**SOMMAIRE**

**SOMMAIRE**

**Pages**

**INTRODUCTION ..... 1**

**I.GENERALITES ..... 3**

I.1. Contexte épidémiologique ..... 3

I.1.1.Epidémie du VIH dans le monde ..... 3

I.1.2. Epidémie du VIH à Madagascar ..... 3

I.1.3.Politique nationale de prise en charge du VIH/Sida à Madagascar .... 4

I.2.Rappels sur le VIH/Sida ..... 5

I.2.1.VIH ..... 5

I.2.2.Mode de transmission du VIH ..... 7

I.2.3.Physiopathologie de l'infection au VIH ..... 7

I.2.4.Diagnostic et histoire naturelle de la maladie ..... 10

I.2.5.Prévention de l'infection au VIH ..... 13

I.2.6.Principes de la prise en charge du VIH/SIDA à Madagascar ..... 14

I.2.7.Traitement antirétroviral ..... 18

I.2.8.Traitement des infections opportunistes ..... 22

I.3.Concepts clés pour le maintien des PVVIH dans le circuit médical ..... 22

I.3.1.Rétention ..... 22

I.3.2.PVVIH suivies ..... 23

I.3.3.PVVIH perdues de vue ..... 24

I.3.4.Concept d'observance ..... 24

I.4.Problème du maintien des PVVIH dans le circuit de soins ..... 25

I.4.1.Considérations générales ..... 25

I.4.2.Ampleur du problème dans le monde ..... 25

I.4.3.Ampleur du problème en Afrique subsaharienne ..... 25

I.4.4.Cas particulier de Madagascar ..... 26

I.5.Principaux obstacles rencontrés par la PVVIH dans sa prise en charge ..... 26
I.5.1.Contrainte de temps ..... 26
I.5.2.Lassitude et fatalisme ..... 26
I.5.3.Mauvaise répartition géographique ..... 27
I.5.4.Insécurité économique ..... 27
**II. METHODES ..... 28**
II.1.Objectifs ..... 28
II.2.Caractéristiques du cadre de l'étude ..... 28
II.3.Type d'étude ..... 29
II.4.Méthodologie ..... 29
II.5.Période d'étude et durée d'étude ..... 29
II.6.Population d'étude ..... 29
II.7.Critères d'inclusion ..... 30
II.8.Critères de positivité ..... 30
II.9.Critères d'exclusion ..... 30
II.10.Mode d'échantillonnage ..... 31
II.11.Taille de l'échantillon ..... 31
II.12.Variables étudiées ..... 31
II.12.1.Variable dépendante ..... 31
II.12.2.Variables indépendantes ..... 32
II.13.Modes de collecte des données ..... 33
II.14.Mode d'analyse des données ..... 33
II.15.Limites de l'étude ..... 33
II.16.Considérations éthiques ..... 34
**III.RESULTATS ..... 35**
III.1.Résultat général ..... 35

III.1.1.Prévalence brute des PVVIH maintenues dans le circuit de soins du service des Maladies Infectieuses de l'HJRB et au CHRD Itaosy ..... 35

III.1.2.Répartition des nouveaux cas totaux de PVVIH du service des Maladies Infectieuses de l'HJRB et au CHRD Itaosy selon l'année de découverte de l'infection au VIH ..... 36

III.1.3.Répartition du devenir des nouveaux cas de PVVIH dans le service des Maladies Infectieuses de l'HJRB et au CHRD Itaosy selon l'année de découverte de l'infection au VIH ..... 37

III.2.Répartition des PVVIH maintenues dans le circuit de soins du service des Maladies Infectieuses de l'HJRB et du CHRD Itaosy selon leurs caractéristiques sociodémographiques et épidémiologiques ..... 38

III.2.1. Répartition des PVVIH maintenues dans le circuit de soins du service des Maladies Infectieuses de l'HJRB et du CHRD Itaosy selon le genre ..... 38

III.2.2. Répartition des PVVIH maintenues dans le circuit de soins du service des Maladies Infectieuses de l'HJRB et du CHRD selon leur tranche d'âge ..... 39

III.2.3. Répartition des PVVIH maintenues dans le circuit de soins du service des Maladies Infectieuses de l'HJRB et du CHRD Itaosy selon leur statut matrimonial ..... 40

III.2.4. Répartition des PVVIH maintenues dans le circuit de soins du service des Maladies Infectieuses de l'HJRB et du CHRD Itaosy selon le nombre d'enfants à leur charge ..... 41

III.2.5. Répartition des PVVIH maintenues dans le circuit de soins du service des Maladies Infectieuses de l'HJRB et du CHRD selon leur niveau d'études..... 42

III.2.6. Répartition des PVVIH maintenues dans le circuit de soins du service des Maladies Infectieuses de l'HJRB et du CHRD Itaosy selon leur secteur d'emploi ..... 43

III.2.7. Répartition des PVVIH maintenues dans le circuit de soins du service des Maladies Infectieuses de l'HJRB et du CHRD Itaosy selon la distance entre le lieu de résidence et l'hôpital de référence ..... 44

III.2.8. Répartition des PVVIH maintenues dans le circuit de soins du service des Maladies Infectieuses de l'HJRB et du CHRD Itaosy selon l'orientation sexuelle des hommes ..... 45

III.2.9. Répartition des PVVIH maintenues dans le circuit de soins du service des Maladies Infectieuses de l'HJRB et du CHRD Itaosy selon les facteurs de risque de transmission de l'infection au VIH ..... 46

III.2.10. Caractéristiques sociodémographiques et épidémiologiques des PVVIH maintenues dans le circuit de soins ..... 47

III.3. Répartition des PVVIH maintenues dans le circuit de soins du service des Maladies Infectieuses de l'HJRB et du CHRD Itaosy selon les caractéristiques cliniques et biologiques de l'infection au VIH ..... 48

III.3.1. Répartition des PVVIH maintenues dans le circuit de soins du service des Maladies Infectieuses de l'HJRB et du CHRD Itaosy selon les circonstances de découverte de la maladie ..... 48

III.3.2. Répartition des PVVIH maintenues dans le circuit de soins du service des Maladies Infectieuses de l'HJRB et du CHRD Itaosy selon l'indice de masse corporelle ..... 49

III.3.3. Répartition des nouveaux cas de PVVIH du service des Maladies Infectieuses de l'HJRB et du CHRD Itaosy d'après la classification de leur maladie selon les stades cliniques de l'OMS ..... 50

III.3.4. Répartition des nouveaux cas de PVVIH du service des Maladies Infectieuses de l'HJRB et du CHRD Itaosy selon l'existence de maladies opportunistes ..... 51

III.3.5. Répartition des nouveaux cas de PVVIH du service des Maladies Infectieuses de l'HJRB et du CHRD Itaosy selon la connaissance de leur statut sérologique par leur entourage ..... 52

III.3.6. Répartition des nouveaux cas de PVVIH du service des Maladies Infectieuses de l'HJRB et du CHRD Itaosy selon leur taux de CD4 au moment de la découverte de la maladie ..... 53

III.3.7.Caractéristiques clinico-biologiques des nouveaux cas de PVVIH du service des Maladies Infectieuses de l'HJRB et du CHRD Itaosy ..... 54

III.4. Répartition des nouveaux cas de PVVIH du service des Maladies Infectieuses de l'HJRB et du CHRD Itaosy de septembre 2008 à septembre 2013 selon les caractéristiques thérapeutiques ..... 55

III.4.1.Instauration du traitement ARV ..... 55

III.4.2. Répartition des PVVIH maintenues dans le circuit de soins du service des Maladies Infectieuses de l'HJRB et du CHRD Itaosy selon la présence de prise en charge psychosociale ..... 57

III.4.3. Répartition statistique de certaines caractéristiques thérapeutiques des nouveaux cas de PVVIH du service des Maladies Infectieuses de l'HJRB et du CHRD Itaosy..... 58

III.5. Répartition des PVVIH maintenues dans le circuit de soins du service des Maladies Infectieuses de l'HJRB et du CHRD Itaosy selon la durée de la prise en charge ..... 59

**IV.DISCUSSION ..... 60**

IV.1.Contexte général ..... 60

IV.2.Prévalence brute des PVVIH maintenues dans le circuit de soins..... 60

IV.3.Maintien dans le circuit de soins des PVVIH selon l'année de découverte de la maladie..... 62

IV.4.Répartition des nouveaux cas de PVVIH au cours de la période d'étude..... 63

IV.5.Relation entre les caractéristiques sociodémographiques et épidémiologiques des PVVIH et leur maintien dans le circuit de soins ..... 63

IV.5.1.Influence du genre ..... 63

IV.5.2.Influence des tranches d'âge ..... 64

IV.5.3.Influence de la situation familiale ..... 65

IV.5.4.Influence du niveau d'études ..... 65

IV.5.5.Influence du secteur d'emploi ..... 66

IV.5.6.Influence de l'orientation sexuelle des hommes ..... 67

IV.5.7.Influence du type de facteur de risque de transmission de l'infection au VIH ..... 67

IV.6.Relation entre les caractéristiques cliniques et biologiques de l'infection au VIH et le maintien des PVVIH dans le circuit de soins ..... 68

IV.6.1.Influence des circonstances de découverte ..... 68

IV.6.2.Influence de l'indice de masse corporelle ..... 69

IV.6.3.Influence du stade clinique de l'infection au VIH selon l'OMS .... 70

IV.6.4.Influence de la présence de maladies opportunistes ..... 71

IV.6.5.Influence de la connaissance du statut sérologique de la PVVIH par au moins une personne de son entourage..... 71

IV.6.6.Influence du taux de CD4 ..... 72

IV.7.Relation entre les caractéristiques thérapeutiques de l'infection au VIH et le maintien des PVVIH dans le circuit de soins ..... 73

IV.7.1.Influence de l'existence ou non de traitement ARV ..... 73

IV.7.2. Relation entre maintien des PVVIH sous ARV dans le circuit de soins et année d'instauration du traitement ARV ..... 74

IV.7.3.Influence de l'existence d'une prise en charge psychosociale ..... 74

IV.8.Durée du maintien des PVVIH dans le circuit de soins ..... 76

**CONCLUSION**……...…...…78

**REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES**

**ANNEXES**

## LISTE DES FIGURES

**Pages**

**Figure 1:** Structure schématique du VIH ..... 6

**Figure 2:** Phase de bourgeonnement du VIH ..... 9

**Figure 3:** Photo d'une PVVIH au stade de sida-maladie.....11

**Figure 4 :** Prévalence brute des PVVIH maintenues dans le circuit de soins du service des Maladies Infectieuses de l'HJRB et au CHRD Itaosy de septembre 2008 à septembre 2013.....35

**Figure 5 :** Répartition annuelle des nouveaux cas de PVVIH du service des Maladies Infectieuses de l'HJRB et au CHRD Itaosy de septembre 2008 à septembre 2013 selon l'année de découverte de l'infection au VIH.....36

**Figure 6 :** Répartition du devenir des nouveaux cas de PVVIH dans le service des Maladies Infectieuses de l'HJRB et au CHRD Itaosy de septembre 2008 à septembre 2013 selon l'année de découverte de l'infection au VIH .....37

**Figure 7:** Répartition des PVVIH maintenues dans le circuit de soins du service des Maladies Infectieuses de l'HJRB et au CHRD Itaosy de Septembre 2008 à Septembre 2013 selon le genre .....38

**Figure 8:** Répartition des PVVIH maintenues au sein du service des Maladies Infectieuses de l'HJRB et au CHRD Itaosy de Septembre 2008 à Septembre 2013 selon les tranches d'âge.....39

**Figure 9:** Répartition des PVVIH maintenues dans le circuit de soins du service des Maladies Infectieuses de l'HJRB et du CHRD Itaosy de septembre 2008 à septembre 2013 selon leur statut matrimonial.....40

**Figure 10:** Répartition des PVVIH maintenues dans le circuit de soins du service des Maladies Infectieuses de l'HJRB et du CHRD Itaosy de septembre 2008 à septembre 2013 selon le nombre d'enfants à leur charge.....41

**Figure 11 :** Répartition des PVVIH maintenues dans le circuit de soins du service des Maladies Infectieuses de l'HJRB et du CHRD Itaosy de septembre 2008 à septembre 2013 selon leur niveau d'études .....42

**Figure 12:** Répartition des dossiers des PVVIH maintenues dans le circuit de soins du service des Maladies Infectieuses de l'HJRB et au CHRD Itaosy de Septembre 2008 à Septembre 2013 selon leur secteur d'emploi.....43

**Figure 13 :** Répartition des dossiers des PVVIH maintenues dans le circuit de soins du service des Maladies Infectieuses de l'HJRB et au CHRD Itaosy de Septembre 2008 à Septembre 2013 selon la distance entre le lieu de résidence et l'hôpital de référence.....44

**Figure 14 :** Répartition des PVVIH maintenues dans le circuit de soins du service des Maladies Infectieuses de l'HJRB et du CHRD Itaosy de septembre 2008 à septembre 2013 selon l'orientation sexuelle des hommes .....45

**Figure 15:** Répartition des dossiers des PVVIH maintenues suivies au sein du service des Maladies Infectieuses de l'HJRB et au CHRD Itaosy de Septembre 2008 à Septembre 2013 selon les facteurs de risque d'infection au VIH .....46

**Figure 16:** Répartition des PVVIH maintenues dans le circuit de soins du service des Maladies Infectieuses de l'HJRB et du CHRD Itaosy de septembre 2008 à septembre 2013 selon les circonstances de découverte de la maladie.....48

**Figure 17 :** Répartition des PVVIH maintenues dans le circuit de soins du service des Maladies Infectieuses de l'HJRB et du CHRD Itaosy de septembre 2008 à septembre 2013 selon l'indice de masse corporelle .....49

**Figure 18 :** Répartition des nouveaux cas de PVVIH du service des Maladies Infectieuses de l'HJRB et du CHRD Itaosy de septembre 2008 à septembre 2013 d'après la classification de leur maladie selon les stades cliniques de l'OMS ..... 50

**Figure 19:** Répartition des nouveaux cas de PVVIH du service des Maladies Infectieuses de l'HJRB et du CHRD Itaosy de septembre 2008 à septembre 2013 selon l'existence de maladies opportunistes ..... 51

**Figure 20:** Répartition des nouveaux cas de PVVIH du service des Maladies Infectieuses de l'HJRB et du CHRD Itaosy de septembre 2008 à septembre 2013 selon la connaissance par leur entourage de leur statut sérologique au VIH ..... 52

**Figure 21:** Répartition des nouveaux cas de PVVIH du service des Maladies Infectieuses de l'HJRB et du CHRD Itaosy de septembre 2008 à septembre 2013 selon leur taux de CD4 au moment de la découverte de la maladie ..... 53

**Figure 22 :** Répartition des nouveaux cas de PVVIH du service des Maladies Infectieuses de l'HJRB et du CHRD Itaosy de septembre 2008 à septembre 2013 selon l'initiation du traitement ARV dans le 1er mois qui suit la 1ère consultation ..... 55

**Figure 23 :** Répartition des nouveaux cas de PVVIH sous ARV du service des Maladies Infectieuses de l'HJRB et du CHRD Itaosy de septembre 2008 à septembre 2013 selon l'année au cours de laquelle le traitement ARV est instauré ..... 56

**Figure 24 :** Répartition des PVVIH maintenues dans le circuit de soins du service des Maladies Infectieuses de l'HJRB et du CHRD Itaosy de septembre 2008 à septembre 2013 selon la présence de prise en charge psychosociale ..... 57

**Figure 25 :** Répartition des PVVIH maintenues dans le circuit de soins du service des Maladies Infectieuses de l'HJRB et du CHRD Itaosy de septembre 2008 à septembre 2013 selon la durée de la prise en charge ..... 59

## LISTE DES TABLEAUX

**Pages**

**Tableau I:** Répartition statistique des caractéristiques sociodémographiques et épidémiologiques des PVVIH maintenues dans le circuit de soins du service des Maladies Infectieuses de l'HJRB et du CHRD Itaosy de septembre 2008 à septembre 2013 .....47

**Tableau II:** Répartition statistiques des caractéristiques clinico-biologiques des PVVIH en rétention suivies au sein du service des Maladies Infectieuses de l'HJRB et au CHRD Itaosy de Septembre 2008 à Septembre 2013 .....54

**Tableau III:** Profil thérapeutique des nouveaux cas de PVVIH du service des Maladies Infectieuses de l'HJRB et du CHRD Itaosy de septembre 2008 à septembre 2013.....58

## LISTE DES ANNEXES

**Annexe 1 :** Fiche de collecte des données

**Annexe 2 :** Tableaux d'exploitation des données

**Annexe 3 :** Résultat général de la répartition des dossiers des nouveaux cas de PVVIH du service des Maladies Infectieuses de l'HJRB et du CHRD Itaosy durant la période de septembre 2008 à septembre 2013

**Annexe 4 :** Demandes d'autorisation d'accès aux dossiers des PVVIH du service des Maladies Infectieuses de l'HJRB et du CHRD Itaosy

**Annexe 5 :** Classifications de l'infection au VIH

**Annexe 6 :** Survenue des infections opportunistes en fonction du taux de CD4

**Annexe 7 :** Evolution des marqueurs de la contamination par le VIH

## LISTE DES SIGLES ET DES ABREVIATIONS

**ADN** : Acide DesoxyriboNucléique
**AES** : Accident d'Exposition au Sang
**ARN** : Acide RiboNucléique
**ARV** : AntiRétroViral
**CD4** : Lymphocyte T
**CDIS** : Counseling et Dépistage à l'Initiative du Soignant
**CHD** : Centre Hospitalier de District
**CHRD** : Centre Hospitalier de Référence de District
**CSB** : Centre de Santé de Base
**CTV** : Centre de Test Volontaire/Centre de Dépistage Volontaire
**HJRB** : Hôpital Joseph Raseta Befelatanana
**HSH** : Hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes
**IST** : Infections Sexuellement Transmissibles
**OMD** : Objectifs du Millénaire pour le Développement
**OMS** : Organisation Mondiale de la Santé
**ONG** : Organisations Non Gouvernementales
**ONUSIDA** : Organisation des Nations Unies contre le Sida
**PTME** : Prévention de la Transmission Mère Enfant
**PVVIH** : Personne Vivant avec le VIH
**SIDA** : Syndrome de l'Immunodéficience Acquise
**TDS** : Travailleur de Sexe
**UDI** : Utilisateurs de Drogues Injectables
**VIH** : Virus de l'Immunodéficience Humaine

# INTRODUCTION

# INTRODUCTION

Selon le rapport 2013 de l'ONU, près de 35,3 millions de personnes vivent avec le VIH dans le monde, dont 67% se trouvent en Afrique subsaharienne [1]. Le nombre de personnes vivant avec le VIH est plus important par rapport aux années précédentes du fait de l'augmentation du nombre de personnes sous traitement antirétroviral allongeant leur espérance de vie [2]. Parallèlement, le nombre de cas des « perdus de vue » pose un réel problème. En effet, ce sont des patients qui nécessitent ou nécessiteront ultérieurement une prise en charge médicale [3] et qui restent un réservoir de virus potentiel. La qualité de la prise en charge des patients dans un programme dépend de la capacité des centres de référence à maintenir les patients à long terme dans le circuit de soins [4]. C'est ce qui définit le terme de « rétention ». Le but d'un traitement par les antirétroviraux est d'obtenir une charge virale indétectable protégeant ainsi le patient contre l'apparition des maladies opportunistes, et limitant la transmission du virus. A cet effet, pour parvenir à obtenir une charge virale indétectable, toute personne diagnostiquée séropositive au VIH doit être suivie régulièrement afin de pouvoir déterminer le moment où l'instauration du traitement par antirétroviraux est nécessaire.

Le terme de « rétention » fait appel à tous les éléments concernant les possibilités individuelles et socio-politiques qui sont données à une personne vivant avec le VIH (PVVIH) afin qu'elle reste dans le système de soins [5-6]. Ce système relève à la fois d'une prise en charge médicale ainsi que d'une prise en charge psychosociale afin d'aider la personne vivant avec le VIH à surmonter les bouleversements physiques, psychologiques et sociaux engendrés par sa maladie.

L'étude de la rétention ou du maintien à long terme des patients au sein des programmes de prise en charge des PVVIH est l'un des meilleurs indicateurs d'efficacité de la thérapie antirétrovirale car elle révèle indirectement l'adhésion des PVVIH au traitement antirétroviral [6]. Evaluer l'efficacité de la lutte contre l'infection au VIH en se fiant uniquement au nombre de patients mis sous traitement antirétroviral n'est plus suffisant [7]. En effet, ce raisonnement négligerait les nombreux cas de

patients n'ayant pas besoin de thérapie antirétrovirale (taux de CD4>500/$mm^3$chez l'adulte ou absence de signes cliniques du stade III ou IV de l'OMS) [8, 9]. Le risque serait de voir ces patients s'éloigner progressivement du système de prise en charge et qu'ils soient « perdus de vue » ou décédés. Ainsi, l'étude de la rétention reflète également l'efficacité des circuits de soins et des acteurs de la prise en charge : médecins référents, médecins de réseau, paramédicaux de réseau, assistants sociaux, associations psycho-sociales.

Le taux de rétention des patients infectés par le VIH est de 80% dans les pays développés [7]. A Madagascar, le profil épidémiologique du VIH-SIDA concerne la catégorie « peu active » avec une faible prévalence estimée à moins de 1% de la population générale, mais la gravité en fait que le taux de rétention est de moins de 50% [10, 11] selon les chiffres en 2010. Les efforts entrepris doivent donc être soutenus afin de minimiser le taux d'abandon du traitement et de fidéliser les patients à toutes les étapes du circuit de prise en charge. En effet, le pays comporte tous les facteurs de risque susceptibles de provoquer une recrudescence de l'épidémie du VIH/Sida pour ne citer que la pauvreté, le faible niveau d'instruction et la forte prévalence des IST.

C'est dans ce sens que nous nous sommes penchés sur le «Maintien des PVVIH au service des Maladies Infectieuses Befelatanana et à l'hôpital d'Itaosy de 2008 à 2013 ». Cette étude entre dans le cadre des Objectifs du Millénaire pour le Développement dont l'objectif numéro 6 est de « combattre le VIH/Sida au même titre que le paludisme et d'autres maladies » [1]. Parallèlement, elle correspond également aux objectifs de l'ONUSIDA : « zéro infection, zéro transmission, zéro décès » [2].

