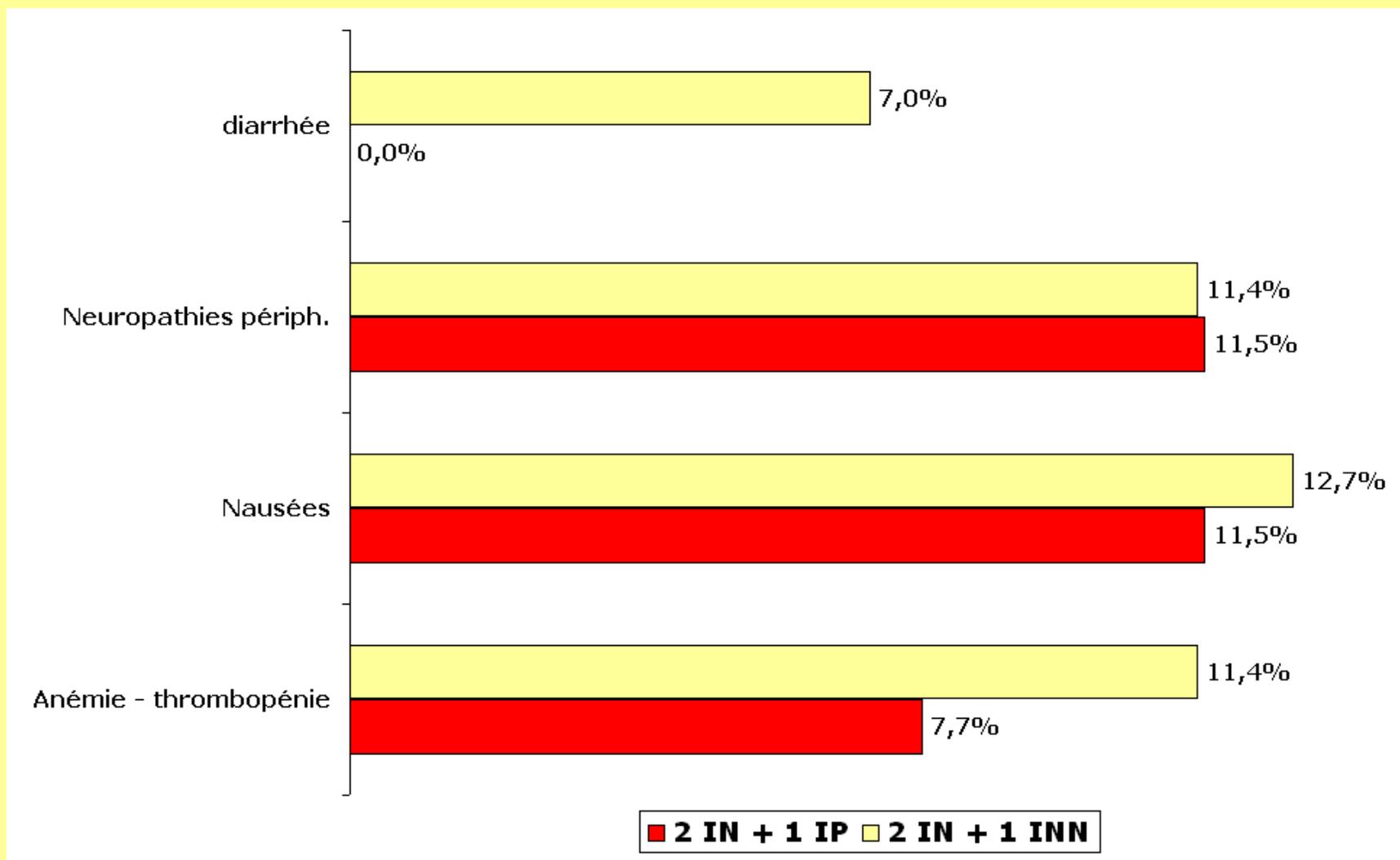


# Fréquence des effets indésirables aux ARV

**33%** des patients sous ARV ont eu un ou plusieurs effets indésirables (Kayes=37,2% ; Sikasso=28,1%)

Types d'effets indésirables	Nombre de cas	%
<b>Nausée</b>	26	12,4
<b>Neuropathie périphérique</b>	24	11,4
<b>Anémie - thrombopénie</b>	22	10,5
Diarrhée	11	5,2
Rash cutané	6	2,9
Anorexie	5	2,4
Toxidermie	4	1,9
Hépatite	2	1,0
Pancréatite	1	0,5

# Effets indésirables par types d'ARV



# Devenir des patients par région

Devenir	Kayes N = 168 (219 p-a*)	Sikasso N = 132 (101 p-a*)
En vie	154 (91,7%)	109 (82,6%)
Décédé	6 (3,6%)	7 (5,3%)
Perdu de vue	8 (4,8%)	16 (12,1%)

\* personnes-année

## Taux de mortalité \*

- Kayes : 27 pour 1000 patients-année
- Sikasso : 69 pour 1000 patients-année

\* Pas de différence significative entre les 2 régions (P=0,13)

# Taux de couverture du réseau

Régions	Effectif suivi régulièrement	Estimation(*) PV VIH	Taux de couverture
Kayes	168	691	24,3%
Sikasso	132	1337	9,9%
Total	300	2028	14,8%

