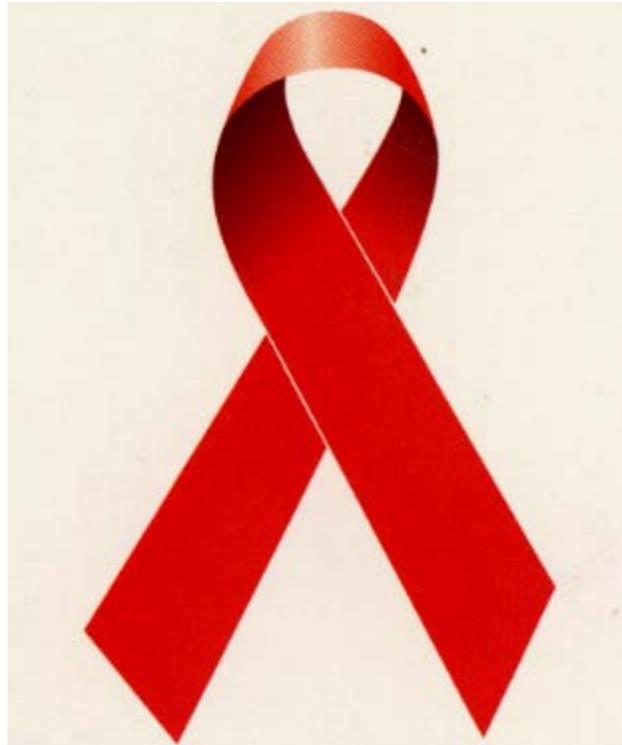


**Fondation Sociale Suisse  
du Nord Cameroun  
Hôpital de Petté  
B.P.65 Maroua**

**RAPPORT D'ACTIVITE  
DU CENTRE DE TRAITEMENT AGREE (CTA)  
DE L'HOPITAL DE PETTE**

**1.1.2006 – 31.12.2006**



## I.- Evolution générale de la situation de la prise en charge du sida au Cameroun.

L'année 2006 se termine à nouveau sur note encourageante : les promesses de 2005 ont été tenues. Les différentes aides se sont structurées et ont été possibles. Le programme national de lutte contre le VIH Sida avance. Le nombre de sidéens pris en charge au Cameroun augmente (environ 25000).

Le prix des traitements par ARV est resté identique : 3.000 CFA par mois pour les traitements de première intention et 7.000 CFA pour les traitements de 2<sup>ème</sup> intention. Ces traitements sont disponibles au CAPP à Maroua, toutefois les traitements de 2<sup>ème</sup> intention doivent toujours être commandés au dépôt de la CENAME à Ngaoundéré. Les ARV sous forme de sirops pour les traitements pédiatriques se sont révélés trop compliqués à l'utilisation.

Le grand progrès en 2006 a été le subventionnement des examens de laboratoire. Au premier janvier 2006, le prix du bilan de suivi des patients sous ARV, 2 fois par an, a été imposé, de même que les différents examens exigés. Le prix fixé est de 21.000 CFA : le patient paye 3.000 CFA et le Groupe Technique Provincial rembourse 18.000 CFA de « manque à gagner ». La procédure est toutefois compliquée : pour chaque malade, la facture imprimée de laboratoire avec les résultats doit porter le No du dossier du malade, le No de la carte d'identité du malade ( ou à défaut des empreintes digitales) et la signature. Ces documents doivent être contrôlés par une équipe du GTP avant que le chèque ne soit établi.

Il restait le problème du bilan initial, toujours encore coûteux : le patient nouvellement dépisté a en général dépensé toutes ses économies dans diverses formations sanitaires jusqu'à ce que le dépistage révèle la véritable nature du mal. Au début novembre 2006 ce bilan initial est devenu le « bilan pré thérapeutique » : il concerne tout séropositif qui a besoin d'un bilan. Ce nouveau bilan est dorénavant subventionné pour le même montant. Toutefois, la liste des examens exigés a été changée : ces changements fréquents entraînent des confusions dans la gestion des réactifs.

La prise en charge des PVVS indigents est devenue réelle : sur présentation des listes des PVVS déclarés indigents, les traitements mensuels peuvent être remboursés au CTA.

Par deux fois, le service informatique du Comité National de Lutte contre le sida nous a proposé des programmes informatiques pour la gestion des patients sous trithérapie...Ces deux programmes n'ont pas fonctionné.

Le CNLS cherche à mettre au point un programme d'entretien des équipements de laboratoire installés dans le pays pour les bilans des personnes sous traitement.

Le plan stratégique national de lutte contre le VIH/Sida 2006/2010 permet d'être optimiste pour les prochaines années.

## II.- Evolution de la prise en charge à l'hôpital de Petté

Les activités du CTA se sont déroulées comme prévu : le fonctionnement dans le mode intégré dans toutes les activités de l'hôpital est assurément la bonne manière de fonctionner avec le moins de stigmatisation et de discrimination possible.

Nous tenons à féliciter la totalité du personnel pour ses qualités de discrétion : le secret professionnel est tenu.

La prise en charge du malade qui vient consulter est familiale, dans la mesure du possible : le patient accompagné par un ou plusieurs membres de sa famille présente les conditions les plus favorables pour un traitement à long terme avec une bonne observance.