Au cours de notre travail nous nous sommes fixés comme objectif principal de déterminer la prévalence brute des PVVIH maintenues dans le circuit de soins du service des Maladies Infectieuses de l' HJRB et au CHRD d' Itaosy de septembre 2008 à septembre 2013. Nos objectifs secondaires sont de déterminer les différents facteurs épidémio-cliniques et comportementaux pouvant influencer le maintien de ces PVVIH dans le circuit de soins, et enfin de proposer des suggestions pour l'amélioration du taux de PVVIH maintenues dans le circuit de soins à Madagascar.

# PREMIERE PARTIE :

# GENERALITES

# I.GENERALITES

## I.1. Contexte épidémiologique

### I.1.1.Epidémie du VIH dans le monde

Le nombre de nouveaux cas de personnes infectées par le VIH dans le monde est en décroissance, avec une diminution de 21 % de 2001 à 2011 [1]. Cependant, d'après l'OMS, seulement 39% des personnes estimées vivant avec le VIH ont fait l'objet d'un dépistage [10]. Sur les 35,3 millions de personnes estimées séropositives au VIH, près de 44,8% sont représentées par les femmes et 5,8% par les enfants de moins de 15 ans [1]. Ainsi, les femmes et les enfants dépassent plus de la moitié des PVVIH à l'échelle mondiale. Il faut savoir ensuite que les 2/3 tiers (soit 65%) de ces adultes et de ces enfants touchés par le VIH sont rencontrés en Afrique subsaharienne [1]. La lutte contre le VIH-Sida s'inscrit en tant qu'objectif numéro 6 des Objectifs du Millénaire pour le Développement : « Combattre le VIH-Sida, le paludisme et d'autres maladies », avec comme date de référence l'année 1990, et comme date butoir l'année 2015. Un délai de 20 ans a été fixé par l'ONU pour « assurer à tous ceux qui en ont besoin l'accès aux traitements contre le VIH/Sida » jusqu'en 2010, et un délai de 25 ans pour « enrayer et commencer à inverser la propagation du VIH-Sida à partir de 2015 » [1].

### I.1.2. Epidémie du VIH à Madagascar

Selon l'ONUSIDA, le nombre de personnes séropositives au VIH à Madagascar en 2011 est estimé à 42 470 dont 36 750 adultes des plus de 15 ans [2]. Comparée au cas des pays de l'Afrique Australe où le taux de prévalence de l'infection au VIH dépassait déjà les 15% en 2005, l'épidémie du VIH/SIDA à Madagascar est contenue dans la catégorie peu active, avec une prévalence à moins de 1% [10]. Cependant, cette faible prévalence montre quand même une évolution croissante passant de 0,02% en 1989 à 0,30% en 2010 [10]. De nombreux facteurs de risque en faveur d'une recrudescence brutale de la prévalence de l'infection au VIH sont présents à Madagascar. Nous pouvons citer à titre d'exemple la pauvreté et le faible niveau

d'instruction : 50% des adolescents de 15 ans seulement sont scolarisés en 2005. Il y a également la prévalence des IST avec un taux de 1,8% à l'échelle nationale en 2006. Le taux élevé de rapports sexuels non protégés pour 84% des 15-49 ans en 2006, certaines pratiques traditionnelles à risque et le statut défavorisé de la femme dans un contexte à la fois économique et culturel constituent tous autant de facteurs de risque d'élévation de la prévalence du VIH-Sida [10-12]. Pour contenir cette épidémie, les autorités malgaches ont mis en place en 1988 le Programme National de Lutte contre le SIDA [12]. Ses 4 principaux axes stratégiques touchent le cadre juridique et politique, les services cliniques de prévention des IST et du VIH/Sida, la prise en charge médicale des PVVIH et le système de planification et suivi/évaluation de la lutte contre le VIH [12].

### I.1.3.Politique nationale de prise en charge du VIH/Sida à Madagascar

La prise en charge médicale des PVVIH a débuté en 2003 à Madagascar [13]. Un système de décentralisation de la prise en charge des PVVIH vers les hôpitaux de districts a été mis en place dans le pays, dans le but d'élargir et de réduire les coûts et les déplacements des malades. La prise en charge des PVVIH est assurée par la collaboration entre les médecins référents et leur équipe, les médecins de réseau, les associations psychosociales et leurs acteurs. Les médecins référents sont les médecins des centres de référence, qui ont suivi une formation en sidénologie et qui sont chargés de prendre en charge initialement la PVVIH après l'annonce de sa séropositivité. Les médecins de réseau sont les médecins ayant reçu une formation de base sur la prise en charge des PVVIH et qui collaborent avec les médecins référents.

Dans la prise en charge des PVVIH, le médecin de réseau a pour but d'assurer la fonction de médecin de proximité, relais entre les centres de dépistage et la référence [13]. Les médecins référents responsables de la prescription des ARV doivent travailler en étroite collaboration avec les médecins de réseau pour assurer le suivi des PVVIH au niveau des hôpitaux publics (CHDII, CHDI, CSBII) et privés [14]. Les critères simplifiés de l'OMS pour la mise sous traitement et l'implication renforcée du personnel paramédical sont à la base de cette stratégie [13,14].

Par ailleurs, la gratuité des médicaments antirétroviraux a permis de faciliter l'accès des médicaments à toutes les PVVIH qui en ont besoin. Tout ceci est fait dans l'optique de réduire les risques liés à une mauvaise observance des médicaments antirétroviraux et de freiner la transmission de la maladie [15]. De plus, cette gratuité des médicaments contribue à instaurer une égalité de traitement des PVVIH des pays du Sud par rapport à ceux des pays du Nord qui bénéficient de systèmes mutualistes [15].

Dans les représentations populaires, l'infection au VIH est associée à des pratiques illégales ou immorales (commerce du sexe, rapports homosexuels, consommation de substances illicites). Ces questions sont souvent difficiles à aborder ouvertement, et rendent ainsi les PVVIH facilement victimes de discrimination, de stigmatisation, voire de violence, en particulier sur le lieu de travail, dans les écoles et établissements scolaires et universitaires, dans les établissements médicaux et en milieu carcéral [12, 15-17]. A Madagascar en 2002, près de 91% des personnes ayant entendu parler du SIDA estiment qu'il est honteux d'être infecté par le VIH [12]. Concernant les considérations juridiques, la loi n° 2005-040 du 20 février 2006 sur la lutte contre le VIH/Sida et la protection des PVVIH stipule entre autres le caractère obligatoire et systématique du counseling avant et après le dépistage du VIH, ainsi que le respect de la confidentialité, de la non-discrimination et de la non-stigmatisation à l'égard des PVVIH.

## I.2.Rappels sur le VIH/Sida

### I.2.1.VIH

Le Virus de l'Immunodéficience Humaine appartient à la famille des Rétrovirus [Figure 1]. Deux types de VIH sont répartis dans le monde [11, 18]: le type VIH 1, sensible au traitement actuel et également le plus répandu, et le VIH2, moins agressif, prédominant en Afrique Occidentale.

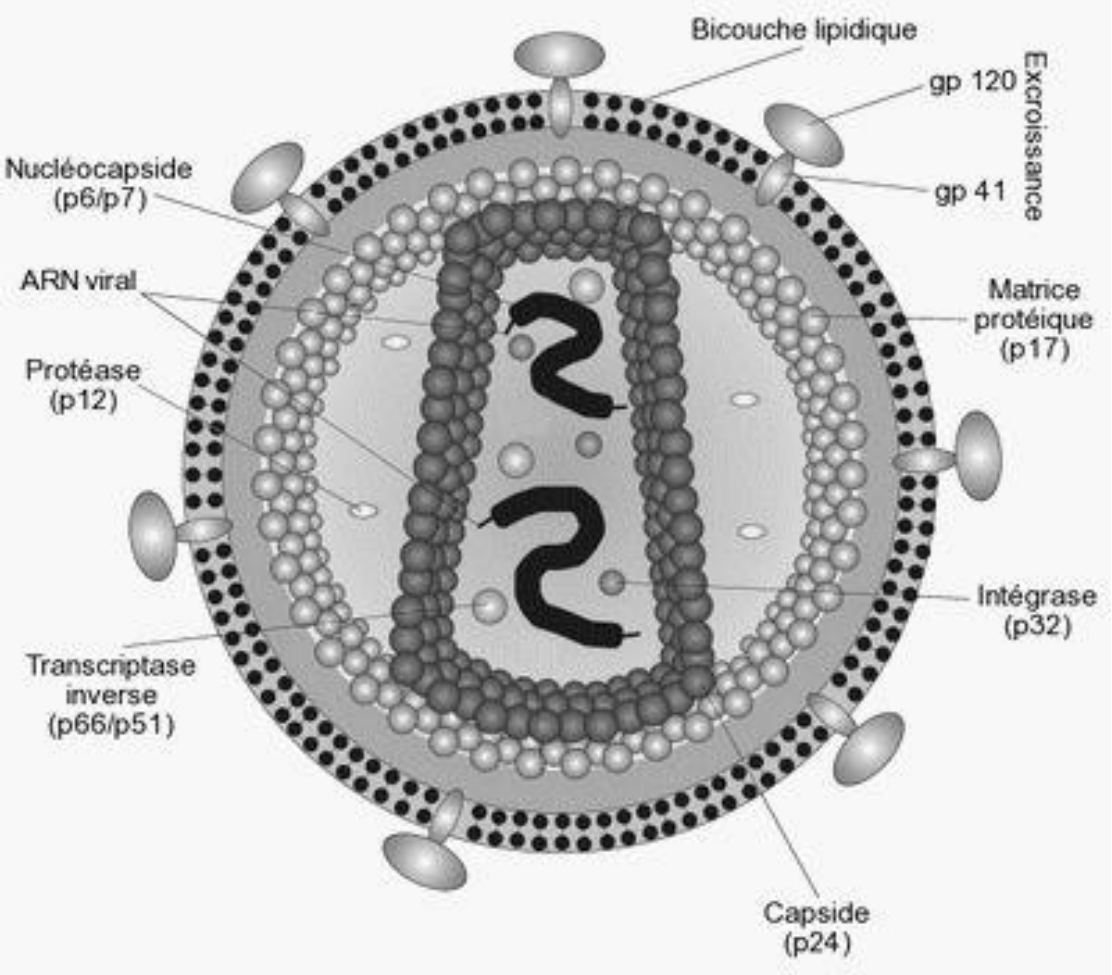



**Figure 1:** Structure schématique du VIH [18]

L'ARN viral est contenu dans la capside.

### I.2.2.Mode de transmission du VIH

L'infection au VIH se transmet de trois manières :

- La voie sexuelle qui est la plus rencontrée à Madagascar, avec un taux de 96,8% [10].

Le risque d'infection sexuelle par le VIH dépend de plusieurs paramètres, dont :

- le type de pratiques sexuelles
- l'infectiosité du partenaire
- le multipartenariat sexuel

Les pratiques à haut risque de transmission du VIH sont représentées par les pénétrations vaginales du fait de l'importance de l'étendue de la surface de contact avec l'inoculum, et les pénétrations anales qui favorisent les brèches des muqueuses [11].

Le degré d'infection au VIH est le plus élevé au cours de la phase de séroconversion (phase précoce de l'infection), mais également en cas de présence de sang chez le partenaire (menstruations, traumatismes, inflammations ou ulcérations) [11].

Le multipartenariat sexuel quant à lui augmente le risque de rencontrer un partenaire sexuel infecté par le VIH ou atteint d'une autre infection sexuellement transmissible [19].

- La voie sanguine est possible dans 1,2% des transmissions à Madagascar, par le biais des accidents d'exposition au sang (AES) et par les transfusions sanguines et dérivés sanguins [11]. L'existence d'une « fenêtre sérologique » entraîne un risque résiduel de transmission du VIH malgré le dépistage obligatoire.
- La transmission du virus de la mère à l'enfant durant la grossesse, le travail, l'accouchement et l'allaitement est moins bien connue du public et représente près de 2 % des transmissions à Madagascar [11].

### I.2.3.Physiopathologie de l'infection au VIH

#### *I.2.3.1.Réplication virale*

Le VIH ne peut se répliquer qu'à l'intérieur d'une cellule hôte [Figure 2]. Les principales cellules cibles du VIH sont celles qui possèdent le récepteur de surface CD4

tels les lymphocytes T CD4, les macrophages, les monocytes, les autres cellules comme les cellules de Langerhans, les microglies du cerveau et les cellules folliculaires dendritiques [20]. La multiplication virale ne peut se faire qu'en présence de certaines enzymes spécifiques comme la transcriptase inverse permettant de transcrire l'ARN viral en ADN, ou encore l'intégrase permettant l'intégration de l'ADN viral à l'ADN de la cellule hôte [21].

#### *I.2.3.2.Déficit immunitaire*

La déplétion progressive en lymphocytes T CD4 et l'altération de leurs fonctions constituent les principales manifestations immunopathologiques de l'infection au VIH. L' hyper activation de l'ensemble des mécanismes de défenses immunitaires aboutissent à l'épuisement progressif des fonctions immunes [11]. Le déficit immunitaire est à la fois quantitatif et qualitatif et rend le terrain du sujet infecté par le VIH particulièrement sensible aux infections dites « opportunistes ».

Le déficit quantitatif se traduit par une lymphopénie progressive en cellules CD4 ; le déficit qualitatif se traduit par l'atteinte des fonctions des lymphocytes CD4.

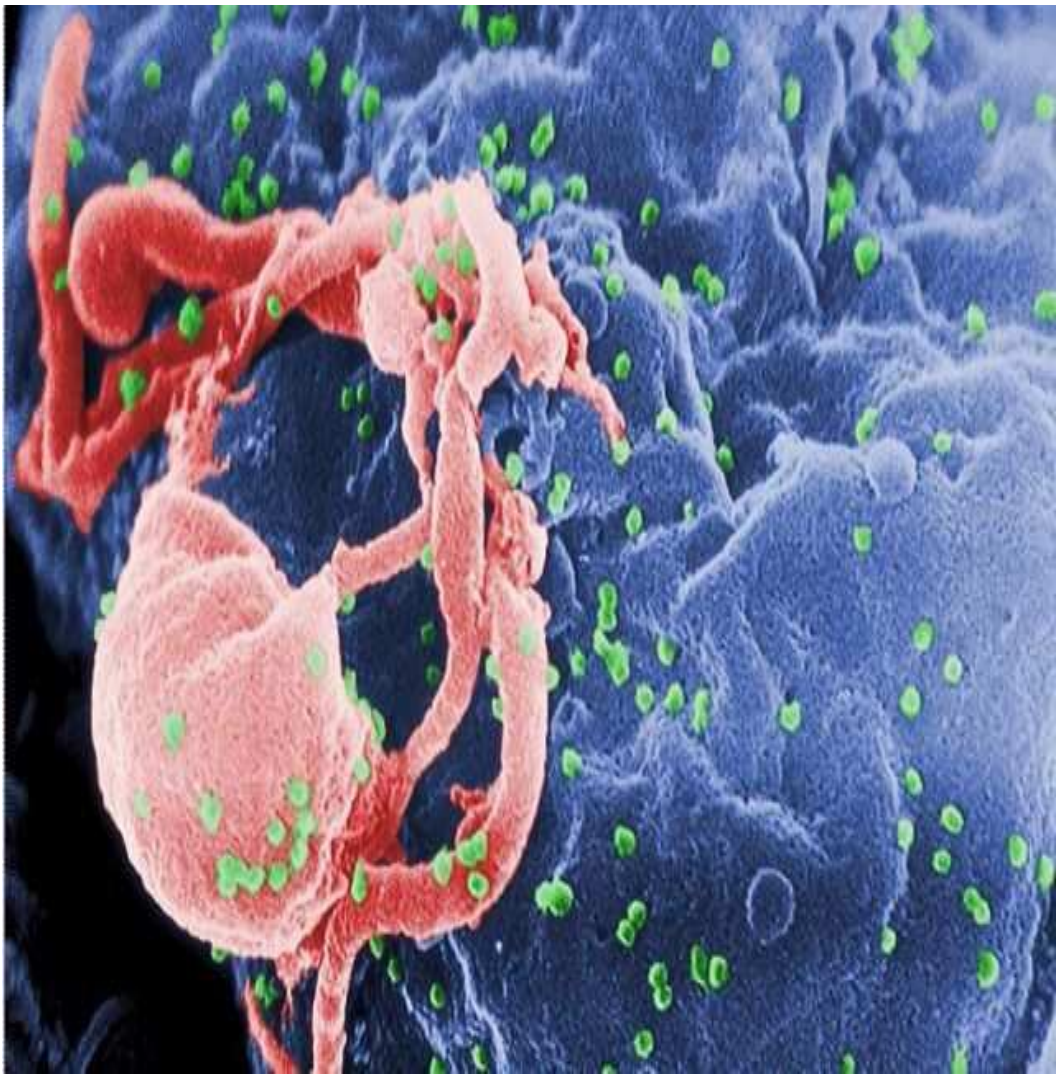


**Figure 2**: Phase de bourgeonnement du VIH [20]

Cette photo a été prise au microscope électronique et montre les VIH (en vert) qui bourgeonnent et qui sont libérés des lymphocytes T infectés (en bleu) pour envahir de nouvelles cellules. Cette image est colorée artificiellement.

## I.2.4.Diagnostic et histoire naturelle de la maladie

### *I.2.4.1.Diagnostic clinique*

L'infection au VIH évolue en 3 phases : phase de primo-infection, phase chronique et phase finale symptomatique. Par ailleurs, l'OMS a classé l'infection au VIH en 4 stades cliniques chez l'adulte et l'adolescent [Annexe 5]. Une autre classification est possible (classification « CDC ») selon la numération de CD4 [Annexe 6].

- ***Les 3 phases de l'infection au VIH***

- **Primo-infection de l'infection au VIH**

La primo-infection est symptomatique chez environ 50% des personnes infectées et dure quelques semaines [11]. Cette phase aiguë survient 2 à 6 semaines après la contamination, avec une expression clinique peu spécifique et trompeuse. Il peut s'agir d'un syndrome pseudo-grippal avec une fièvre élevée à 40° Celsius, des céphalées, une asthénie et des myalgies, des troubles digestifs (diarrhées, douleurs abdominales). Les troubles neurologiques sont plus rares.

- **Phase chronique de l'infection au VIH**

Elle peut s'étaler sur plusieurs années. La réplication virale active est responsable d'une lymphopénie progressive en CD4+, jusqu'à 200/$mm^3$ en 24 à 30 mois [11,22]. Cette lymphopénie peut conduire à une importante altération de l'état général (asthénie chronique, amaigrissement inexpliqué) et des symptômes d'infection chronique (diarrhées, troubles cutanés).

- **Phase finale de l'infection au VIH : infections opportunistes**

L'intervalle de temps entre la séroconversion et le développement du SIDA est de 7 à 11 ans [11]. La chute rapide des lymphocytes CD4+ circulants et l'élévation de la charge virale (>75000 copies/ml) [22] marque le déficit immunitaire [Figure 3]. L'existence d'une co-infection avec l'hépatite virale ou la tuberculose accélère la progression de l'infection au VIH jusqu'au stade de Sida-maladie [23].

**Figure 3**: Photo d'une PVVIH au stade de sida-maladie [23]

Au stade de sida-maladie, l'immunodépression affaiblit gravement le patient.

Les infections opportunistes sont des infections qui profitent de l'affaiblissement du système immunitaire à un stade avancé de l'infection au VIH pour se développer. Les germes responsables de ces infections peuvent être des bactéries, des parasites, des mycoses, des virus.

Les infections opportunistes peuvent se traduire par des atteintes neurologiques, ophtalmologiques, digestives, pulmonaires et dermatologiques qui surviennent en fonction de l'état de déficit immunitaire [Annexe 7].

#### *1.2.4.2. Diagnostic biologique*

Le dépistage du VIH peut être [11] :

- ✓ *volontaire*, à l'initiative du soignant (pour la femme enceinte en consultation prénatale ou chez une personne faisant suspecter l'infection au VIH),
- ✓ *volontaire*, à l'initiative du patient, de son plein gré ou pour une raison administrative (demande de bourse d'étude extérieure ou de Visa…)

Pour établir le diagnostic biologique de l'infection à VIH, Madagascar suit la stratégie III de l'OMS [11]. Celle-ci fait appel à 3 tests : un premier test sensible (Test rapide DETERMINE) pour réduire les cas de faux négatifs, un deuxième test spécifique (Test rapide RETROCHECK) pour réduire les faux positifs et un troisième test discriminant pour le VIH1 et le VIH2 (Test rapide UNIGOLD) [11].

- **Diagnostic direct du VIH**

Ce diagnostic se fait par recherche de l'antigène p24 ou par dépistage du génome viral (ADN proviral ou ARN VIH plasmatique) [Annexe 8], [11, 22].

- **Diagnostic indirect du VIH**

Il s'agit ici de détecter les anticorps anti-VIH1 ou anti-VIH2 circulants par l'intermédiaire des tests sérologiques faisant appel aux techniques immuno-enzymatiques. Ces anticorps persistent toute la vie de l'individu infecté par le VIH [11, 22]. C'est le cas du test de dépistage. L'utilisation de la méthode « Western Blot » permet de confirmer si les anticorps détectés sont bien liés au VIH.

- **Fenêtre sérologique :**

Elle correspond au délai de séroconversion. Il s'agit de la période située entre la contamination et l'apparition des anticorps plasmatiques spécifiques du VIH secrétés par l'organisme. Pour le VIH cette fenêtre sérologique peut être comprise entre 2 et 5 semaines.

- **Séropositivité au VIH :**

Etre séropositif au VIH signifie que l'on a retrouvé dans le sang des anticorps spécifiques au virus du sida.

- **Séronégativité au VIH :**

La séronégativité désigne une personne dont le sérum (composant du sang) ne contient pas les anticorps spécifiques du VIH, révélant son absence dans l'organisme.

### I.2.5.Prévention de l'infection au VIH

Elle se base sur les 3 modes de transmission du VIH.

*La prévention de la transmission au cours de la grossesse et de l'allaitement* suit le protocole de Prévention de la Transmission de la Mère à l'Enfant (PTME) du VIH.