(\*) sur la base d'une séroprévalence de 0,7% pour les 2 régions (EDS Mali 4, 2006)

# Contribution du réseau dans la prise en charge régionale

Critères d'estimation	Kayes	Sikasso
(a) Population totale actualisée au 31/12/2009 <sup>(1)</sup>	1767209	2625919
(b) Population des aires du réseau <sup>(2)</sup>	98763	190943
(c) Proportion de la population du réseau (b/a)	5,6%	7,3%
(d) File active régionale suivie régulièrement <sup>(3)</sup>	1298	2827
(e) File active régionale dans les aires du réseau (dxc)	73	206
(f) Nombre réel de patients suivis par le réseau	168	132
<b>(g) Contribution du réseau (f/d)</b>	<b>230%</b>	<b>64%</b>

Sources :

(1) Directions Régionales de la Santé

(2) Santé Sud

(3) Cellule Sectorielle de Lutte contre le Sida (données au 31/12/2009)

# **Synthèse et perspectives**

Réseau PV VIH Santé Sud/AMC,  
Mali, 2006-2009

# Points forts (1)

- 1. Prise en charge** des PV VIH **en milieu rural** par des CSCOM médicalisés : **innovation très pertinente comme stratégie de décentralisation de l'offre de soins.**
- 2. Patients représentatifs** de la population en milieu rural (très peu de groupes à risque)
- 3. Taux de couverture** du nombre total de PV VIH vivant dans les aires de santé (estimation par séroprévalence de 0,7%) de **24%** à Kayes et de **10%** à Sikasso
- 3. Contribution à la file active régionale** supérieure à **100%** à Kayes et supérieure à **60%** à Sikasso

# Points forts (2)

## 5. Amélioration clinique et immunologique

Indicateurs	À l'inclusion	En fin de suivi
Fréquence des IO	72%	22,7%
Stades cliniques 3 ou 4	40%	20,7%
CD4 < 200	39%	14,3%

## 6. Gain de poids >10% chez 40,3% des patients

# Points forts (3)

7. **Bonne observance > 90%** des patients sous ARV à Kayes, qui se maintient dans le temps
8. **Effets indésirables** chez un tiers des patients, **bien contrôlés** (deux cas responsables d'inobservance)
9. **24 perdus de vue** sur 300 PPVIH suivies **(8%)**
10. **13 décès** sur 300 PPVIH suivies **(4,3%)**

# Points faibles (1)

1. **Absence de tests rapides** de dépistage dans les CSCOM
2. **Référence du patient**
  - Préfinancement du transport aller problématique
  - Séjour prolongé lors des bilans de contrôle au niveau régional
  - Manque de structures d'accueil au niveau des associations de PVVIH (surtout à Sikasso)
3. **Problème de contre référence** entraînant des pertes d'informations médicales
4. **Ruptures de stock** en médicaments, en partie par manque de gestion prévisionnelle

# Points faibles (2)

- 5. Rémunération aléatoire** des acteurs du réseau
  - non basée sur le nombre de patients suivis et la qualité de la prise en charge
  - systématique pour les médecins CSCOM, absente pour les référents
  
- 6. Animation trop informelle** du réseau
  - au plan scientifique,
  - et au plan professionnel
  
- 7. Gestion des données non professionnelle :**
  - Questionnaires encombrés de variables inutiles
  - omission de variables essentielles
  - Choix du logiciel de saisie (SPSS versus ESOPE)

# Différences entre Kayes et Sikasso

- **Possibilités de prise en charge plus diversifiées à Sikasso**, ce qui expliquerait le taux de couverture et la contribution régionale plus faibles qu'à Kayes
- **Cohorte plus récente** à Sikasso : fermeture de 4 sites anciens en 2007-2008, et ouverture de 4 nouveaux sites en 2009 ; cohorte plus ancienne à Kayes
- **Inclusion de PV VIH plus immunodéprimés à Kayes** qu'à Sikasso

**Quelles recommandations  
proposer au terme de cette  
expérience pilote pour un  
passage à l'échelle ?**

# Concernant le fonctionnement du réseau (1)

- **Améliorer le dépistage** en dotant les CSCOM de tests rapides
- **Modifier l'allocation de transport** des patients
  - Fournir un titre de transport aller au niveau du CSCOM
  - Réserver une somme à l'association de PVVIH pour le transport retour et l'hébergement (et la nourriture ?)
  - Verser le reliquat au patient pour ses menues dépenses

# Concernant le fonctionnement du réseau (2)

- **Sécuriser le système de contre référence** :
  - ne plus confier aux patients l'acheminement de leurs résultats à leur médecin CSCOM
  - transmettre les résultats du bilan de suivi aux CSCOM par voie électronique (si possible), ou par courrier postal contractualisé avec un transporteur
- **Assurer une motivation financière** aux médecins du réseau, en incluant les référents, et comportant de **façon consensuelle et contractualisée** :
  - une somme forfaitaire
  - une somme proportionnelle à la file active
  - une somme conditionnée à la qualité de la prise en charge, évaluée sur quelques indicateurs simples

# Concernant le recueil et l'utilisation des données

- Sélectionner des **indicateurs pertinents** pour superviser et **évaluer en temps réel** les performances du réseau
- Revoir **en simplifiant** les supports de recueil
- Utiliser un **logiciel spécifique** au suivi des patients (ESOPE)

# **Merci**

pour votre aimable attention