Durant l'exercice 2006, une nouvelle liste de tous les PVVS (séro+ et patients sous ARV) pris en charge dans l'arrondissement de Petté a été éditée par nos soins : tous les irréguliers ont été recherchés. Les informations sont portées sur la liste. Nous avons cherché à remédier aux problèmes que signalaient les uns et les autres. Les indigents parmi cette cohorte ont été clairement identifiés : une aide sociale leur a été accordée ( alimentation, prise en charge des frais de scolarisation des enfants).

Après concertation, nous avons décidé de mettre à jour tous les dossiers de nos malades ( dossiers papier et dossiers informatiques) : nous avons recherché les disparus depuis moins de 12 mois par tous les moyens disponibles ( personnes contact, téléphone, lettres). Nous sommes restés surpris par le nombre de personnes décédées à domicile dans des conditions non expliquées. De nombreux malades avaient également changé de lieu de consultations, profitant des occasions données par les UPEC créées, et aussi par le changement progressif des mentalités ( en effet, se soigner pour le sida est devenu moins stigmatisant et donc le facteur proximité l'emporte pour le choix du centre de prise en charge). De nombreux malades, hélas, ont également purement et simplement abandonné le traitement : après avoir récupéré 10 à 15 kilos et toute sa capacité de vaquer à ses occupations quotidiennes, le PVVIH se sent guéri...et la tentation de se séparer d'un traitement malgré tout contraignant est grande. Nous avons donc décidé de sortir de cohorte tous les malades qui ont officiellement changé de centre de prise en charge, mais aussi ceux qui avaient disparu depuis plus de 12 mois et que nous n'avons pas réussi à retrouver. Les statistiques sont donc désormais plus proches de la réalité des activités. Elles sont conformes avec les données demandées par le GTP.

Tous les anciens dossiers étant classés alphabétiquement et par catégories de devenir, il nous est facile d'inclure à nouveau dans notre cohorte de suivis les PVVIH souhaitant nous revenir.

### **BILAN de cohorte au 31.12.2006**

Cohorte totale de PVVS (1.1.2002 au 31.12.2006)	2.153
PVVS décédés	423
Sortis de cohorte	545
PVVS sous trithérapie	617 ( 28,6%)
PVVS séropositifs	568

Si nous analysons les chiffres des nouveaux entrés dans la cohorte en 2006, ils sont 293 en 2006 et parmi eux 195 ont débuté les ARV : si le total des dépistés est moins élevé que prévu dans le budget, les patients mis sous ARV sont par contre plus nombreux (66%).

En ce qui concerne les traitements par ARV, la grande majorité de nos patients est sous Triomune ( lamivudine, stavudine et névirapine). Les ....tuberculeux sont sous lamivudine, stavudine et efavirenz . Neuf patients sont sous zidovudine, lamivudine et nevirapine ou efavirenz.

Le traitement de 2<sup>ème</sup> intention est appliqué à 4 malades.

### III.- Réflexions sur les problèmes rencontrés.

Les divers appuis financiers donnés par le gouvernement ont grandement facilité la tâche.

Nous voyons deux grands problèmes :

**1.- l'observance** : il est prouvé scientifiquement que les succès thérapeutiques ( cliniques et immunologiques) sont dépendants de la régularité du patient dans la prise des médicaments. Une véritable campagne de sensibilisation est faite individuellement à tous ceux qui fréquentent la consultation. Trop de malades prennent les choses à la légère, pensent qu'ils vont mieux et qu'ils ne nécessitent plus de traitement. Il est difficile de faire comprendre le véritable enjeu du traitement qui ne guérit pas, qui contient tout simplement le virus, et dont l'interruption peut générer des résistances futures. De problème financier comme nous le pensions initialement, le problème est devenu un problème de compréhension, d'éducation et donc d'accompagnement.

**2.- les problèmes sociaux** : nous distinguons là le problème alimentaire pour certains, le problème des frais de scolarisation des enfants pour d'autres, et enfin le problème de réinsertion sociale pour beaucoup.

- **Aide alimentaire** : sous forme de riz, maïs, conserves de sardines, lait et produits laitiers etc. Elle doit s'adresser aux hospitalisés démunis, mais aussi aux jeunes veuves en charge d'enfants, avant leur réinsertion sociale.

- **Frais de scolarisation** : de nombreux enfants (de parents malades ou dont le père ou la mère sont décédés) sont retirés de l'école primaire et secondaire, pour aider à la maison ou tout simplement pour des raisons financières. Pour planifier l'avenir de ces familles, il est très important de veiller à l'éducation des jeunes. Déjà cette année nous avons pris en charge quelques 20 scolarisations : nous souhaitons organiser ce secteur d'appui avec un contrôle des certificats d'inscriptions.

- **Réinsertion sociale** : il est souvent nécessaire d'accorder une petite somme de démarrage( 100.000-200.000) à des artisans ou à des commerçants qui ont vendu jusqu'à leur outil de travail en début de déclaration de maladie. Des outils, une machine à coudre, un stock de démarrage de commerce etc. sont les bienvenus.