*La prévention de la transmission sanguine* se fait grâce au respect des précautions universelles permettant de limiter les accidents d'exposition au sang et au respect des règles de la transfusion sanguine (exclusion des donneurs de sang dits « à risque », dépistage systématique des produits sanguins). Un protocole thérapeutique spécifique est initié en cas d'accident d'exposition au sang.

*La Prévention de la transmission sexuelle* utilise les points clés qui se basent sur :

- ✓ l'abstinence sexuelle ou la fidélité mutuelle du couple
- ✓ l'utilisation correcte de méthodes dites de « barrières » (préservatifs masculins ou féminins quel que soit le type de pratiques sexuelles)
- ✓ l'accès au counseling et au dépistage
- ✓ le report de l'âge du premier rapport sexuel

- ✓ la prévention, le diagnostic et le traitement précoces des IST.

### I.2.6.Principes de la prise en charge du VIH/SIDA à Madagascar

La prise en charge du VIH/Sida est un long processus continu qui relève aussi bien de l'aspect médical que psychosocial. Le Plan Stratégique National de réponses aux IST et au sida à Madagascar vise à étendre l'accès à une prise en charge complète d'ici 2017[13, 14].

#### *I.2.6.1.Les différents acteurs de la prise en charge*

Les catégories de prestataires dans la prise en charge du VIH [24] se répartissent comme suit :

- ✓ Les professionnels :
  - ♦ de la santé (médecins, infirmiers, sages-femmes)
  - ♦ de l'aide sociale (assistants sociaux, autres travailleurs sociaux)
  - ♦ du soutien psychologique (psychologues, psychiatres)
- ✓ les acteurs du secteur associatif et la communauté :
  - ♦ les membres des associations (salariés et bénévoles)
  - ♦ les personnes infectées et affectées membres de groupes de parole, d'associations et de réseaux de PVVIH
  - ♦ les médiateurs de santé
  - ♦ les leaders communautaires, religieux…

#### *I.2.6.2.Aspect médical de la prise en charge du VIH/Sida*

- ➢ ***Circuit de prise en charge***

La prise en charge des PVVIH commence dès le test de dépistage [11]. Après l'annonce de la séropositivité au VIH (au sein d'un CTV ou à l'hôpital), la PVVIH doit être référée au niveau des médecins référents qui vont prescrire le bilan initial, juger de la nécessité ou non d'un traitement ARV et effectuer d'éventuelles modifications ultérieures concernant les ARV de la PVVIH. Après prescription des ARV, les PVVIH peuvent être, selon leur convenance, référées dans leur lieu de provenance pour être

suivies par les médecins de réseaux. Le diagnostic et le traitement des maladies opportunistes, le suivi de l'observance et de la tolérance du traitement ARV sont assurés par les médecins référents et les médecins de réseau.

L'indication d'initiation du traitement ARV se fait selon la classification de l'infection au VIH d'après les stades cliniques de l'OMS et/ou le taux de CD4. Le comptage des CD4 nécessite deux sous-étapes : l'acheminement du prélèvement sanguin vers le laboratoire d'analyse, puis le retour du patient avec le résultat de son taux de CD4. Ceci peut prendre plusieurs jours au patient.

Depuis 2012 à Madagascar, des compteurs portables de CD4 ont été mis en place dans les centres de référence recevant des PVVIH, permettant ainsi d'avoir des résultats immédiats et sur place du nombre de CD4. Le patient est initié au traitement quand le nombre de CD4 est inférieur ou égal à 500/$mm^3$ [9]. Les patients séropositifs ne nécessitant pas encore de traitement resteront quand même dans le circuit de prise en charge (médicale et psychosociale) et subiront un contrôle de leur taux de CD4 tous les 3 à 4 mois.

#### *I.2.6.3. Aspects psychologique et social de la prise en charge du VIH/Sida*

- ***Intérêts***

La prise en charge psychosociale permet de réduire les risques d'isolement et d'exclusion sociale, d'instaurer une meilleure communication entre soignants, et entre soignés et soignants. Elle favorise également la prévention primaire et secondaire de l'infection au VIH et de l'évolution de celle-ci vers le stade de SIDA-maladie, ainsi que l'articulation avec les centres de dépistage [25], l'adhésion des patients aux soins et leur continuité, et permet ainsi de réduire le nombre de perdus de vue [26].

- ***Principes***

Cette prise en charge commence dès l'annonce de la séropositivité et est assurée par la collaboration entre le responsable du « counseling », le médecin référent et son équipe, le médecin de réseau, la famille et les associations [13, 14]. L'aspect

psychologique se fonde sur le soutien psychologique de la personne dans son vécu de la maladie, et dans ses relations avec son entourage (exemple : par rapport au couple, à la famille, à un groupe d'appartenance). L'aspect social et économique vise à répondre aux besoins sociaux, alimentaires, économiques et juridiques de la personne (insertion professionnelle, bourses d'étude…) [24, 25, 27]. Il faut cependant souligner que la prise en charge psychosociale n'est pas obligatoire mais reste facultative selon les PVVIH [13,14].

- ***Champs d'action***

La prise en charge psychosociale des PVVIH à Madagascar s'est essentiellement traduite par le renforcement des capacités à travers la formation en prise en charge psychosociale d' acteurs issus du secteur public et du secteur privé, la forte implication de la société civile à travers des ONGs notamment les ONGs confessionnelles et les ONGs des PVVIH ainsi que d'autres structures privées et la mise en place d' antennes régionales du réseau de soutien psychosocial (FIFAFI ou association Finoana-Fanantenana-Fitiavana). En 2006, 15 antennes régionales de la FIFAFI ont été mises en place [28]. Un appui technique et financier des associations s'occupe de la prise en charge psychosociale et du soutien nutritionnel aux PVVIH.

La protection des orphelins et des enfants vulnérables représente également une préoccupation majeure dans le contrôle de l'infection, en raison notamment des risques de violence et d'abus sexuels auxquels ils sont exposés [25, 28, 29]. La prise en charge psychologique et sociale est principalement axée sur :

-le soutien à l'observance thérapeutique
-le soutien social ou socio-économique
-le soutien psychologique
-le soutien à l'enfant et à sa famille
-l'auto-support
-le soutien pour la réinsertion socioprofessionnelle
-le soutien juridique et la lutte contre la discrimination
-le soutien spirituel
-les conseils nutritionnels
-la médiation familiale et/ou sociale et thérapeutique

Ce large champ d'appui apporté aux PVVIH mais également aux personnes vulnérables est illustré en 2011 par la mise en place d'un Centre de Soins Intégrés (CSI) au sein du BMH Isotry. Le CSI est le fruit d'un projet de collaboration avec la Commune Urbaine d'Antananarivo et la Japan International Cooperation Agency (JICA). A la différence des centres de dépistages habituels, des services de prise en charge psychosociale envers les groupes vulnérables sont offerts avec la participation active et effective des différentes associations impliquées dans la lutte contre les IST/Sida. Il s'agit de faire bénéficier aux travailleurs du sexe, aux HSH et aux PVVIH des avantages des groupes de paroles, de club d'observance, d'éducation nutritionnelle, de repas communautaire [27, 30].

- ***Counseling du VIH/Sida***

  - **Définition**

Selon l'OMS, il s'agit d'un « dialogue confidentiel entre un client et un personnel soignant en vue de permettre au client de surmonter le stress et de prendre des décisions personnelles par rapport au VIH et Sida. » [11]. Il est réalisé avant le dépistage et après le dépistage quel qu'en soit le résultat. Le counseling permet d'instaurer un climat de confiance favorisant l'adhésion de la PVVIH à tout le circuit de prise en charge [11, 15].

  - **Principes généraux**

Le counseling se base sur la règle des trois « C » : Conseil, Consentement éclairé, Confidentialité.

- *Le conseil :* il est obligatoire avant le dépistage, et après, indépendamment du résultat de celui-ci, selon l'article 6 de la loi n° 2005-040 du 20 février 2006.
- *Le consentement éclairé :* le sujet doit être informé des avantages et des inconvénients du dépistage du VIH, du retentissement psycho-social et

juridique qui en découle, afin de pouvoir accepter ou refuser librement et explicitement le dépistage du VIH [11].

- ✓ *La confidentialité :* elle permet d'instaurer un climat de confiance, entre soignant et soigné.

- **Obstacles et intérêts**

La faible disponibilité des services le plus souvent débordés, les idées reçues qu'ont une grande majorité de personnes de ne pas être exposées au risque d'infection au VIH, la peur de la stigmatisation et de la discrimination constituent autant d'obstacles pour parvenir à un counseling dans les normes. Seul un bon counseling (avant et après test) est garant d'une meilleure compréhension des informations transmises, et d'une adhésion à toutes les étapes de la prise en charge [11]. Il est conseillé à la PVVIH lors du counseling post-test de trouver quelqu'un avec qui « partager » l'annonce de sa séropositivité. Des études réalisées au Niger montrent le rôle capital que jouent les « accompagnants » dans l'observance thérapeutique des PVVIH et dans la rétention en général [31]. Inversement la clandestinité par rapport à l'entourage rend l'observance plus difficile. Un simple exemple concret : il est difficile pour un PVVIH d'être observante et de suivre les consultations, lorsqu'il faut se cacher de sa famille pour prendre ses cachets ou trouver à chaque fois des prétextes pour se rendre dans les centres de santé.

### I.2.7.Traitement antirétroviral

#### *I.2.7.1.Molécules utilisées*

Il existe 6 classes d'ARV :

-les inhibiteurs nucléotidiques de la transcriptase inverse (INTI)

-les inhibiteurs non nucléotidiques de la transcriptase inverse (INNTI)

-les inhibiteurs de la protéase

-les inhibiteurs de la fusion

-les inhibiteurs de l'intégrase

-les inhibiteurs du CCR5

Les molécules utilisées en première intention sont : la Zidovudine (AZT), la Lamivudine (3TC), la Névirapine (NVP) ; ou encore le Ténofovir (TDF), l'Emtricitabine (FTC), l'Efavirenz (EFV). Les molécules utilisées en deuxième intention comprennent entre autres l'Abacavir (AVC), le Lopinavir/Ritonavur (LPV), la Didanosine (DDI) [32, 33].

### *I.2.7.2.Initiation du traitement ARV*

- De manière générale, le traitement antirétroviral est initié uniquement par le médecin référent devant les cas suivants [11]:
  -chez l'adulte : auparavant, le traitement était initié lorsque le taux de CD4 était moins de 350/$mm^3$ ; actuellement il est instauré dès que ce taux descend en dessous de 500/$mm^3$ [9].
  -chez l'enfant : CD4 < 25% des lymphocytes totaux [33].
  -chez l'adulte et l'enfant, quel que soit le taux de CD4, au stade III ou IV de l'OMS.
- Dans le cadre de la prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant, le traitement est initié dès la 14$^{ème}$ semaine d'aménorrhée [33].

### *I.2.7.3.Bilan initial*

La PVVIH doit réaliser au moins un des examens suivants au cours du premier mois après le diagnostic de l'infection au VIH [10, 32, 33]:
-évaluation du taux de CD4/CD8
-sérologie de la syphilis (RPR, TPHA)
-recherche des marqueurs de l'hépatite virale B (Ag Hb S, Ac anti-HBS)
-sérologie de l'hépatite virale C

D'autres examens biologiques sont conseillés en fonction de l'état clinique de la PVVIH et de la disponibilité du plateau technique du centre de soins: hémogramme avec taux d'hémoglobine, ionogramme sanguin, transaminases, créatininémie, protéinurie, glycémie à jeun, cholestérolémie, triglycéridémie, sérologie de la toxoplasmose, test de grossesse chez la femme, frottis vaginal pour le dépistage de

Rapport-gratuit.com
LE NUMERO 1 MONDIAL DU MÉMOIRES

lésions du col utérin dues au Human Papilloma Virus chez la femme, radiographie pulmonaire, test de résistance (test génotypique), ECG, recherche de Bacilles Acido-Alcoolo-Résistants dans les crachats [15, 31, 32, 34].

#### *I.2.7.4.Mise sous traitement ARV*

Il s'agit d'une phase initiale d'une quinzaine de jours à un mois durant laquelle la PVVIH s'accoutume aux prises quotidiennes d'ARV [15]. Elle peut parfois se faire en hospitalisation lorsque la PVVIH est déjà hospitalisée pour diverses raisons (infections opportunistes, par exemple). Le traitement peut également se faire en ambulatoire, pendant un mois, pour tester l'observance du sujet [32, 34].

#### *I.2.7.5.Le renouvellement des médicaments antirétroviraux*

- *Principe du renouvellement*

Les ARV sont normalement délivrés pour une période d'un mois [15] par le médecin référent ou par un membre du personnel paramédical. La PVVIH doit venir en personne retirer ses médicaments [15, 25, 32].

- *Obstacles rencontrés par le renouvellement*

Les difficultés liées au transport ou à l'éloignement par rapport au centre de santé, les rendez-vous manqués pour divers « empêchements » (le départ en voyage, l'affectation professionnelle, ou même la prison), la rupture de stock de médicaments ARV, peuvent entraver la bonne observance des PVVIH [22].

#### *I.2.7.6.Effets des médicaments ARV*

Ces effets contribuent à la qualité de l'observance thérapeutique et à la rétention à long terme des patients [15, 22].

- Les effets positifs

Parmi les effets positifs il y a surtout la prise de poids, d'autant plus que le Sida est souvent associé à la maigreur dans les représentations populaires [15]. La remontée du taux de CD4 devient aussi, pour les intellectuels, un indicateur personnel qui valorise le traitement et son observance. Mais les effets bénéfiques peuvent aussi, au bout d'un moment, devenir des facteurs de mauvaise observance [15]. En effet, la PVVIH se sentant mieux physiquement ne ressent plus dans certains cas la nécessité de poursuivre son traitement [31].

- Les effets négatifs

Les plus cités sont les prurits et les éruptions cutanées, les nausées, les vertiges, les vomissements, les névrites, les jaunisses et les atteintes hépatiques, les cauchemars [15, 31]. Les effets secondaires diffèrent selon les molécules et selon les individus.

#### *I.2.7.7.Suivis cliniques et biologiques des patients sous ARV*

Le comptage des CD4 est réalisé 1 mois après instauration du traitement puis tous les 3 mois [11, 31].

La charge virale est évaluée 6 mois après le début du traitement puis tous les ans [11, 31].

Les autres examens peuvent être prescrits en fonction de l'état clinique du patient et des ARV prescrits (hémogramme, transaminases, glycémie, protéinurie, frottis vaginal chez la femme…) [11, 31-33]

Les sérologies des hépatites virales B et C, de la toxoplasmose, du Cytomégalovirus et un frottis cervico-vaginal chez la femme sont à faire une fois par an [32, 33].

Le suivi doit également être axé sur la surveillance d'apparition des effets secondaires du traitement.

Parallèlement, dans le cas d'une recherche de résistance éventuelle aux ARV, un test génotypique peut être réalisé. A Madagascar, les tests génotypiques sont envoyés à l'étranger (en France ou à l'île de La Réunion).

Pour les cas des patients très immunodéprimés (CD4<100/mm$^3$), un fond d'œil doit être réalisé tous les 6 mois, un frottis cervico-vaginal est prescrit chez la femme 2 fois par an [31].

#### I.2.8.Traitement des infections opportunistes

Le traitement des infections opportunistes ne peut être réalisé uniquement que par les médecins référents. Les médecins de réseau joue le rôle de relais et réfèrent les cas présentant ces infections vers les médecins référents [13, 14].

## I.3.Concepts clés pour le maintien des PVVIH dans le circuit médical

### I.3.1.Rétention

#### *I.3.1.1.Définition*

Les acteurs de santé sont tenus au suivi au long cours des patients infectés par le VIH. La rétention concerne tous les patients connus vivants et suivis, indépendamment du fait que ces patients soient sous thérapie antirétrovirale ou non, observants ou non. La rétention peut donc être définie comme « la capacité d'un individu soigné à rester dans le circuit de prise en charge » [5].

#### *I.3.1.2.Facteurs influençant la rétention*

Dans les pays à ressources limitées comme Madagascar, les facteurs influençant la rétention et l'adhérence [29] peuvent être répartis comme suit :

- Les caractéristiques personnelles

  Le facteur principal est le genre. Selon une étude malienne, la rétention est meilleure chez les femmes [4] bien que l'influence du genre varie selon les pays et les contextes sociaux-culturels.

- Les facteurs socioéconomiques

Par rapport à la catégorie professionnelle, la rétention est moins élevée au niveau du secteur informel. Par ailleurs, elle est meilleure chez les PVVIH habitant dans le district du centre de soins et chez celles ayant un niveau d'études élevé [4, 7, 35].

- Les facteurs liés au système de soins

Une bonne organisation des services de soins et des laboratoires, la disponibilité du personnel médical et paramédical, la réduction des temps d'attente, l'absence de rupture de stock en médicaments antirétroviraux sont autant de facteurs favorisant la rétention [7, 35].

- Les facteurs liés au mode de dépistage et à l'état clinique des PVVIH

Un dépistage fait volontairement à l'initiative du patient, un taux d'hémoglobine élevé ainsi qu'un taux de CD4 élevé, un poids corporel proche de la normale, favorisent la rétention, celle-ci diminue ensuite avec l'aggravation du stade clinique à l'inclusion dans le système de soins [35].

Les autres facteurs comme le statut matrimonial, le nombre d'enfants à charge, l'âge, ne modifient pas de manière significative la rétention des PVVIH dans le circuit de soins [4, 34].

Les autres facteurs psychologiques et sociaux, comme le déni de la maladie, la nécessité de prise médicamenteuse, la stigmatisation, la peur, la consommation de drogues, le manque de soutien familial, l'absence de domicile fixe ne sont pas en faveur de la rétention [5, 12, 27].

### I.3.2.PVVIH suivie

Il s'agit d'une PVVIH qui vient chez le médecins référent pour une visite régulière. Cette PVVIH peut recevoir ou non un traitement antirétroviral [10].

### I.3.3.PVVIH perdues de vue

La littérature rapporte différentes définitions des cas de « perdus de vue » en fonction des contextes opérationnels et des acteurs impliqués. De manière générale, une PVVIH est dite *perdue de vue* lorsqu' ayant consulté un médecin référent au moins une fois après la découverte de sa séropositivité au VIH elle n'a plus continué son suivi médical par la suite [34]. Selon l'OMS un patient est dit perdu de vue lorsque 90 jours ou plus se sont écoulés depuis la dernière consultation par le médecin référent ou le rendez-vous de retrait de médicament [4, 8, 34].

A Madagascar, selon le protocole national de prise en charge, une PVVIH est dite perdue de vue lorsque « 6 mois ou deux fois 3 mois se sont écoulés depuis le dernier rendez-vous de suivi ou d'approvisionnement en ARV». [10, 11, 33].

D'après plusieurs études africaines [15], de nombreux patients présumés séropositifs au VIH dépistés ou au bord du dépistage ne vont pas jusqu'au traitement ; la catégorie officielle des « perdus de vue » ne prend pas en compte l'existence de nombreux PVVIH qui se sont « enfuis » avant le début de tout traitement. Il existe même des situations de refus de la part de la PVVIH présumée de faire le test alors que son conjoint avait été testé séropositif. En dehors de la définition officielle, les « perdus de vue » sont des cas particuliers de « fuite » d'un système, en amont, non appréhendés dans les statistiques, et qui posent un problème grave de santé publique, actuellement non traité par le dispositif de prise en charge.

### I.3.4.Concept d'observance

Il s'agit du « degré de concordance entre le comportement d'un individu et les prescriptions ou recommandations médicales » en termes de prise médicamenteuse, de suivi de régime et de changement de style de vie [4].

## I.4.Problème du maintien des PVVIH dans le circuit de soins

### I.4.1.Considérations générales

Le processus de prise en charge des PVVIH est un long parcours mettant à l'épreuve la patience et la persévérance des PVVIH et des acteurs du circuit de soins [7]. Il faut savoir que les patients présentant des signes cliniques du SIDA et qui ne sont pas observants au cours de leur traitement mourront après un délai relativement court [8]. Par ailleurs, cette mauvaise observance favorise le risque d'apparition de souches virales résistantes [7, 36].

La majorité des études faites sur la rétention des PVVIH dans les pays à ressources limitées concernent uniquement les cas des patients sous thérapie antirétrovirale [10, 16, 36] et néglige ceux qui ne remplissent pas les critères d'éligibilité pour débuter ce traitement mais qui toutefois font l'objet d'un suivi régulier à la fois médical et psychosocial. L'évaluation de la qualité de prise en charge des PVVIH ne devrait pas faire la distinction entre les PVVIH sous traitement et celles sans traitement.

### I.4.2.Ampleur du problème dans le monde

Il existe une grande disparité entre la rétention (ou le maintien dans le circuit de soins) des PVVIH dans les pays développés et celles des pays en voie de développement. Aux Etats-Unis, le taux de rétention des PVVIH est très élevé et atteint 91% contre 70% pour l'Afrique en général [7].

### I.4.3.Ampleur du problème en Afrique subsaharienne

En l'espace d'une décennie, les nouvelles infections au VIH en Afrique subsaharienne ont chuté de 25 % [2]. La rétention moyenne des patients infectés par le VIH au bout de 2 ans de prise en charge dans cette région est de 65% [7]. Parmi les PVVIH ayant débuté leur traitement antirétroviral, 60% seulement restent encore dans le circuit de soin après 3 ans [8]. Parmi les PVVIH n'ayant pas besoin de traitement

antirétroviral, seules 45% demeurent dans le circuit de prise en charge (visite de suivi médical et psychosocial). Le taux de rétention dans les pays africains est le plus élevé en Afrique du Sud avec une rétention à 12 mois de 90% contre 49% en Ouganda. Le Malawi possède un taux de rétention de 55% durant les 6 premiers mois de prise en charge [19].

#### I.4.4.Cas particulier de Madagascar

La revue de la littérature est pauvre concernant le maintien des PVVIH dans le circuit de soins à Madagascar. Les études réalisées en 2010 montrent un taux de rétention de 50% pour tout le pays [10].

### I.5.Principaux obstacles rencontrés par la PVVIH dans sa prise en charge

#### I.5.1.Contrainte de temps

Le suivi médico-psychosocial de l'infection au VIH exige de la PVVIH rigueur, disponibilité et autonomie, souvent incompatibles avec les exigences de sa vie sociale, professionnelle et économique, d'autant plus dans un contexte de crainte de stigmatisation [15, 37, 38]. Il est difficile pour les PVVIH de s'absenter du milieu familial et professionnel sans éveiller les soupçons de leur entourage. Par ailleurs, recourir à un suivi médical régulier pour une maladie qui ne se voit pas extérieurement constitue également un changement dans les habitudes des patients.

#### I.5.2.Lassitude et fatalisme

Il peut arriver que des patients, tout en acceptant le diagnostic, et sans croire à des solutions alternatives, renoncent aux ARV, soit avant tout traitement, soit pendant. Ils leur manque l'énergie psychologique, ou morale, ou parfois même physique (en ce qui concerne les cas de maladies avancées), de s'engager dans l'observance et dans le suivi médical régulier que l'infection au VIH nécessite. Les syndromes dépressifs souvent signalés chez les PVVIH sont à ranger dans cette même catégorie, ainsi que les sentiments de culpabilité conduisant au refus du traitement [35,37].

### I.5.3.Mauvaise répartition géographique des associations psychosociales

A Madagascar, l'efficacité de la prise en charge psychosociale est freinée par le nombre limité de groupes de soutien dans les zones périphériques [28].

### I.5.4.Insécurité économique

Les coûts directs (hospitalisation et bilans de suivi biologiques…) et indirects (frais de transport, support nutritionnel, absentéisme professionnel…) liés à la prise en charge du VIH sont importants. De nombreuses PVVIH démunies ne peuvent mener leur programme de prise en charge correctement.

# DEUXIEME PARTIE :

# METHODES ET RESULTATS

# II. METHODES

## II.1.Objectifs

Pour notre étude, nous nous sommes fixés comme objectifs :

- de déterminer la prévalence brute des PVVIH maintenues dans le circuit de soins du service des Maladies Infectieuses de l' HJRB et au CHRD d' Itaosy de septembre 2008 à septembre 2013,

- de déterminer les facteurs épidémio-cliniques et comportementaux pouvant influencer sur le maintien de ces PVVIH dans le circuit de soins,

-de proposer des suggestions pour améliorer le nombre de PVVIH maintenues dans le circuit de soins.

## II.2.Caractéristiques du cadre de l'étude

Notre étude a été faite dans deux sites différents : le service des Maladies Infectieuses de l'HJRB et le CHRD d' Itaosy.

Le premier est un service situé dans le Centre Hospitalier Universitaire, donc de référence nationale qui reçoit les PVVIH de tout Madagascar aussi bien en externe qu'en hospitalisation.

Quant au second, il sert de référence aux 23 Centres de Santé de Base du district d'Antananarivo Atsimondrano. En réalité, ce centre hospitalier reçoit tous les patients dont les PVVIH en provenance de tous les districts environnants et même les PVVIH de passage à Madagascar. Nous avons choisi ce centre pour y avoir effectué nos stages de fin d'études.

Les deux sites d'études reçoivent toutes les PVVIH, sans distinction de genre, d'âge ou de nationalité. L'équipe référente pour les 2 sites est formée d'une équipe spécifique composée :

-de médecins référents

-de médecins de réseau

-de personnel paramédical de réseau

-d'assistants sociaux

### II.3.Type d'étude

Il s'agit d'une étude rétrospective descriptive et transversale.

### II.4.Méthodologie

La première étape de notre étude a été la demande d'une autorisation d'accès aux dossiers des PVVIH et aux différents registres auprès des responsables concernés [annexe 4]. Par la suite, nous avons compulsé les dossiers pour trier ceux des nouveaux cas de PVVIH pour la période d'étude que nous avons choisie. Nous avons décidé de ne relever que les informations collectées par le médecin référent durant le 1er mois qui suit la première consultation des PVVIH. Ces données ont été ensuite relevées sur les fiches de collectes de données avant d'être triées puis analysées.

### II.5.Période d'étude et durée d'étude

L'étude a été faite sur une période de 5 ans allant du mois de septembre 2008 à septembre 2013.

Notre étude a duré 12 mois, de juillet 2013 à mars 2014, correspondant au temps où nous avons collecté les données des dossiers médicaux.

### II.6.Population d'étude

La population d'étude est représentée par tous les dossiers de PVVIH prises en charge au sein du Service des Maladies Infectieuses du CHU de Befelatanana et du CHRD Itaosy, de septembre 2008 à septembre 2013, sans distinction d'âge ni de genre ni de nationalité, et indépendamment du fait qu'elles soient sous traitement antirétroviral ou non.

### II.7.Critères d'inclusion

Nous avons inclus dans notre étude tous les dossiers des nouveaux cas de PVVIH du service des Maladies Infectieuses du CHU de Befelatanana et du CHRD Itaosy, durant la période du 1er septembre 2008 au 30 septembre 2013. En effet, comme nous avons eu accès aux dossiers jusqu'en mars 2014, nous avons pu respecter le délai de 6 mois nécessaire avant de pouvoir dire si un patient vu en septembre 2013 est perdu de vue ou non.

### II.8.Critères de positivité

Ont été considérés comme positifs classés « PVVIH maintenues» tous les dossiers mentionnant l'assiduité des patients depuis leur prise en charge en septembre 2008 jusqu'en septembre 2013 et/ou tous les nouveaux patients pris en charge depuis septembre 2013 et qui sont encore présents 06 mois après le début de leur prise en charge, soit jusqu'au mois de mars 2014.

### II.9.Critères d'exclusion

Outre les dossiers incomplets, nous avons exclus de notre étude :

-les dossiers des PVVIH âgées de moins de 15 ans
-les dossiers des PVVIH décédées durant la période d'étude
-les dossiers des PVVIH de passage dans nos sites d'études, c'est-à-dire :

- ✓ les dossiers des PVVIH déjà répertoriées dans un autre centre mais *référées* pour une Prévention de la Transmission de la Mère à l'Enfant (PTME) du VIH (c'est-à-dire dans le cas d'une séropositivité de la femme enceinte découverte ailleurs que dans nos deux sites d'étude)
- ✓ les dossiers des PVVIH qui ne résident pas de manière permanente à Antananarivo (c'est-dire les PVVIH référées par les Centres de Références des autres provinces, les PVVIH de nationalité étrangère, de passage à Madagascar).

### II.10.Mode d'échantillonnage

Il s'agit d'un échantillonnage exhaustif concernant les dossiers inclus.

### II.11.Taille de l'échantillon

Au total pour les deux sites d'étude, nous avons répertorié 261 dossiers de nouveaux cas de PVVIH pour la période de septembre 2008 à septembre 2013. Par la suite, nous avons exclu de notre étude 129 dossiers [Annexe 3], se répartissant comme suit :

-52 dossiers de PVVIH ne résidant pas de façon permanente à Antananarivo et à Madagascar

-11 dossiers de PVVIH âgées de moins de 15 ans

-30 dossiers de PVVIH décédées au cours de la période d'étude

-15 dossiers de PVVIH référées pour une PTME

-21 dossiers de PVVIH incomplets

Les dossiers inclus sont au nombre de 132 dossiers dont 49 dossiers de PVVIH en rétention et 83 dossiers de PVVIH perdues de vue.

### II.12.Variables étudiées

Nous avons étudié les variables suivantes :

#### II.12.1.Variable dépendante

Les dossiers des nouveaux cas de PVVIH maintenues dans le circuit de soins de la période de septembre 2008 à septembre 2013 au sein du service des Maladies Infectieuses du CHU de Befelatanana et du CHRD Itaosy.

### II.12.2.Variables indépendantes

Les variables indépendantes sont les informations récoltées au cours du 1er rendez-vous de la première consultation. Les modifications clinico-biologiques ultérieures au cours de la période d'étude n'ont pas été prises en compte. Ces variables sont les :

- **caractéristiques sociodémographiques et épidémiologiques des PVVIH au cours de la première consultation**:
  -l'âge au cours de la première consultation,
  -le genre,
  -le lieu de résidence,
  -la situation de famille,
  -le nombre d'enfants à charge,
  -le type de profession exercée,
  -le niveau d'études,
  -les facteurs de risque de transmission de l'infection au VIH

- **caractéristiques cliniques et biologiques des PVVIH au cours de la première consultation:**
  -les circonstances de découverte de l'infection au VIH
  -l'Indice de Masse Corporelle (IMC),
  -le stade clinique de l'infection au VIH selon l'OMS,
  -l'existence de maladies opportunistes,
  -le taux de CD4

- **caractéristiques concernant la prise en charge médicale des PVVIH :**

-la date de découverte de la séropositivité au VIH (ou date de la 1ère consultation)

-la date de la dernière consultation.

- **Variables concernant la prise en charge psychosociale des PVVIH** :

-la présence d'un suivi psychosocial,

-la connaissance du statut sérologique de la PVVIH par au moins une personne de son entourage

- **Variables concernant les PVVIH perdues de vue** car pour certaines données, nous avons jugé pertinent de faire une comparaison entre PVVIH en rétention et PVVIH perdues de vue.

### II.13.Modes de collecte des données

Pour notre étude nous avons utilisé les outils de gestion suivants :
-les dossiers des nouveaux cas de PVVIH des sites d'étude
-les registres d'admission à l'hôpital des sites d'étude
-les registres de consultation des PVVIH
-la fiche de collecte des données » [Annexe 1]
-les Rapports Mensuels d'Activités des services au sein des sites d'étude.

### II.14.Mode d'analyse des données

Les données ont été saisies et traitées sur les logiciels Microsoft Office Word 2007 pour les textes et Microsoft Office Excel 2007 pour les graphes et les tableaux. L'analyse de certaines données a été réalisée sur le logiciel EpiInfo logiciel R version 2.9.

### II.15.Limites de l'étude

Le caractère rétrospectif de notre étude constitue une des limites. En effet, ce type d'étude ne nous a pas permis d'entrer en contact avec les PVVIH (par recherche active ou simple interview) afin d'avoir leur point de vue par rapport à la prise en charge, et aux éventuelles failles de celle-ci.

Dans ce même ordre d'idée, une des autres limites de l'étude réside dans le fait qu'une PVVIH peut-être désignée comme hors circuit du service de soins par le

médecin référent alors qu'elle est suivie régulièrement au point de vue psychosocial par les services sociaux.

Par ailleurs les résultats de cette étude ne concernent que les deux sites d'études et ne sauraient être généralisés à la situation dans tout le pays.

### II.16.Considérations éthiques

Les principes fondamentaux concernant le respect de la confidentialité et du secret professionnel ont été respectés durant notre étude. L'étude s'est faite dans l'anonymat concernant les dossiers étudiés et aucune information permettant d'identifier les patients n'a été mentionnée.

La collecte des données a été réalisée dans une pièce à part à l'abri de toute indiscrétion pour les deux sites d'étude. Les fiches de collectes des données ont été rangées dans une armoire fermée à clef.

### II.17.Matériels utilisés

-dossiers des nouveaux cas de PVVIH des sites d'étude
-registres d'admission à l'hôpital des sites d'étude
-registres de consultation des PVVIH
-fiche de collecte des données » [Annexe 1]
-Rapports Mensuels d'Activités des services au sein des sites d'étude.
-matériels informatique et bureautique

# III.RESULTATS

## III.1.Résultat général

### III.1.1.Prévalence brute des PVVIH maintenues dans le circuit de soins du service des Maladies Infectieuses de l'HJRB et au CHRD Itaosy

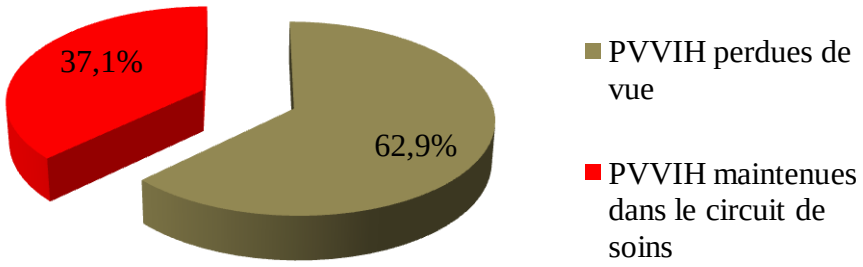



**Figure 4 :** Prévalence brute des PVVIH maintenues dans le circuit de soins du service des Maladies Infectieuses de l'HJRB et au CHRD Itaosy de septembre 2008 à septembre 2013 (Annexe 2, Tableau IV)

La prévalence brute des PVVIH maintenues dans le circuit dans les 2 sites d'étude est de 37,1%.

### III.1.2.Répartition des nouveaux cas totaux de PVVIH du service des Maladies Infectieuses de l'HJRB et au CHRD Itaosy selon l'année de découverte de l'infection au VIH

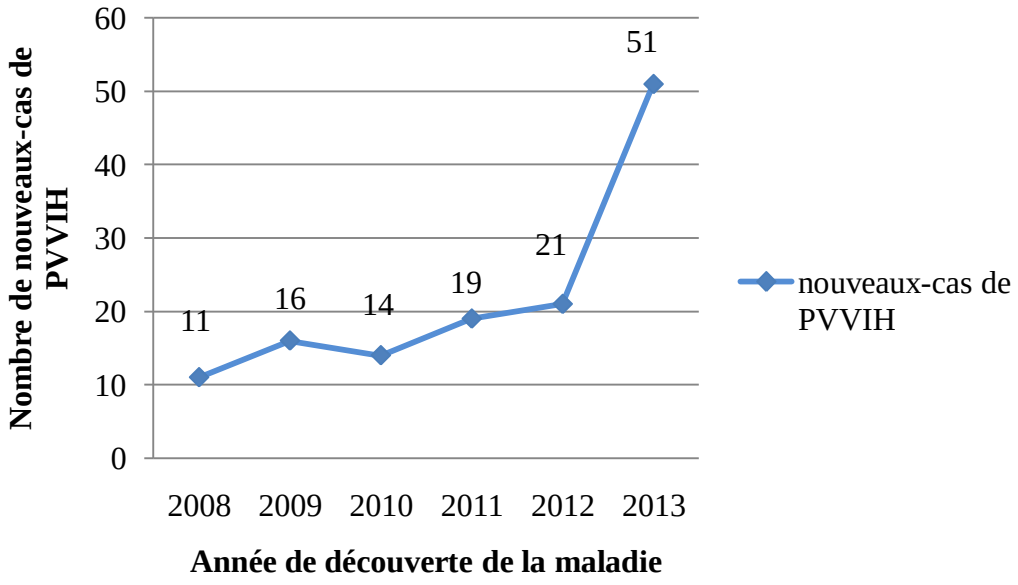



**Figure 5 :** Répartition annuelle des nouveaux cas de PVVIH du service des Maladies Infectieuses de l'HJRB et au CHRD Itaosy de septembre 2008 à septembre 2013 selon l'année de découverte de l'infection au VIH (Annexe 2, tableau V)

Le nombre de nouveaux cas de PVVIH augmente chaque année, il est passé de 11 en 2008 à 51 en 2013.

### III.1.3.Répartition du devenir des nouveaux cas de PVVIH dans le service des Maladies Infectieuses de l'HJRB et au CHRD Itaosy selon l'année de découverte de l'infection au VIH

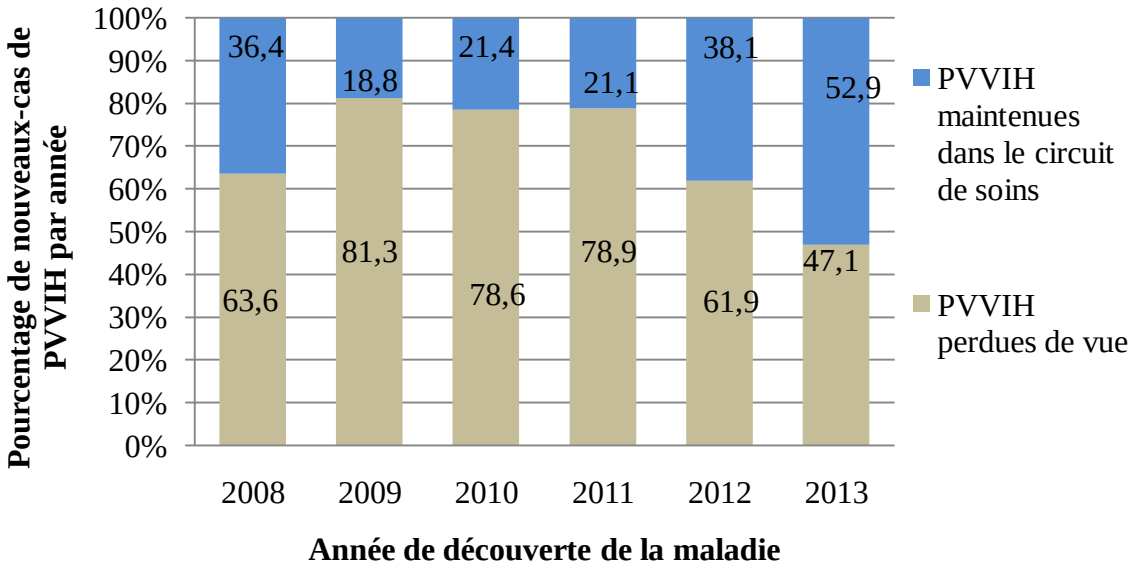



**Figure 6 :** Répartition du devenir des nouveaux cas de PVVIH dans le service des Maladies Infectieuses de l'HJRB et au CHRD Itaosy de septembre 2008 à septembre 2013 selon l'année de découverte de l'infection au VIH (Annexe 2, tableau V)

Le taux des PVVIH maintenues dans le circuit de soins est passé de 36,4% à 18,8% de 2008 à 2009 ; il atteint plus de la moitié des nouveaux cas soit 52,9% en 2013.

### III.2.Répartition des PVVIH maintenues dans le circuit de soins du service des Maladies Infectieuses de l'HJRB et du CHRD Itaosy selon leurs caractéristiques sociodémographiques et épidémiologiques

#### III.2.1. Répartition des PVVIH maintenues dans le circuit de soins du service des Maladies Infectieuses de l'HJRB et du CHRD Itaosy selon le genre

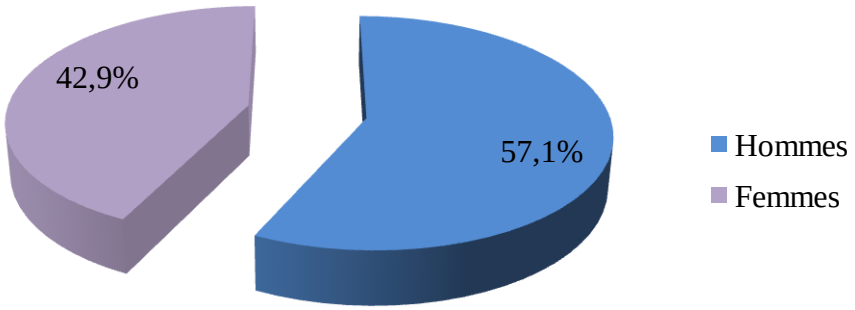



**Figure 7:** Répartition des PVVIH maintenues dans le circuit de soins du service des Maladies Infectieuses de l'HJRB et au CHRD Itaosy de Septembre 2008 à Septembre 2013 selon le genre (Annexe 2, Tableau VI)

Les hommes représentent 57,1% des PVVIH maintenues dans le circuit de soins. Les calculs ont montré un sex ratio de 1,33 pour notre étude.

### III.2.2. Répartition des PVVIH maintenues dans le circuit de soins du service des Maladies Infectieuses de l'HJRB et du CHRD selon leur tranche d'âge

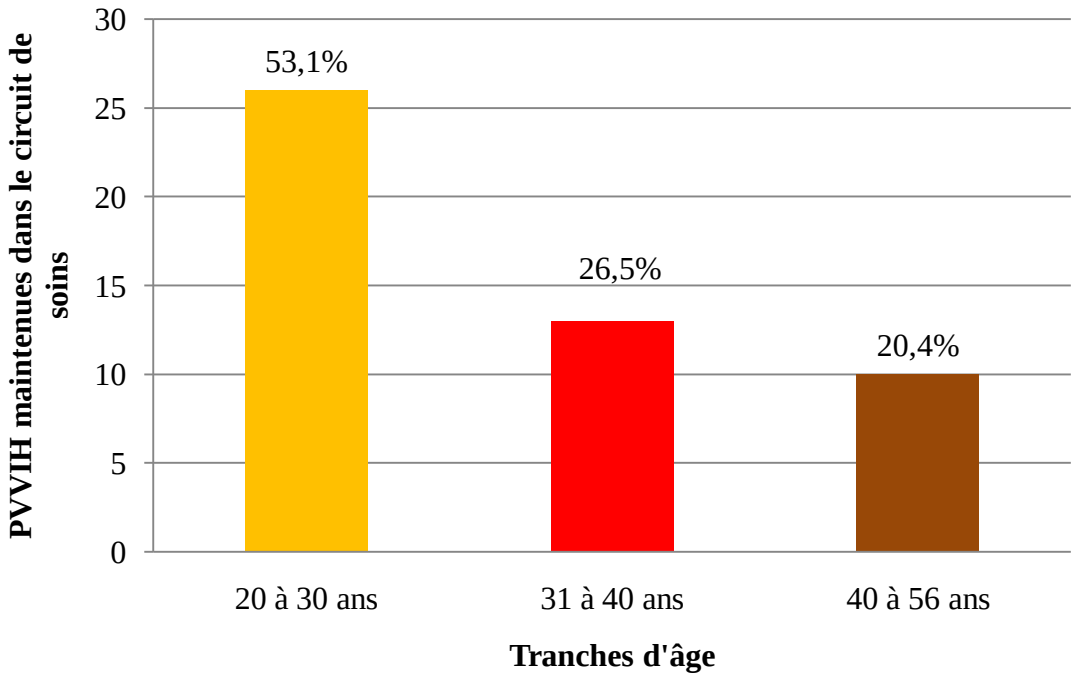



**Figure 8:** Répartition des PVVIH maintenues au sein du service des Maladies Infectieuses de l'HJRB et au CHRD Itaosy de Septembre 2008 à Septembre 2013 selon les tranches d'âge (Annexe 2, Tableau VII)

Parmi les PVVIH maintenues dans le circuit de soins, plus de la moitié soit 53,1% sont âgées de 20 à 30 ans.

Les âges extrêmes varient de 20 à 56 ans avec une moyenne d'âge générale de 31,9 ans (Annexe 2, Tableau IV).

### III.2.3. Répartition des PVVIH maintenues dans le circuit de soins du service des Maladies Infectieuses de l'HJRB et du CHRD Itaosy selon leur statut matrimonial

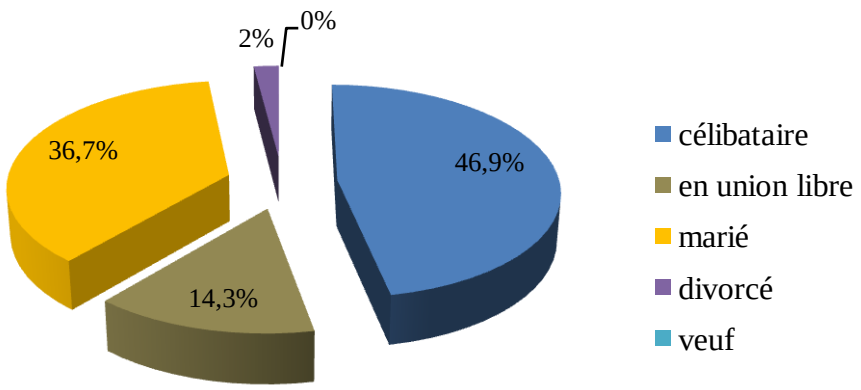



**Figure 9:** Répartition des PVVIH maintenues dans le circuit de soins du service des Maladies Infectieuses de l'HJRB et du CHRD Itaosy de septembre 2008 à septembre 2013 selon leur statut matrimonial (Annexe 2, tableau VIII)

Les PVVIH maintenues dans le circuit de soins des 2 sites d'étude comprennent 46,9% de célibataires et de 36,7% de personnes mariées.

### III.2.4. Répartition des PVVIH maintenues dans le circuit de soins du service des Maladies Infectieuses de l'HJRB et du CHRD Itaosy selon le nombre d'enfants à leur charge

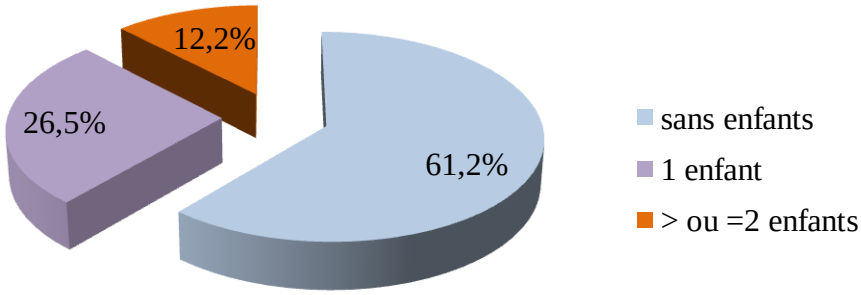



**Figure 10:** Répartition des PVVIH maintenues dans le circuit de soins du service des Maladies Infectieuses de l'HJRB et du CHRD Itaosy de septembre 2008 à septembre 2013 selon le nombre d'enfants à leur charge (Annexe 2, tableau IX)

Les PVVIH en rétention sont représentées par les patients sans enfants à charge pour 61,2% des cas.

### III.2.5. Répartition des PVVIH maintenues dans le circuit de soins du service des Maladies Infectieuses de l'HJRB et du CHRD selon leur niveau d'études

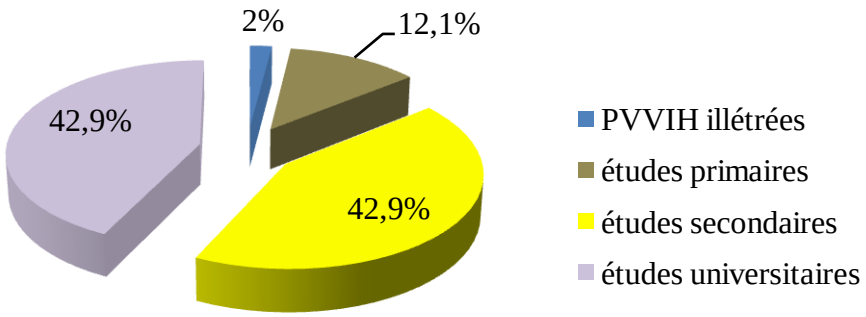



**Figure 11 :** Répartition des PVVIH maintenues dans le circuit de soins du service des Maladies Infectieuses de l'HJRB et du CHRD Itaosy de septembre 2008 à septembre 2013 selon leur niveau d'études (Annexe 2, tableau X)

Les PVVIH maintenues dans le circuit de soins et ayant fait des études universitaires et des études secondaires représentent 42,9% pour chacune de ces 2 catégories.

### III.2.6. Répartition des PVVIH maintenues dans le circuit de soins du service des Maladies Infectieuses de l'HJRB et du CHRD Itaosy selon leur secteur d'emploi

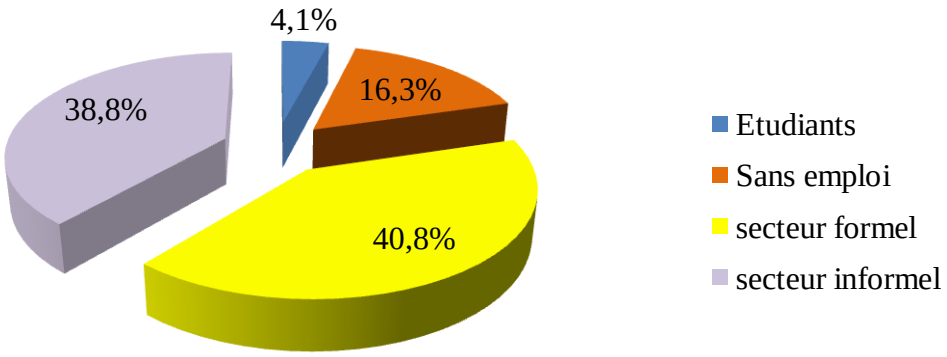



**Figure 12**: Répartition des dossiers des PVVIH maintenues dans le circuit de soins du service des Maladies Infectieuses de l'HJRB et au CHRD Itaosy de Septembre 2008 à Septembre 2013 selon leur secteur d'emploi (Annexe 2, tableau XI)

Le secteur formel représente 40,8% des catégories d'emploi des PVVIH en rétention. Ce secteur regroupe les emplois reconnus officiellement comme les commerçants, les ouvriers qualifiés, les employés administratifs d'entreprise privée, les fonctionnaires, les enseignants, les militaires et autres corps habillés…

Le secteur informel représente 38,8% des catégories d'emploi des PVVIH en rétention. Il regroupe les emplois tels que les ouvriers agricoles, artisans, marchands ambulants, ménagères, les emplois ne nécessitant pas de qualifications spécifiques…

### III.2.7. Répartition des PVVIH maintenues dans le circuit de soins du service des Maladies Infectieuses de l'HJRB et du CHRD Itaosy selon la distance entre le lieu de résidence et l'hôpital de référence

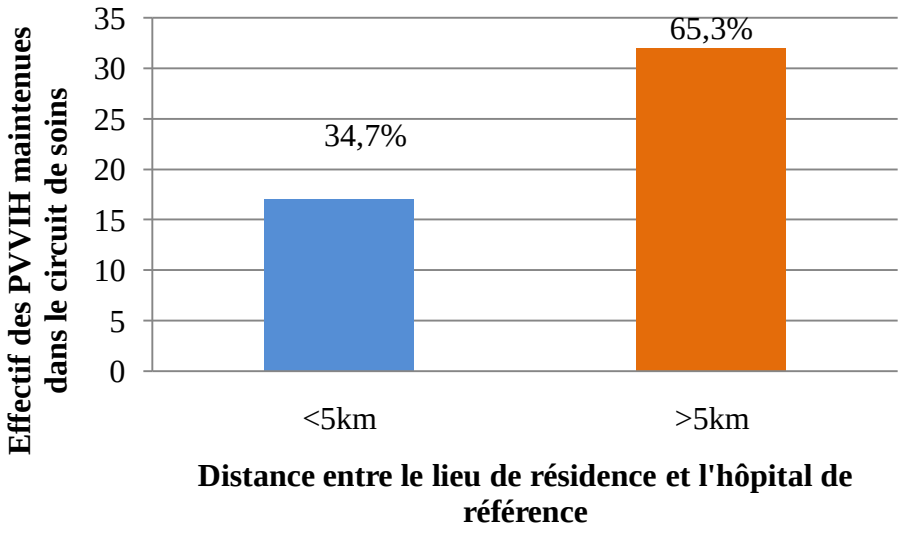



**Figure 13** : Répartition des dossiers des PVVIH maintenues dans le circuit de soins du service des Maladies Infectieuses de l'HJRB et au CHRD Itaosy de Septembre 2008 à Septembre 2013 selon la distance entre le lieu de résidence et l'hôpital de référence (Annexe 2, tableau XII)

La majorité des PVVIH retenues dans le circuit de soins (65,3%) habite dans un rayon de plus de 5 km de l'hôpital de référence.

### III.2.8. Répartition des PVVIH maintenues dans le circuit de soins du service des Maladies Infectieuses de l'HJRB et du CHRD Itaosy selon l'orientation sexuelle des hommes

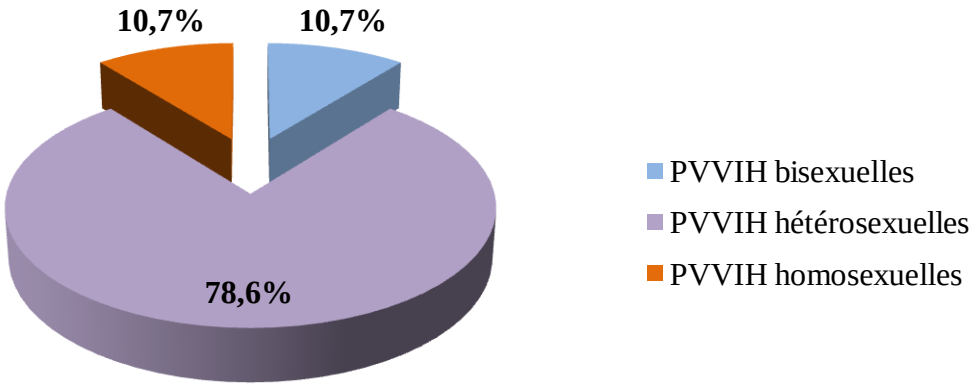



**Figure 14 :** Répartition des PVVIH maintenues dans le circuit de soins du service des Maladies Infectieuses de l'HJRB et du CHRD Itaosy de septembre 2008 à septembre 2013 selon l'orientation sexuelle des hommes (Annexe 2, tableau XIII)

Parmi les hommes maintenus dans le circuit de prise en charge de l'infection au VIH, la majorité d'entre eux (78,6%) sont hétérosexuels.

### III.2.9. Répartition des PVVIH maintenues dans le circuit de soins du service des Maladies Infectieuses de l'HJRB et du CHRD Itaosy selon les facteurs de risque de transmission de l'infection au VIH

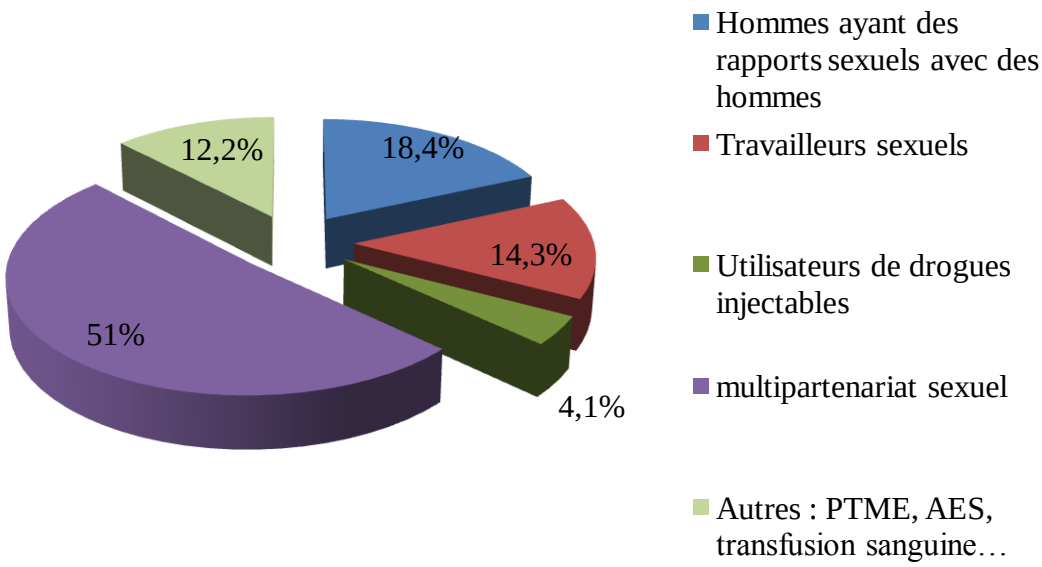



**Figure 15:** Répartition des dossiers des PVVIH maintenues suivies au sein du service des Maladies Infectieuses de l'HJRB et au CHRD Itaosy de Septembre 2008 à Septembre 2013 selon les facteurs de risque d'infection au VIH (Annexe 2, tableau XIV)

Le facteur de risque de transmission de l'infection au VIH le plus rencontré parmi les PVVIH maintenues dans le circuit de soins est représenté majoritairement par les comportements de multipartenariat sexuel (51%).

### III.2.10. Caractéristiques sociodémographiques et épidémiologiques des PVVIH maintenues dans le circuit de soins

**Tableau I:** Répartition statistique des caractéristiques sociodémographiques et épidémiologiques des PVVIH maintenues dans le circuit de soins du service des Maladies Infectieuses de l'HJRB et du CHRD Itaosy de septembre 2008 à septembre 2013

| **Variables** | **PVVIH maintenues dans le circuit** Effectif | **PVVIH perdues de vue** Effectif | **Odds Ratio** | **P** | **Intervalle de confiance (IC)** |
|---|---|---|---|---|---|
| **Genre** | | | | | |
| Masculin | 28 (57,1%) | 49 (59%) | 1,44 | 1,08 | [0,5-2,35] |
| Féminin | 21 (42,9%) | 34 (41%) | 0,93 | 0,831 | [0,43-2,01] |
| **Situation matrimoniale** | | | | | |
| célibataire | 23 (46,9%) | 38 (45,8%) | 0,8 | 0,55 | [0,42-1,96] |
| en union libre | 7 (14,3%) | 22 (26,5%) | 2,03 | 0,134 | [0,73-5,82] |
| marié | 18 (36,7%) | 17 (20,5%) | 0,58 | 0,164 | [0,25-1,34] |
| divorcé | 1 (2,0%) | 3 (3,6%) | 1,19 | 0,8907 | [0,08-33,97] |
| veuf | 0 | 3 (3,6%) | - | 0,2764 | - |
| **Nombres d'enfants à charge** | | | | | |
| 0 | 30 (61,2%) | 41 (49,4%) | 0,62 | 0,1879 | [0,28-1,35] |
| 1 | 13 (26,5%) | 21 (25,3%) | 0,94 | 0,875 | [0,39-2,27] |
| >ou=2 | 6 (12,2%) | 21% (25,3%) | 2,43 | 0,072 | [0,83-7,37] |
| **Secteur d'emploi** | | | | | |
| Etudiants | 2 (4,1%) | 10 (12,0%) | 3,26 | 0,119 | [0,62-22,32] |
| Sans emploi | 8 (16,3%) | 15 (18,1%) | 1,13 | 0,798 | [0,40-3,22] |
| secteur formel | 20 (40,8%) | 30 (36,1%) | 0,82 | 0,592 | [0,37-1,81] |
| secteur informel | 19 (38,8%) | 28 (33,7%) | 0,8 | 0,559 | [0,36-1,79] |

Les caractéristiques sociodémographiques et épidémiologiques n'influencent pas de manière significative la rétention des PVVIH (OR<1 et p>0,05).

### III.3. Répartition des PVVIH maintenues dans le circuit de soins du service des Maladies Infectieuses de l'HJRB et du CHRD Itaosy selon les caractéristiques cliniques et biologiques de l'infection au VIH

#### III.3.1. Répartition des PVVIH maintenues dans le circuit de soins du service des Maladies Infectieuses de l'HJRB et du CHRD Itaosy selon les circonstances de découverte de la maladie

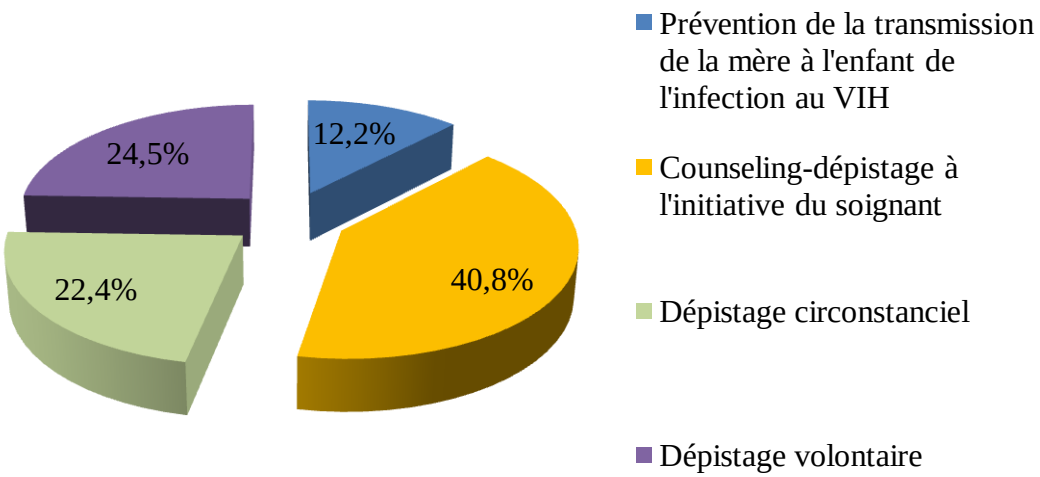



**Figure 16:** Répartition des PVVIH maintenues dans le circuit de soins du service des Maladies Infectieuses de l'HJRB et du CHRD Itaosy de septembre 2008 à septembre 2013 selon les circonstances de découverte de la maladie (Annexe 2, tableau XV)

Parmi les PVVIH maintenues dans le circuit de soins, l'infection au VIH a été découverte à la suite d'un dépistage à l'initiative du soignant dans 40,8% des cas.

### III.3.2. Répartition des PVVIH maintenues dans le circuit de soins du service des Maladies Infectieuses de l'HJRB et du CHRD Itaosy selon l'indice de masse corporelle

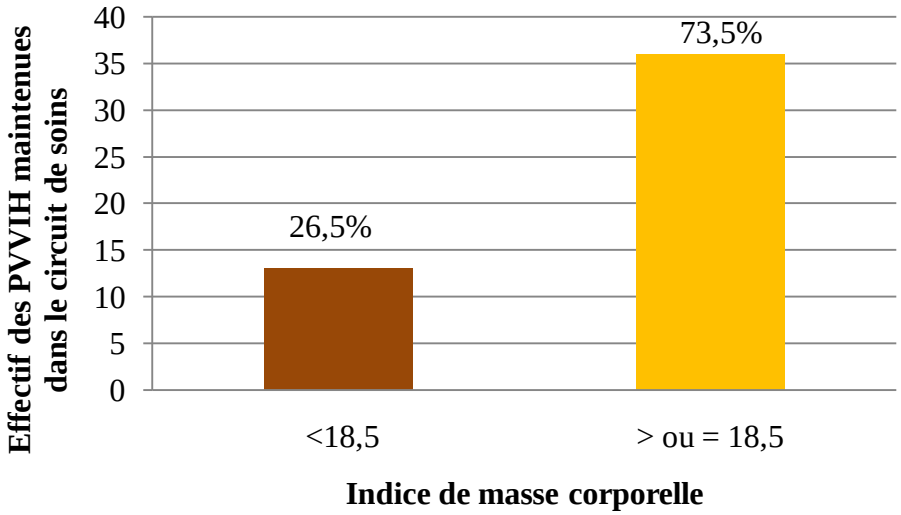



**Figure 17 :** Répartition des PVVIH maintenues dans le circuit de soins du service des Maladies Infectieuses de l'HJRB et du CHRD Itaosy de septembre 2008 à septembre 2013 selon l'indice de masse corporelle (Annexe 2, tableau XVI)

Parmi les PVVIH maintenues dans le circuit de soins, près 26,5 % ont un indice de masse corporelle inférieur à 18,5.

### III.3.3. Répartition des nouveaux cas de PVVIH du service des Maladies Infectieuses de l'HJRB et du CHRD Itaosy d'après la classification de leur maladie selon les stades cliniques de l'OMS

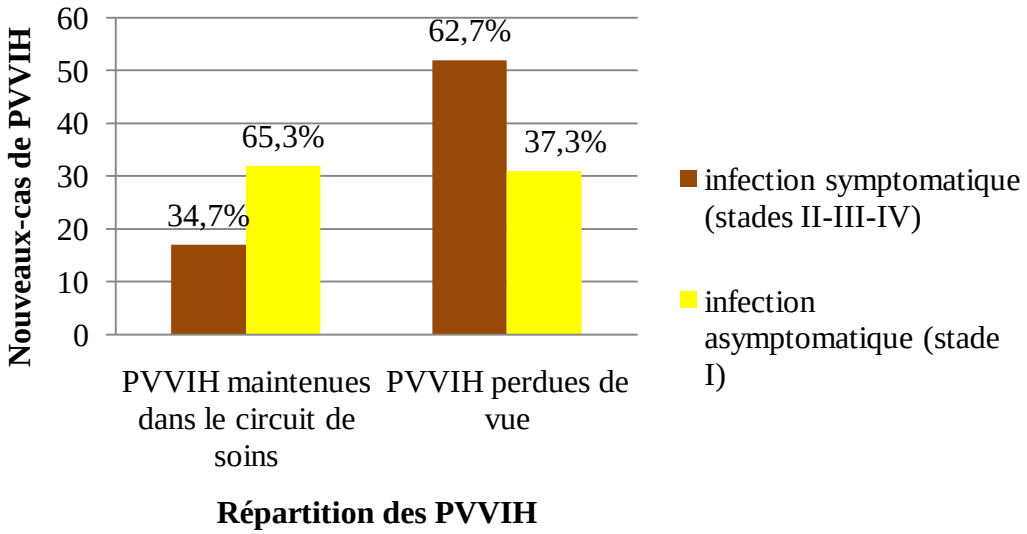



**Figure 18 :** Répartition des nouveaux cas de PVVIH du service des Maladies Infectieuses de l'HJRB et du CHRD Itaosy de septembre 2008 à septembre 2013 d'après la classification de leur maladie selon les stades cliniques de l'OMS (Annexe 2, tableau XVII)

Les PVVIH maintenues dans le circuit de soins sont asymptomatiques dans 65,3% des cas tandis que les PVVIH perdues de vue sont symptomatiques dans 62,7% des cas.

### III.3.4. Répartition des nouveaux cas de PVVIH du service des Maladies Infectieuses de l'HJRB et du CHRD Itaosy selon l'existence de maladies opportunistes

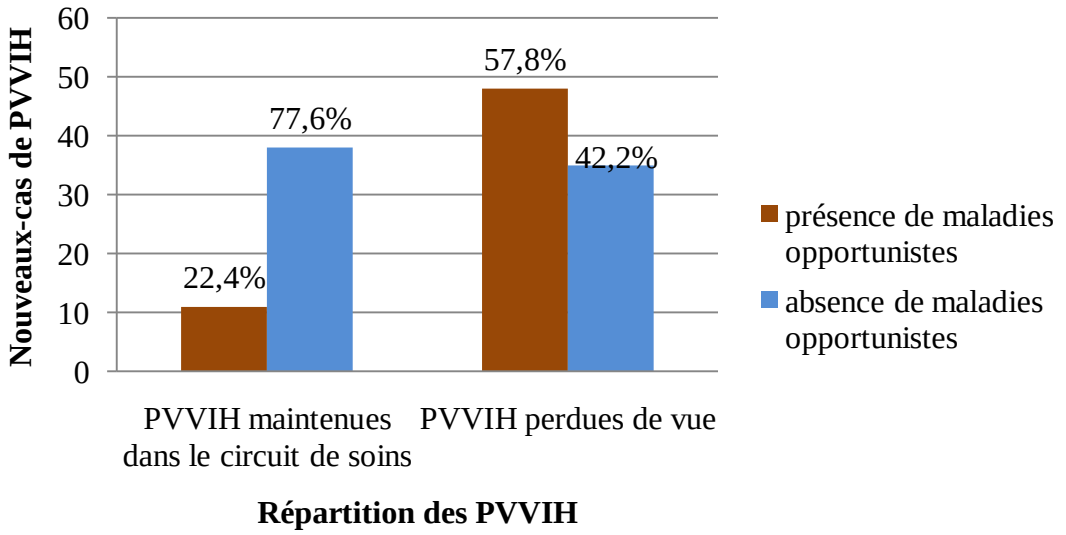



**Figure 19:** Répartition des nouveaux cas de PVVIH du service des Maladies Infectieuses de l'HJRB et du CHRD Itaosy de septembre 2008 à septembre 2013 selon l'existence de maladies opportunistes (Annexe 2, tableau XVIII)

Les maladies opportunistes sont absentes chez 77,6% des PVVIH maintenues dans le circuit de soins et présentes chez 57,8% des PVVIH perdues de vue.

### III.3.5. Répartition des nouveaux cas de PVVIH du service des Maladies Infectieuses de l'HJRB et du CHRD Itaosy selon la connaissance de leur statut sérologique par leur entourage

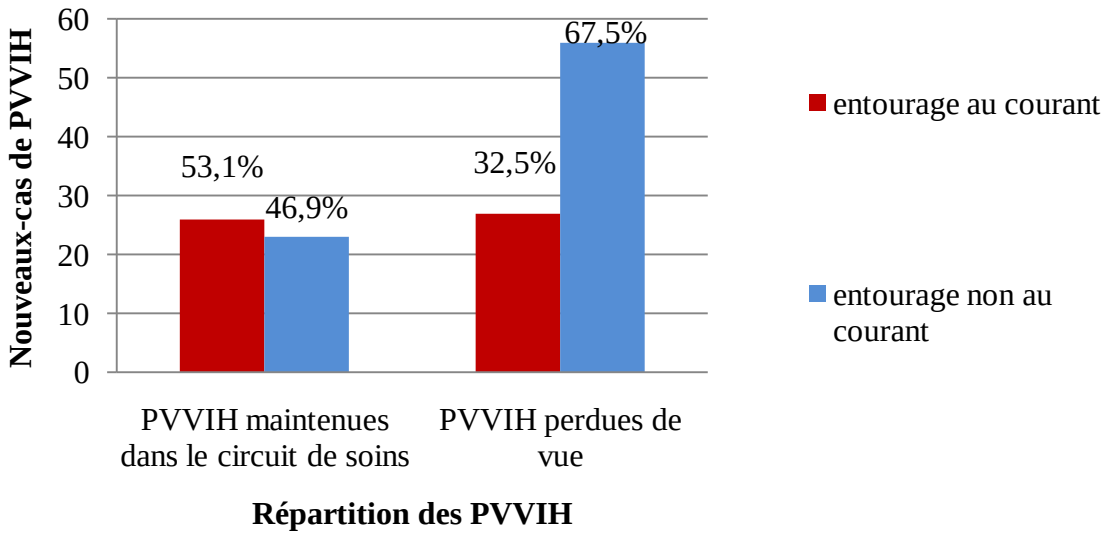



**Figure 20:** Répartition des nouveaux cas de PVVIH du service des Maladies Infectieuses de l'HJRB et du CHRD Itaosy de septembre 2008 à septembre 2013 selon la connaissance par leur entourage de leur statut sérologique au VIH (Annexe 2, tableau XIX)

Les PVVIH ayant fait connaître leur séropositivité à au moins un membre de leur entourage sont retrouvées à un taux de 53,1% parmi les patients en rétention contre 32,5% parmi les patients perdus de vue.

### III.3.6. Répartition des nouveaux cas de PVVIH du service des Maladies Infectieuses de l'HJRB et du CHRD Itaosy selon leur taux de CD4 au moment de la découverte de la maladie

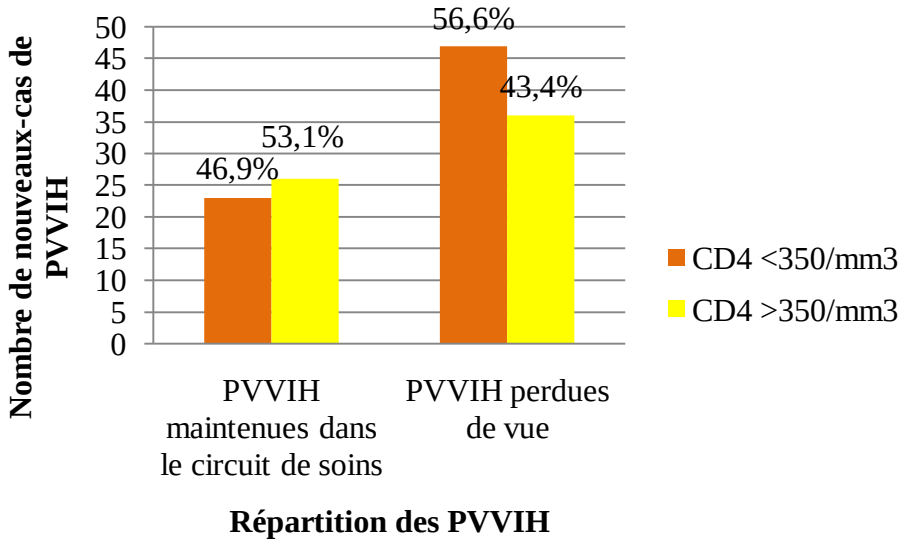



**Figure 21:** Répartition des nouveaux cas de PVVIH du service des Maladies Infectieuses de l'HJRB et du CHRD Itaosy de septembre 2008 à septembre 2013 selon leur taux de CD4 au moment de la découverte de la maladie (Annexe 2, tableau XX)

Les patients maintenus dans le circuit de soins ont eu un taux de CD4 supérieur à 350/mm$^3$ dans 53,1% des cas.

### III.3.7.Caractéristiques clinico-biologiques des nouveaux cas de PVVIH du service des Maladies Infectieuses de l'HJRB et du CHRD Itaosy

**Tableau II:** Répartition statistiques des caractéristiques clinico-biologiques des PVVIH en rétention suivies au sein du service des Maladies Infectieuses de l'HJRB et au CHRD Itaosy de Septembre 2008 à Septembre 2013

| Variables | PVVIH maintenues dans le circuit de soins<br>Effectif | PVVIH perdues de vue<br>Effectif | Odds Ratio | P | Intervalle de confiance (IC) |
|---|---|---|---|---|---|
| **Circonstances de découverte** | | | | | |
| PTME | 6 (12,2%) | 0 | - | - | - |
| CDIS | 20 (40,8%) | 35 (42,2%) | 1,06 | 0,878 | [0,49-2,31] |
| Dépistage circonstanciel | 11 (22,4%) | 35 (42,2%) | 2,52 | 0,0216 | [1,06-6,08] |
| Dépistage volontaire | 12 (24,5%) | 13 (15,7%) | 0,57 | 0,211 | [0,22-1,51] |
| **Stade clinique selon l'OMS** | | | | | |
| Avec symptomes | 17 (34,7%) | 52 (62,7%) | 3,16 | 0,00189 | [1,42-7,08] |
| Sans asymptomes | 32 (65,3%) | 31 (37,3%) | 0,32 | 0,00189 | [0,14-0,70] |
| **Maladies opportunistes** | | | | | |
| présentes | 11 (22,4%) | 48 (57,8%) | 4,74 | 0,0000781 | [1,99-11,46] |
| absentes | 38 (77,6%) | 35 (42,2%) | 0,21 | 0,0000781 | [0,37-1,43] |
| **Connaissance de la séropositivité par l'entourage** | | | | | |
| oui | 26 (53,1%) | 27(32,7%) | 0,43 | 0,02008 | [0,19-0,94] |
| non | 23 (46,9%) | 56 (67,5%) | 2,34 | 0,02008 | [1,07-5,17] |
| **Taux de CD4** | | | | | |
| <350/mm3 | 23 (46,9%) | 47 (56,6%) | 1,48 | 0,2812 | [0,68-3,19] |
| >350/mm3 | 26 (53,1%) | 36 (43,4%) | 0,68 | 0,2812 | [0,31-1,46] |

Le dépistage circonstanciel, l'infection au VIH à un stade symptomatique, l'existence de maladies opportunistes, la méconnaissance par l'entourage du statut sérologique au VIH constituent autant de risques pour les PVVIH d'être perdues de vue au cours de leur prise en charge.

## III.4. Répartition des nouveaux cas de PVVIH du service des Maladies Infectieuses de l'HJRB et du CHRD Itaosy de septembre 2008 à septembre 2013 selon les caractéristiques thérapeutiques

### III.4.1.Instauration du traitement ARV

#### *III.4.1.1. Répartition des nouveaux cas de PVVIH du service des Maladies Infectieuses de l'HJRB et du CHRD Itaosy de septembre 2008 à septembre 2013 selon l'initiation du traitement ARV dans le 1er mois qui suit la 1ère consultation*

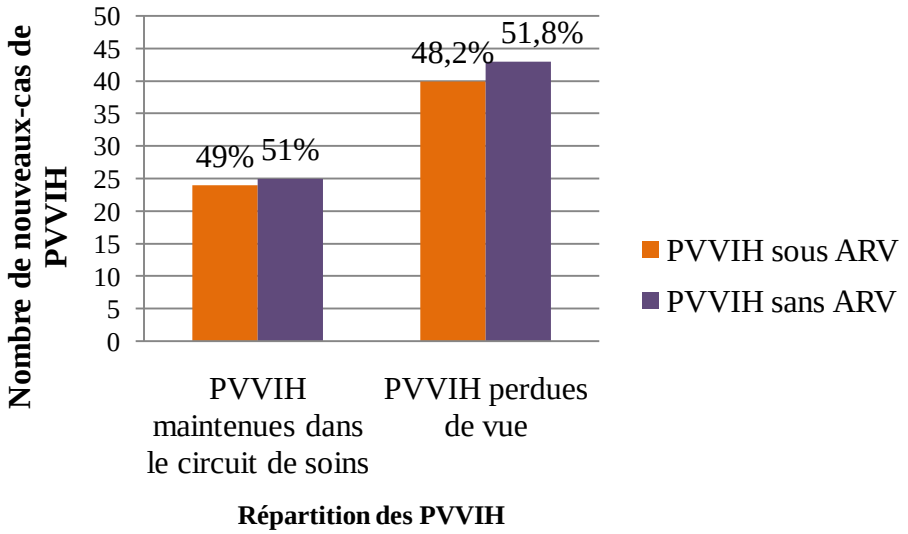



**Figure 22 :** Répartition des nouveaux cas de PVVIH du service des Maladies Infectieuses de l'HJRB et du CHRD Itaosy de septembre 2008 à septembre 2013 selon l'initiation du traitement ARV dans le 1er mois qui suit la 1ère consultation (Annexe 2, Tableau XXI)

Près de 49% des PVVIH maintenues dans le circuit de soins n'ont pas nécessité de traitement ARV après la découverte de leur maladie.

***III.4.1.2. Répartition des nouveaux cas de PVVIH sous ARV du service des Maladies Infectieuses de l'HJRB et du CHRD Itaosy de septembre 2008 à septembre 2013 selon l'année au cours de laquelle le traitement ARV est instauré***

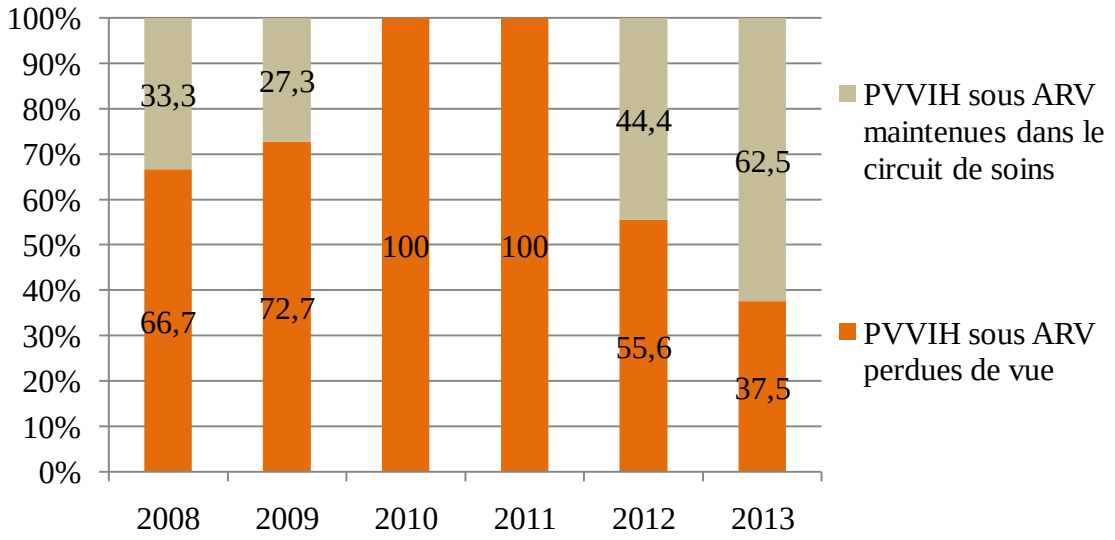



**Figure 23 :** Répartition des nouveaux cas de PVVIH sous ARV du service des Maladies Infectieuses de l'HJRB et du CHRD Itaosy de septembre 2008 à septembre 2013 selon l'année au cours de laquelle le traitement ARV est instauré (Annexe 2, Tableau XXII)

Au cours de l'année 2010 et de l'année 2011, aucune PVVIH sous ARV n'a été maintenue dans le circuit de soins.

### III.4.2. Répartition des PVVIH maintenues dans le circuit de soins du service des Maladies Infectieuses de l'HJRB et du CHRD Itaosy selon la présence de prise en charge psychosociale

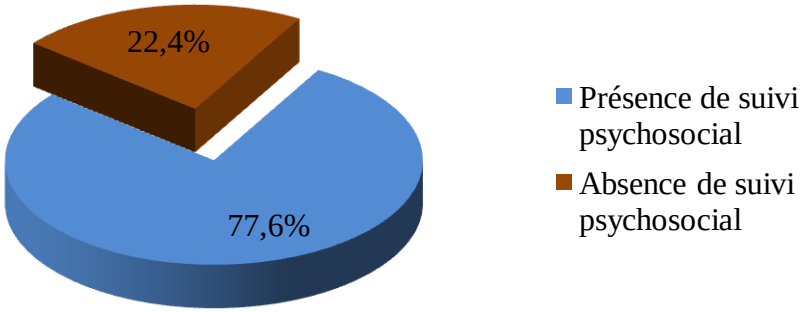



**Figure 24 :** Répartition des PVVIH maintenues dans le circuit de soins du service des Maladies Infectieuses de l'HJRB et du CHRD Itaosy de septembre 2008 à septembre 2013 selon la présence de prise en charge psychosociale (Annexe 2, Tableau XXIII)

Parmi les PVVIH maintenues dans le circuit de soins près de 77,6% d'entre elles ont bénéficié d'un suivi psychosocial.

### III.4.3. Répartition statistique de certaines caractéristiques thérapeutiques des nouveaux cas de PVVIH du service des Maladies Infectieuses de l'HJRB et du CHRD Itaosy

**Tableau III:** Profil thérapeutique des nouveaux cas de PVVIH du service des Maladies Infectieuses de l'HJRB et du CHRD Itaosy de septembre 2008 à septembre 2013

| Variables | PVVIH maintenues dans le circuit de soins | | PVVIH perdues de vue | | Odds Ratio | P | Intervalle de confiance (IC) |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Initiation des ARV dès la 1ère consultation** | | | | | | | |
| oui | 24 | (49%) | 40 | (48,2%) | 0,97 | 0,9303 | [0,45-2,09] |
| non | 25 | (51%) | 43 | (51,8%) | 1,03 | 0,9303 | [0,48-2,22] |
| **Prise en charge psychosociale** | | | | | | | |
| oui | 38 | (77,6%) | 22 | (26,5%) | 0,1 | <0.05 | [0,04-0,26] |
| non | 11 | (22,4%) | 61 | (73,5%) | 9,58 | <0.05 | [3,89-24,08] |

Les PVVIH ne bénéficiant pas de prise en charge psychosociale présentent beaucoup plus de risque d'être perdues de vue (OR : 9,58 et $p<0,05$). Le suivi psychosocial constitue un facteur significatif dans le maintien des PVVIH dans le circuit de soins. La présence de traitement ARV dès la découverte de l'infection au VIH ne contribue pas de manière significative au maintien des PVVIH dans le circuit de soins.

### III.5. Répartition des PVVIH maintenues dans le circuit de soins du service des Maladies Infectieuses de l'HJRB et du CHRD Itaosy selon la durée de la prise en charge

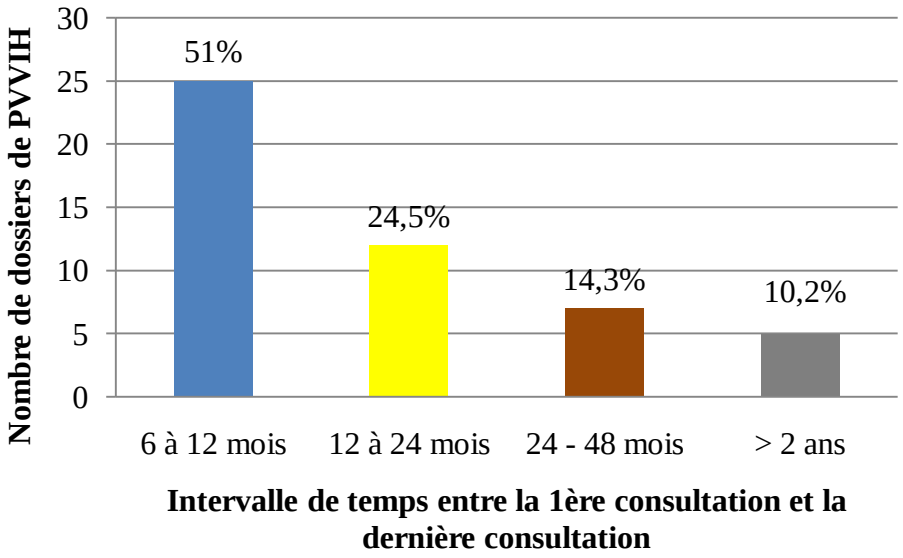



**Figure 25 :** Répartition des PVVIH maintenues dans le circuit de soins du service des Maladies Infectieuses de l'HJRB et du CHRD Itaosy de septembre 2008 à septembre 2013 selon la durée de la prise en charge (Annexe 2, Tableau XXIV)

La durée de la prise en charge est de 6 à 12 mois pour la majorité des PVVIH soit 51% des PVVIH maintenues dans le circuit de soins.

# TROISIEME PARTIE :

# DISCUSSION

# IV.DISCUSSION

## IV.1.Contexte général

L'interprétation de nos résultats s'est confrontée au fait que la majorité des études faites sur ce sujet en Afrique subsaharienne concerne uniquement la rétention des PVVIH déjà sous traitement antirétroviral. Or, en dehors de cette catégorie il existe également des PVVIH qui n'ont pas besoin de traitement antirétroviral (du fait d'un bon taux de CD4) mais qui poursuivent quand même un suivi médical et psychosocial. Par ailleurs, il faut tenir compte des différences dans le circuit et le système de prise en charge entre pays du Nord et pays du Sud, et même entre pays africains.

## IV.2.Prévalence brute des PVVIH maintenues dans le circuit de soins

D'après notre étude, la prévalence brute des PVVIH maintenues dans le circuit de soins est de seulement 37,1 %. Ce taux est nettement plus bas par rapport à ceux des Etats-Unis où 62% des personnes dépistées rejoignent le système de soins [8, 26, 36].
Par contre, il est plus élevé comparé aux résultats en Afrique du Sud où 24% seulement des patients sont maintenus dans le circuit de soins [26].

Cette prévalence basse pourrait s'expliquer par un problème d'accessibilité. Pourtant 65,3% des PVVIH maintenues dans le circuit habitent à plus de 5 km du service de soins (figure 13). Nos résultats sont donc différents sur ce point de ceux d'une étude réalisée au Mali [4] qui a révélé que les PVVIH résidant en dehors du district sanitaire concerné ont montré un risque élevé d'être perdues de vue (40,3%). Les résultats de notre étude rejoignent certaines études réalisées dans certaines villes des pays développés pour lesquelles la distance lieu d'habitation-hôpital ne ressort pas comme un facteur significatif dans le maintien des PVVIH dans le circuit de soins [39].

La source du problème serait du côté de l'organisation des centres de prise en charge ainsi que de la disponibilité des médecins référents. En effet, en 2009, 2010 et 2011, les taux de PVVIH maintenues dans le circuit ont été au plus bas au moment de

l'étude, avec des chiffres respectifs de 18,8%, 21,4% et 21,1% (figure 6). Cette baisse pourrait être liée à la crise politique et économique de 2009. Nos données n'ont cependant pas permis de déterminer si ces faibles taux de rétention sont liés à une absence au poste du personnel médical concerné au cours des grèves ou à une faible disponibilité des PVVIH à rejoindre les centres de soins pour leur rendez-vous de contrôle et/ou de retrait de médicaments.

Des études menées dans tout le pays en 2010 [10] ont montré un taux de rétention de patients de 50%. Le taux de maintien retrouvé par notre étude au cours de cette année est cependant de 21,4% pour nos deux sites.

A partir de l'année 2011, le taux de maintien des PVVIH dans le circuit de soins n'a pas cessé d'augmenter, passant de 21,1% en 2011 à 38,1% en 2012. En 2013, près de 52,9% soit plus de la moitié des PVVIH répertoriées dans les sites d'études sont maintenues dans le circuit de soins au moment de notre étude.

- Face à ces résultats, nous proposons une réorganisation des circuits de soins de la part des responsables des centres de prise en charge, par l'intermédiaire de :

- la mise en place d'un système d'évaluation régulière de la qualité de la prise en charge des PVVIH (exemples : boîte à suggestions, questionnaires d'évaluation de la prestation du personnel de santé à remplir de manière anonyme par les PVVIH)

- l'adaptation de l'organisation des circuits de soins pour une meilleure disponibilité du personnel de santé vis-à-vis des PVVIH. L'implication du personnel paramédical doit être renforcée pour éviter une surcharge de travail des médecins référents. Le rôle des médecins de réseau doit être effectif. En effet, le poste de médecins référents n'est pas un poste à part mais un rôle en plus endossé par des médecins qui possèdent déjà d'autres responsabilités au sein du service. Les risques sont donc pour les PVVIH d'être victimes d'un long temps d'attente avant chaque consultation et d'un suivi de moins bonne qualité,

les démotivant face à la prise en charge. Ainsi, avec l'aide du personnel paramédical, les tâches pourront être réparties en fonction des compétences de chacun. Il ne s'agit pas de décharger le médecin référent de sa fonction principale de prescripteur d'ARV mais de lui procurer un auxiliaire nécessaire en raison du temps considérable qui doit être consacré aux questions relatives à l' « information-observance ».

- Mise en place d'un service minimum capable d'assurer la prise en charge des PVVIH, les jours ouvrables et fériés et quelle que soit la situation sociopolitique en cours. Cette action est proposée dans l'optique de ne pas rompre le suivi des PVVIH (consultations de contrôle, délivrance des médicaments ARV) durant les périodes de grève, de congés. L'existence de ces services offerts devrait être portée à la connaissance des PVVIH.

- Au niveau des autorités nationales, nous suggérons une amélioration de la coordination entre les structures d'appui publiques ou privées, médicales et psychosociales. Le manque de coordination spontanée entre ces divers services bloque la circulation des informations pertinentes concernant la PVVIH auprès des médecins et assistants sociaux (où en est-elle dans sa prise en charge ? Bénéficie-t-elle d'un suivi psychosocial régulier? A-t-elle informée l'assistant social des raisons qui limitent son assiduité face à la prise en charge psychosociale ?).

### IV.3.Maintien dans le circuit de soins des PVVIH selon l'année de découverte de la maladie

La figure 5 montre que le nombre de nouveaux cas de PVVIH dans les deux sites d'études n'a pas cessé d'augmenter depuis 2008 (11 nouveaux cas), et est presque multiplié par 5 en 2013 (55 nouveaux cas). D'après des études faites à l'échelle nationale [12], la prévalence du VIH dans la population adulte est passée de 0,13% en 2007 et à 0,37% en 2010. Cependant, d'après cette même étude, à partir de l'année 2007, de nouvelles orientations ont été prises pour améliorer la lutte contre le VIH-Sida

à Madagascar, notamment le renforcement des activités de dépistage. Nos résultats seraient donc liées à une activité accrue de dépistage et non pas à une réelle élévation de la prévalence de l'infection au VIH.

Pour palier à ce déséquilibre nous suggérons de la part des autorités nationales et des responsables des centres de prise en charge un développement parallèle des différentes activités de lutte contre le VIH/Sida. L'augmentation des activités de dépistage devrait s'accompagner d'une amélioration parallèle de la disponibilité et de la qualité des services de prise en charge. Le but est d'améliorer le maintien de ces PVVIH dans le circuit de soins devant la nécessité d'un suivi et/ou d'un traitement ARV à vie et non plus de dépister uniquement les cas d'infection au VIH.

### IV.4.Répartition des nouveaux cas de PVVIH au cours de la période d'étude

D'après la figure 6, l'année 2013 montre le meilleur taux de rétention avec un chiffre de 52,9%. La majorité des PVVIH maintenues dans le circuit de soins jusqu'au moment de notre étude appartient donc aux nouveaux cas de l'année 2013. Le réel problème soulevé par la situation des PVVIH maintenues dans le circuit est surtout celui du maintien à long terme dans le circuit médical, c'est-à-dire au-delà de 1 an de prise en charge [36]. D'après des études menées en Ethiopie [7], depuis la mise en place de la gratuité des médicaments ARV en 2007, le taux de rétention des patients se maintient plus ou moins à 60%.

### IV.5.Relation entre les caractéristiques sociodémographiques et épidémiologiques des PVVIH et leur maintien dans le circuit de soins

#### IV.5.1.Influence du genre

Notre étude a montré une prédominance masculine parmi les PVVIH maintenues dans le circuit de soins, avec un sex-ratio de 1,33/1. Ce résultat est proche de celui d'une étude réalisée dans le CHU de Befelatanana en 2007 qui mentionne un sex-ratio de 1,21/1 [40].

Par ailleurs, le taux de maintien des hommes dans le circuit des soins (57,1%) dans notre étude a été supérieur à celui des PVVIH femmes (42,9%). Notre résultat diffère de celui d'une étude réalisée dans la ville de Bamako au Mali [4] où une prédominance féminine à 65% des PVVIH avec un sex-ratio de 1,89/1 ont été évoqués. La rétention y a été bien meilleure chez les femmes (64,5%) que chez les hommes (58,3%).

D'après l'OMS, plus de 60% des personnes nouvellement infectées par le VIH dans les pays à revenus faibles et moyens sont représentées par les femmes [1]. Notre résultat pourrait donc poser la problématique de l'accès des femmes aux soins en matière d'infection au VIH qui pourrait être le résultat de différentes inégalités entre hommes et femmes. Parmi ces inégalités en cause du faible maintien des femmes dans le circuit de soins, nous pouvons citer le faible niveau d'instruction, notamment sur la connaissance du VIH/Sida [12], un pouvoir économique inférieur, une faible disponibilité face aux soins médicaux et psychosociaux par rapport à la lourdeur des activités ménagères et familiales [19].

Afin de remédier à cet aspect des inégalités de genre, nous suggérons une promotion des projets de développement en faveur de l'amélioration des conditions de vie des femmes de la part des autorités nationales. L'objectif étant d'égaliser les chances d'accès aux soins avec les hommes (indépendance financière, éducations des filles…).

### IV.5.2.Influence des tranches d'âge

Notre étude a montré que la majorité des PVVIH maintenues dans le circuit de soins (53,1%) est âgée de 20 à 30 ans. Les PVVIH âgées de plus de 40 ans représentent 20,4% des PVVIH maintenues dans le circuit de soins (figure 8). La moyenne d'âge générale est de 31,9 ans. Ce résultat est différent de celui d'une étude congolaise qui a retrouvé une moyenne d'âge de 39 ans, avec une prédominance de PVVIH âgées de plus de 40 ans [34]. L'étude réalisée dans le CHU de Befelatanana en 2007 [40] montre un âge moyen 39,09 ans. Pour notre étude, les PVVIH maintenues dans le circuit de soins sont donc représentées par une population plus jeune.

Notre attention est cependant attirée par le fait que selon une étude réalisée dans un pays développé [39], l'âge de découverte de l'infection au VIH inférieur à 40 ans est un facteur de risque statistiquement significatif ($p<0,05$) de rupture de suivi avec le circuit de soins.

### IV.5.3.Influence de la situation familiale

Nos résultats ont montré une prédominance des PVVIH célibataires (46,9%) et sans enfants (61,2%) parmi les patients maintenus dans le circuit de soins. A l'opposé, une étude malienne [4] a révélé la prédominance des PVVIH mariées (62,6%) avec un nombre moyen d'enfants à charge de 3,1. De même qu'au Congo, la majorité des PVVIH sont mariées légalement et ont entre 2 à 4 enfants [34].

Dans ces pays d'Afrique (Mali et Congo), les PVVIH maintenues dans le circuit de soins sont donc celles qui possèdent des responsabilités et des charges familiales. La qualité de vie de leurs proches est étroitement liée à leur état de santé et de ce fait, ces PVVIH sont plus soucieuses et veillent à ne pas interrompre le suivi de leur maladie.

Pour notre étude, les PVVIH célibataires et sans enfants possèdent une plus grande disponibilité face aux déplacements vers les milieux de soins, avec un souci de vouloir encore envisager l'avenir et refaire leur vie malgré une infection incurable. Ces jeunes PVVIH prendraient ainsi leur prise en charge plus au sérieux.

### IV.5.4.Influence du niveau d'études

Les dossiers des PVVIH maintenues dans le circuit de soins pour notre étude ont mentionné autant de PVVIH ayant fait des études secondaires que de PVVIH ayant fait des études universitaires (42,9% pour chaque catégorie). Une étude malienne [4] a suggéré que le maintien des PVVIH dans le circuit de soins est significativement lié au niveau scolaire et est plus élevé aux niveaux d'étude secondaire et supérieure avec un pourcentage de 66,8%. En effet, un bon niveau d'instruction améliore la compréhension des risques et enjeux de l'infection au VIH et favorise un maintien dans le circuit de soins.

Dans cette optique, les efforts dans l'amélioration de la rétention des PVVIH s'inscrit dans un cadre global de développement. Nous proposons auprès des autorités nationales une promotion de l'éducation des jeunes et de la scolarisation du plus grand nombre.

### IV.5.5.Influence du secteur d'emploi

Notre étude a révélé que la plupart des PVVIH maintenues dans le circuit de soins, soit 40,8% d'entre elles, exercent un métier issu du secteur formel. Le pourcentage des chômeurs est de 16,3% (figure 12). De manière générale, la présence d'une activité professionnelle est considérée comme un facteur protecteur par rapport à la rupture de suivi médical en matière d'infection au VIH [39] dans les pays développés. Ceci est d'autant plus valable dans un pays comme le nôtre dans la mesure où les dépenses parallèles liées à l'infection au VIH sont très souvent à la charge des PVVIH (bilans complémentaires, frais de déplacement…).Il peut exister des aides par les associations caritatives ou par les bailleurs de fonds ou par le Ministère, mais jusqu'à présent il ne s'agit que d'actions sporadiques et non continues.

Nos résultats sont assimilables à celles d'une étude réalisée au Mali, où le maintien des patients varie significativement en fonction de la catégorie professionnelle [4]. Elle est la plus élevée (66,4%) au niveau du secteur formel. La relative sécurité économique liée à l'emploi permet d'assurer dans la mesure du possible une prise en charge proche des normes proposées par le protocole national. Cependant, des études concernant la rupture de suivi [25, 35] mentionnent la difficulté des PVVIH à trouver l'équilibre entre les contraintes du suivi médical et celles de leur vie socio-économique. Le suivi médical exige une disponibilité régulière incompatible avec une présence assidue exigée sur le lieu de travail.

Notre recommandation s'adresse donc aux associations psychosociales par rapport aux cas d'indigents. La mise en place et la proposition d'activités génératrices de revenus pour les PVVIH les plus en difficulté financière est souhaitable pour favoriser leur rétention. Cette action se fera dans le but d'aider ces dernières à faire face aux dépenses parallèles liées à leur maladie, et afin de ne pas tomber dans la dépendance face à l'assistanat privilégié des PVVIH.

### IV.5.6.Influence de l'orientation sexuelle des hommes

Les hétérosexuels se définissent comme des hommes ayant des rapports sexuels uniquement avec des femmes.

Les bisexuels sont des hommes qui ont des rapports sexuels aussi bien avec les hommes que les femmes.

Nos données ont retrouvé une majorité de PVVIH hommes hétérosexuels (78,6%) parmi les patients maintenus dans le circuit de soins. Les homosexuels représentent 10,7% et les bisexuels 10,7% également des PVVIH maintenus dans le circuit de soins. Les données issues d'une étude à l'échelle nationale [10] montrent que la contamination homosexuelle concerne 75,4% des modes de contamination par voie sexuelle, contre 24,6% pour la contamination bisexuelle. Or, notre étude a montré une majorité de PVVIH hétérosexuels parmi les cas de rétention. Le fait d'être homosexuel accentuerait donc la crainte de la stigmatisation dans notre société, et favoriserait ainsi une mauvaise rétention dans le circuit médical.

### IV.5.7.Influence du type de facteur de risque de transmission de l'infection au VIH

Le type de comportement à risque le plus fréquemment rencontré dans notre étude est le multipartenariat sexuel pour 51% des PVVIH maintenues dans le circuit de soins. Il est suivi en 2$^{ème}$ position par les pratiques homosexuelles des « MSM » (18,4%), puis par les travailleurs du sexe (14,3%). Les utilisateurs de drogues injectables arrivent en 4$^{ème}$ position (figure 15). Une étude réalisée au Congo [34]

mentionne que le pourcentage des hommes pratiquant le multipartenariat sexuel dans le cadre d'une polygamie culturelle est plus nombreux que celui des hommes.

Pour des questions de méthodologie, les travailleurs « mobiles » ont été regroupés parmi le comportement à risque de multipartenariat sexuel dans notre étude. En effet, les données sur la mobilité des groupes professionnels au sein des secteurs d'activités économiques à Madagascar sont rares [28].

L'utilisation de drogues injectables n'est pas encore connue comme une pratique répandue à Madagascar. Les données disponibles sur la consommation de drogues concernent surtout le cannabis et le Quat [28].

Face à ces résultats, notre suggestion sur la promotion et le renforcement des activités d'Information-Education et Communication en matière de prévention de l'infection au VIH-Sida s'adresse principalement aux stagiaires et au personnel paramédical et médical. L'accent devra particulièrement être porté sur la nécessité d'utilisation des préservatifs, d'autant plus lorsque le statut sérologique au VIH du/des partenaires sexuels est inconnu. Il faut également promouvoir la bonne technique d'utilisation de ces préservatifs.

## IV.6.Relation entre les caractéristiques cliniques et biologiques de l'infection au VIH et le maintien des PVVIH dans le circuit de soins

### IV.6.1.Influence des circonstances de découverte

Pour faciliter l'interprétation des données, les circonstances de découverte ou modes de dépistage du VIH/Sida ont été réparties comme suit pour notre étude :

- Le Counseling et Dépistage à l'Initiative du Soignant (CDIS) : le dépistage est réalisé devant la présence de signes cliniques évocateurs d'une infection au VIH.
- La Prévention de la Transmission de l'infection au VIH de la Mère à l'enfant (PTME) : nous avons délibérément choisi de distinguer ce type de dépistage bien qu'il soit fait à l'initiative du soignant car les consultations prénatales

constituent souvent une opportunité à part de découvrir la séropositivité d'une femme et de son partenaire.

- Les dépistages circonstanciels : ils sont réalisés devant une situation particulière comme la séropositivité du partenaire sexuel, un don de sang, une visite d'embauche ou scolaire, un bilan prénuptial, un examen systématique.
- Le dépistage volontaire ou Counseling Dépistage à l'Initiative du Patient (CDIP) : il s'agit du dépistage volontaire proprement dit.

Notre étude a montré que dans la plupart des cas (40,8%), l'infection au VIH a été découverte à la suite d'un counseling et dépistage à l'initiative du soignant (CDIS). Selon une autre étude réalisée en 2012 à Madagascar, près de 38,4% des dépistages sont effectués à la suite de symptômes évocateurs de l'infection au VIH [10].

D'après nos statistiques, les circonstances de découverte sont significativement liées au maintien des PVVIH dans le circuit de soins, notamment dans le cadre d'un dépistage circonstanciel ($p<0,05$ pour un OR de 2,52).

A Madagascar, puisque la prévalence nationale de l'infection au VIH est en dessous de 1%, les cas de dépistage volontaire sont moins nombreux (31,3%) [10]. La plupart des personnes minimise le risque de contamination et néglige l'utilité d'un dépistage volontaire.

Devant ces résultats, les efforts à fournir concernant la promotion et l'effectivité du dépistage volontaire s'adressent à toute la communauté, avant même l'apparition d'éventuels symptômes suspects.

### IV.6.2.Influence de l'indice de masse corporelle

L'indice de masse corporelle reflète de manière objective l'état nutritionnel des PVVIH dans le mois qui suit leur 1ère consultation, d'où son importance pour notre étude. Par ailleurs, le poids est perçu par la PVVIH comme le 1er indice de l'efficacité thérapeutique et de son état de santé [11, 31], ce qui pose l'hypothèse qu'il soit un également un facteur clé dans le maintien des PVVIH dans le circuit de soins.

Nos résultats ont montré que pour la majorité des PVVIH maintenues dans le circuit, soit 73,5% d'entre elles, l'IMC est supérieur ou égale à 18,5. Ces résultats sont semblables à une étude réalisée dans plusieurs centres de référence malienne [4] où la majorité des PVVIH (62,8%) présentent un IMC supérieur à 18. Au Congo [34], la valeur médiane de l'IMC est de 20.

### IV.6.3.Influence du stade clinique de l'infection au VIH selon l'OMS

L'OMS classe l'infection au VIH en 4 stades cliniques, dont seul le 1$^{er}$ est asymptomatique. Pour notre étude, les dossiers des PVVIH maintenues dans le circuit de soins mentionnent dans 65,3% des cas une infection asymptomatique (stade clinique 1 de l'OMS). En comparaison, les dossiers des PVVIH perdues de vue montre que 62,7% d'entre elles présentent une infection au VIH symptomatique (stades 2, 3 et 4 de l'OMS).

D'après nos statistiques, les patients présentant une infection au VIH symptomatique présentent plus de risque d'être perdues de vue (0R : 3,16 et $p<0,05$). Les PVVIH avec un relatif bon état de santé seraient donc plus aptes et enclins à poursuivre leur prise en charge.

Nos résultats sont différents de ceux d'autres études réalisées en Afrique [4, 34]. En effet le stade clinique de l'OMS n'y a pas été associé de manière significative au maintien des PVVIH dans le circuit de soins. La plupart des infections au VIH y ont été découvertes aux stades symptomatiques de l'OMS (II et III). Cependant, les conclusions de cette étude malienne mentionnent que la rétention (ou maintien des patients dans le circuit de soins) diminue avec l'aggravation du stade clinique dans 74,1% des cas.

Face à ces inégalités de rétention entre PVVIH de stades cliniques différents, nous suggérons aux associations psychosociales et avec une collaboration médicale la réalisation de visites à domicile. Ces visites concernent les PVVIH à un stade avancé de leur maladie et ne pouvant pas se soumettre aux déplacements réguliers vers le centre de référence. Par ailleurs, la sensibilisation devant la nécessité d'un suivi médical et psychosocial devrait être accentuée devant les cas de PVVIH à un stade symptomatique.

### IV.6.4.Influence de la présence de maladies opportunistes

Notre étude a montré que 77,6% des PVVIH maintenues dans le circuit de soins n'ont pas présenté de maladies opportunistes. Par contre, en comparant avec les PVVIH perdues de vue, la majorité de ces dernières, soit 57,8% d'entre elles, présentent des maladies opportunistes. Après calculs statistiques, la présence de maladies opportunistes augmente le risque d'être perdu de vue et influence donc de manière significative le maintien des PVVIH dans le circuit de soins, avec un OR de 4,74 et $p<0,005$.

Nos résultats ont rejoint les conclusions de certaines études faites en Afrique [4, 34, 36], qui ont montré que la présence dès la 1ère consultation de signes cliniques évidents témoignant un stade avancé de l'infection au VIH décourage les PVVIH à entreprendre ou à poursuivre un traitement médical et psychosocial.

### IV.6.5.Influence de la connaissance du statut sérologique de la PVVIH par au moins une personne de son entourage

D'après notre étude, la majorité des PVVIH maintenues dans le circuit de soins, soit 53,1% d'entre elles, sont celles qui ont fait connaître leur statut sérologique à au moins une personne de leur entourage. En comparaison, près de 67,5% des PVVIH perdues de vue au cours de notre période d'étude ont gardé leur statut sérologique secret vis-à-vis de leur entourage. Nos calculs ont montré qu'avec un OR de 2,34 et $p<0,05$ ces PVVIH qui ne font pas connaître leur statut sérologique à leur entourage présentent plus de risque d'être perdues de vue. Le fait de communiquer son statut sérologique à une personne de son entourage constitue donc un facteur protecteur significatif contre la rupture de suivi médical en termes d'infection au VIH.

Dans un contexte de stigmatisation de l'infection au VIH, la majorité des PVVIH préfère dissimuler les véritables raisons de leur absence auprès de leur entourage ou de leur employeur en cas de visite médicale. Ces tactiques mensongères bien que légitimes ne sont cependant pas pérennes, et à la longue, les PVVIH craignent de devoir dévoiler leur séropositivité.

Par ailleurs, le suivi médical nécessite des frais qui, pour une PVVIH à ressources limitées, sont problématiques sans le soutien familial et en l'absence de système de prise en charge pour les indigents. Les PVVIH procèdent alors à une hiérarchisation des risques : à court terme, la rupture de suivi médical est perçue peu risquée, comparativement au risque d'être licencié ou de révéler sa séropositivité. La recherche d'efficacité sociale prime alors sur la recherche d'une efficacité thérapeutique et se solde par une interruption du suivi médical [15, 38].

Nos résultats sont différents de ceux d'une étude des PVVIH perdues de vue dans la ville de Kinshasa au Congo. En effet cette étude a soulevé que 76% des PVVIH perdues de vue n'ont eu aucun soutien psychologique et financier de leurs familles du fait de la dissimulation de leur statut sérologique [34].

Toutes ces études ont donc confirmé la nécessité pour une PVVIH de communiquer son statut sérologique à quelqu'un de son entourage du fait de l'assistance morale, psychologique et éventuellement financière que ceci peut apporter dans la qualité de sa prise en charge [31].

Les efforts à fournir pour l'amélioration de la rétention des PVVIH concernent toute la communauté. Chaque citoyen devrait fournir sa contribution individuelle contre la stigmatisation et discrimination des PVVIH. Cette action peut se faire en rompant par exemple la diffusion des messages et des préjugés à l'encontre des PVVIH, qui incriminent parfois à tort leur mode de vie à l'origine de leur maladie. L'entretien de ce climat de honte peut favoriser le déni de la maladie et la fuite des PVVIH des circuits de soins.

### IV.6.6.Influence du taux de CD4

Nos résultats ont montré que pour la majorité des PVVIH maintenues dans le circuit de soins (53,1%), le taux de CD4 après découverte de l'infection au VIH est supérieur à 350/$mm^3$. Ce taux est inférieur à 350/$mm^3$ pour 56,6% des PVVIH perdues de vue au cours de notre étude. Cependant, ce taux de CD4 n'est pas apparu comme statistiquement significatif dans le maintien des PVVIH dans le circuit de soins.

Nos résultats ont été différents de ceux d'une étude réalisée dans la ville de Bamako où 53,1% des dossiers des PVVIH en rétention mentionnent un taux de CD4 inférieur 500/mm$^3$, avec un OR de 1,3 [1,1 – 1,6] et p<0,0001 [4].

Par ailleurs, il faut souligner que selon une étude malgache réalisée pour établir un lien entre l'examen clinique initial et la réduction des cas de perdus de vue, les PVVIH qui n'ont pas fait initialement le comptage de CD4 ont 2,7 fois plus de risque d'être non suivies par rapport à celles qui en ont fait (RR : 2,7, IC95%) [10].

## IV.7.Relation entre les caractéristiques thérapeutiques de l'infection au VIH et le maintien des PVVIH dans le circuit de soins

### IV.7.1.Influence de l'existence ou non de traitement ARV

Les résultats de notre étude ont montré que pour la majorité des cas (51%), les PVVIH maintenues dans le circuit de soins n'ont pas nécessité de traitement ARV après découverte de leur maladie. La relation instauration du traitement ARV et rétention des PVVIH dans le circuit de soins n'est pas établie de manière significative par les statistiques dans notre étude. Nous supposons que malgré la gratuité des traitements ARV, ce n'est pas la prise de médicaments antirétroviraux proprement dite qui motive les patients à rejoindre le circuit de soins.

Malgré tout, nous pouvons émettre au niveau des responsables de centres de prise en charge une suggestion concernant la distribution des ARV, comme l'adaptation de l'organisation du circuit de prise en charge pour mieux protéger l'anonymat des PVVIH. A titre d'exemple, les ARV devraient être délivrés par le médecin référent et non par la pharmacie pour une meilleure confidentialité du dossier.

### IV.7.2. Relation entre maintien des PVVIH sous ARV dans le circuit de soins et année d'instauration du traitement ARV

Notre étude a montré que le taux de maintien des PVVIH sous ARV dans le circuit de soins est nul au cours de l'année 2010 et 2011. La discussion soulève la problématique d'une éventuelle fuite des patients après la médiatisation d'un prétendu remède contre le VIH en 2010 [41]. Ce faible taux de rétention pourrait également être lié à une rupture de stock en médicament antirétroviraux durant cette période.

Afin de remédier à d'éventuels problèmes à l'avenir, nous proposons au niveau des autorités nationales :

- L'effectivité des poursuites judiciaires des laboratoires « clandestins » et des charlatans prétendant délivrer sans études préalables des remèdes miracles contre le VIH. Il s'agit d'actions immorales profitant de la vulnérabilité psychologique des PVVIH. Certains remèdes non médicamenteux peuvent proposer de soulager certains symptômes mais ne peuvent en aucun cas éradiquer le virus.
- L'amélioration de la gestion des intrants en collaboration avec les responsables de centres de prise en charge est également primordiale, pour éviter la rupture de stock des réactifs pour le dépistage, et des réactifs pour les examens de laboratoire.

### IV.7.3.Influence de l'existence d'une prise en charge psychosociale

Bien que le volet psychosocial ne soit pas obligatoire pour la PVVIH, celle-ci est toujours informée de la possibilité d'un soutien psychologique auprès de l'assistant social de l'hôpital de référence ou auprès d'une association ou ONG désignée. Cette prise en charge psychosociale se révèle comme un facteur clé dans le maintien des PVVIH dans le circuit de soins. En effet, près de 77,6% des PVVIH maintenues dans le circuit de soins ont bénéficié d'un suivi psychosocial en plus de leur suivi médical. Les PVVIH ne bénéficiant pas d'un suivi psychosocial présentent dans notre étude plus de

risque d'être perdues de vue. La prise en charge des PVVIH devrait donc être une prise en charge multidisciplinaire.

L'association psychosociale constitue une liaison entre le personnel médical et la PVVIH et permet de détecter à temps un éloignement par rapport au circuit de soins grâce à des visites à domiciles, des réunions de groupes réguliers [13, 24, 32].

Devant ces résultats, nous proposons quelques suggestions :

- La première ne s'adresse pas uniquement à ce volet psychosocial mais s'applique à la prise en charge des PVVIH en général. Nous suggérons donc de la part des stagiaires, du personnel paramédical et médical une amélioration des compétences en matière de communication interpersonnelle et counseling. En effet la délimitation du terme de « prise en charge psychosociale » est souvent sous-estimée, d'autant plus qu'elle n'est pas obligatoire dans la prise en charge des PVVIH mais seulement recommandée. Certains personnels de santé peuvent spontanément inclure l'écoute attentive, le dialogue, la compassion, et la pédagogie/andragogie dans leur pratique. Il faut cependant toujours souligner que le counseling et l'éducation thérapeutique appellent à une meilleure prise en compte des malades par le personnel de santé d'où l'importance de bénéficier d'une formation sérieuse.

- Au niveau des responsables de centres de prise en charge, la mise en place et/ou renforcement du volet « recherche active » des patients perdus de vue avec la collaboration des associations psychosociales est souhaitable. Le but sera d'identifier le devenir de ces patients (décédés, transférés, véritable perdus de vue) pour récolter un maximum d'informations concernant leur vécu de la maladie dans le but d'améliorer leur prise en charge. Cette recherche active devrait s'effectuer bien avant le délai des 6 mois fixés pour pouvoir déclarer un patient « perdu de vue ».

- Au niveau des associations psychosociales, les efforts à fournir seraient dans un premier temps d'augmenter leur couverture géographique afin de les rendre accessibles au plus grand nombre de PVVIH. Dans un deuxième temps, l'élargissement de leur champ d'action est souhaitable, par le biais de subventions, en présentant des projets soutenables et en montrant leur habilité dans la gestion de projets.

- Enfin, la mise en place de formations continues officielles adaptées au contexte local du pays et selon les normes internationales en matière de prise en charge psychosociale des PVVIH est primordiale. Il est primordial que cette initiative se fasse de la part des autorités nationales. Ces formations peuvent être un complément pour le personnel déjà en poste, ou introduire de nouveaux acteurs dans la prise en charge des PVVIH.

### IV.8.Durée du maintien des PVVIH dans le circuit de soins

La figure 25 a montré que les PVVIH sont maintenues dans le circuit de soins depuis 6 à 12 mois pour la plupart d'entre elles (51%). Les PVVIH présentes dans le circuit de soins depuis 12 à 24 mois ont été au taux de 24,5%. Les PVVIH en rétention depuis 24 à 48 mois ont été retrouvées à un taux de 14,3%. Seules 10,2% des PVVIH maintenues dans le circuit de soins sont en rétention depuis plus de 2 ans.

Nos résultats sont faibles par rapport à ceux des études effectuées dans les pays de l'Afrique subsaharienne. En effet, ces dites études ont montré qu'en 2009, environ 82% des PVVIH sont toujours maintenues dans le circuit de soins après 12 mois de prise en charge [36]. Ce taux baisse ensuite à 77% pour les PVVIH maintenues dans le circuit de soins depuis 24 mois, et se stabilise à 74,5 % à partir d'un maintien depuis plus de 48 mois.

Si au début des actions menées dans la lutte contre le VIH-Sida, les efforts ont surtout été concentrés sur la sensibilisation des individus à se faire dépister au VIH, à

présent, la sensibilisation devrait viser le maintien à long terme des PVVIH dans le circuit des soins.

Enfin, le suivi médical doit être plus rigoureux et régulier et la sensibilisation mieux ciblée sur les PVVIH les plus à risque d'être perdues de vue. D'après notre étude, il s'agit :

- des PVVIH ayant découvert leur séropositivité à la suite d'un dépistage circonstanciel
- des cas d'infection au VIH à un stade symptomatique
- des cas d'infection au VIH accompagnée de maladies opportunistes
- des PVVIH qui n'ont pas fait connaître leur statut sérologique à leur entourage
- des PVVIH qui ne bénéficient pas d'une prise en charge psychosociale.

# CONCLUSION

Rapport-gratuit.com
LE NUMERO 1 MONDIAL DU MÉMOIRES

# CONCLUSION

Le VIH-Sida en tant que maladie chronique et incurable impose un suivi médical et psychosocial. La rétention des patients dans le circuit de soins est un problème largement rencontré dans les pays en développement. Notre étude sur le maintien des PVVIH dans le circuit médical du service de Maladies Infectieuses et au CHRD Itaosy concerne la période de septembre 2008 à septembre 2013. Cette étude a fait état d'une faible prévalence brute des PVVIH maintenues dans le circuit à 37,1% et ce pour une durée de prise en charge de 6 mois à 2 ans pour la plupart. Elle nous a également permis de dresser le profil de ces PVVIH retenues. Essentiellement il s'agit d'hommes célibataires, âgés de 20 à 30 ans dans 53,1% des cas, hétérosexuels, célibataires et sans enfants. Ces PVVIH ont au moins fait des études secondaires et exercent un métier du secteur formel. La séropositivité au VIH de ces patients maintenus dans le circuit de soins a été découverte à la suite d'un dépistage à l'initiative du soignant dans 40,8% des cas, à un stade asymptomatique pour 62,7% d'entre elles, et sans maladies opportunistes. Le taux de CD4 de ces PVVIH maintenues dans le circuit de soins est supérieur à 350/$mm^3$ pour 53,1% d'entre elles. Les PVVIH maintenues sont à 77,6% celles qui ont choisi de bénéficier d'une prise en charge psychosociale et à 53,1% celles qui ont mis au moins un membre de leur entourage au courant de leur séropositivité au VIH.

La validité de nos résultats est limitée par le caractère rétrospectif de notre étude. Les comparaisons avec d'autres études extérieures et antérieures sont limitées par la diversité des définitions appliquées pour caractériser les cas de « perdus de vue », mais également par l'hétérogénéité de l'organisation du système de prise en charge des PVVIH dans le monde. Toutefois, les données de notre étude pourront être utiles dans un premier temps pour mieux cibler en termes de sensibilisation et d'actions les PVVIH les « moins enclins » à poursuivre un suivi au long cours. Dans un deuxième temps, ces données pourront modestement contribuer à dépister les éventuelles faiblesses dans la prise en charge actuellement offerte aux PVVIH. Nos résultats ne concernent cependant que nos deux sites d'étude. Une étude prospective et parallèle dans plusieurs centres de référence, en collaboration avec les structures de prise en charge psychosociale, s'avère nécessaire pour permettre d'étendre les comparaisons.

# REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

## REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES


1. ONU. Objectifs du Millénaire pour le développement: Rapport de 2013. New York: ONU; 2013. p. 4-59.

2. UNAIDS. Report on the global AIDS epidemic 2008. Unaids, Data WLC-i-P; 2008 august. Report N°: WC 503.4. p. 13-36.
   Disponible à http://www.unaidsrstesa.org (accès le 24 octobre 2013).

3. World Health Organization, Joint United Nations Program on HIV/AIDS,United Nations Childern's Fund. Towards universal access: scaling up priority HIV/AIDS interventions in the health sector. Progress Report. 2010 Décembre;1:123-56. Disponible sur
   http://whqlibdoc.who.int/publications (accès le 24 octobre 2013).

4. Mbia-Somse LB. Etude de la rétention des patients sous ARV suivis au CESAC de Bamako[thèse de Médecine Humaine]. Santé publique: Bamako; 2009. 153p. p. 26-137.

5. Pujadas M, Carillon S, Katile D. Regards croisés sur les perdus de vue : quels outils pour quelle réponse ?. In: Lurton G, dir. 5ème Conférence Francophone; 27-28 mars 2009; Maroc. Paris. La lettre de Solthis n°9; 2009. p.9-11.

6. Brinkhof MW, Dabis F, Myer L, Bangsberg DR, Boulle A, Nash D et al.: Early loss of HIV-infected patients on potent antiretroviral therapy programs in lower-income countries. Bull World Health Organ 2008, 86:559-67.

7. Assefa Y, Lynen L, Wouters E, Rasschaert F, Peeters K, Van Damme W. How to improve patient retention in an antiretroviral treatment program in Ethiopa: a mixed-methods study. BioMed Central. 2014 Janvier;14:45-58, DOI: 10.1186/1472-6963-14-45

8. Kranzer K, Govindasamy D, Ford N, Johnston V, Lawn S. Quantifying and addressing losses along the continuum of care for people living with HIV infection in sub-Saharan Africa: a systematic review. JIAS. 2012 Novembre;15(2):17383.

9. MSANP/PNLS. Procès verbal de réunion de coordination des médecins référents. Novembre 2011.

10. MSANP/PNLS. Rapport final des recherches opérationnelles. Mars 2012. p.17-71.

11. MSANP/PNLS. Formation intégrée sur la syphilis et l'infection à VIH: Manuel de formation à l'usage des participants. PSI/PNLS/Global Fund round 8. 2010. p.24-260.

12. ONUSIDA. Rapport d'activités sur la riposte au Sida à Madagascar. ONUSIDA/CNLS. Mars 2012. p.9-21.
Disponible sur http://www.unaids.org/en/countryprogressreports.pdf (accès le 07 juillet 2013).

13. MSANP/PNLS. Termes de référence du comité technique du niveau régional pour la prise en charge des personnes vivant avec le VIH. Mai 2007. p.1-2.

14. MSANP/PNLS. Termes de référence des médecins de réseau (Médecins non référents) du niveau régional pour la prise en charge des personnes vivant avec le VIH. Mai 2007. p.1-2.

15. De Sardan O, Diarra A, Moumouni A. La prise en charge des PVVIH et l'observance des ARV à Niamey : approche socio-anthropologique. LASDEL. 2006 Février; 45:6-41.

16. Rosen S, Fox MP, Gill CJ. Patient Retention in Antiretroviral Therapy Programs in Sub-Saharan Africa : A systematic Review. PloS Med. 2007 Octobre;4:1691-1701, DOI:10.13731/journal.pmed.0040298 (accès le 14 janvier 2014)

17. ONUSIDA/OMS. Considérations éthiques relatives aux essais de méthodes biomédicales de prévention du VIH. ONUSIDA/08.05F/JC1534F. Avril 2008. p.10-5.

18. Hidreau P. L'épidémie du VIH/SIDA et sa situation dans un pays en voie de développement : le Bénin[Thèse en Pharmacie]. Santé publique: Bénin; 2006. 102 p.

19. UNICEF. Analyse de la situation de la femme et de l'enfant à Madagascar. UNICEF.2009. p. 24-5,133-43,166-80.

20. Diabaté S. Le traitement antirétroviral en Côte d'Ivoire : observance, surveillance immunologique et impact sur les comportements vis-à-vis du VIH/Sida[Thèse en Médecine Humaine]. Santé publique: Québec; 2008. 161 p.

21. Tindyebwa D, Kayita J, Musoke P, Eley B, Nduati R, Coovadia H, et al. Manuel sur le SIDA pédiatrique en Afrique.Ouganda: ANECCA; 2006. p. 19-33.

22. Girard PM, Katlama C, Pialoux G. Infection VIH/SIDA-Mémento diagnostique. Paris: Doin; 2005. p. 345-51.

23. Bâ M. Des hommes et le dépistage du VIH/SIDA au Sénégal : les dessous du refus[Thèse en Médecine Humaine]. Santé Publique: Québec; 2012. 118 p.

24. IMEA. La prise en charge psychologique et sociale, définitions et concepts clés. Novembre 2010. p. 5-29.

25. République Islamique de Mauritanie/Ministère de la Santé et des Affaires Sociales. Politique et stratégies de prise en charge des personnes vivant avec le VIH/Sida. Mars 2005. p. 9-13.

26. Dalal RP, Macphail C, Mqhayi M, Wing J, Feldman C, Chersich MF, et al. Characteristics and outcomes of adult patients lost to follow-up at an antiretroviral treatment clinic in Johannesburg, South Africa. J Acquir Immune Defic Syndr. 2008 Janvier; 47(1):101-7.

27. MSANP/CNLS/SE. Plan de suivi et évaluation de la réponse nationale face au VIH et au Sida : 2007-2012. Juin 2007. p. 19-41.
Disponible sur data.unaids.org/Tropics/M-E/ovc_me_guidefr.pdf (accès le 23 juillet 2012).

28. CNLS/SE. Plan d'action de Madagascar pour une lutte efficace contre le VIH-Sida 2007-2012. 2007. p. 13-33,44-61,117-47.
Disponible sur www.hsph.harvard.edu/population/aids/madagascar.aids.02.pdf (accès le 17 janvier 2013).

29. Geng, Fox MP, Rosen S, Gill CJ, Chang M, Richardson B et al. Retention in Care and Connection to Care among HIV-Infected Patients on Antiretroviral Therapy in Africa: Estimation via a Sampling-Based Approach. PloS ONE. 2012 Novembre; 6(7):e211797;345-64, DOI : 10.1371/journal.pone.0021797.

30. MSANP/JICA. Projet de Renforcement du Programme de Prévention du VIH/sida à Madagascar. 2010. p.2-8.
Disponible sur
http://www.jica.go.jp/madagascar/french/office/others/publications02.html
(accès le 17 mars 2014).

31. Barand J. Santé internationale et enjeux de santé au Sud. Prise en charge des personnes qui vivent avec le VIH au Niger. In: Kerouedan D, dir. La prise en charge des PVVIH et l'observance des ARV à Niamey (approche socio-anthropologique). Paris: SciencesPo Les Presses; 2008; p. 41-7.

32. Yeni P. Prise en charge médicale des personnes infectées par le VIH. 2ème édition. Paris: La documentation Française; 2010. p. 52-73,81-91.

33. SLISTS. Protocole de prise en charge médicale des personnes vivant avec le VIH à Madagascar. 2009. OMS/UNICEF/SLISTS. 2009. p. 6-29.

34. Molamba DA, Caractéristiques et devenir des patients perdus de vue sous traitement antirétroviral au sein des structures médicales appuyées par la coopération technique allemande dans la ville de Kinshasa [Master 2 Santé Publique]. Santé Internationale et Pathologies Tropicale: Kinshasa; 2009. 37 p. p. 29-33.

35. Carillon S. Ruptures de suivi médical en milieu africain: l'exemple de Kayes Mali. In: Lurton G, dir. La 5ème conférence francophone VIH/sida de Casablanca; Casablanca. Paris: Ceped; 2010. p. 7-12.

36. Rosen S, Fox MP. Retention in HIV Care between Testing and Treatment in Sub-Saharan Africa: A Systematic Review. PloS Med. 2011 Juillet;8:1-16, DOI: 10.1371/journal.pmed.1001056 (consulté le 12 février 2014).

37. Organisation Mondiale de la Santé. Feuille de route pour la mise en œuvre de l'accès universel à la prévention, au traitement, aux soins et soutien à Madagascar. Avril 2007.
Disponible sur http://www.who.int/countries/mdg/fr/index.html (accès le 22 septembre 2012).

38. Aware-HIV/AIDS. Pratiques meilleures et prometteuses en matière d IST/VIH/SIDA en Afrique de l'Ouest et du Centre. USAID/FHI/Aware-HIV/AIDS. Février 2006. p. 42-72.

39. Vandalle YM, Rabier V, Neveu A, Fialaire P, Chennebault JM, Abgueguen P et al. Incidence et facteurs de risque de rupture de suivi chez les patients du réseau VIH de Maine-et-Loire**.** Medmal. 2013 juin; Vol 43, N°4HS: 58-9, DOI: 101019-201209181

40. Rakotoarivelo RA, Ramanalimanana P, Andrianasolo R, Razafimahefa SH, Randria MJD. Evaluation de la qualité de vie des personnes vivant avec le virus de l'immunodéficience humaine à Antananarivo. Carcinol Clin Afrique [En ligne]. 2011 Février [Consulté le 16/09/2014];58:[5 pages]. Consultable à l'URL : www.santétropicale.com/manelec/afo/index.asp

**ANNEXES**

**Annexe 1 FICHE DE COLLECTE DES DONNEES N°**

**Critère de positivité :** Ont été considérés comme positifs classés « PVVIH en rétention » tout dossier mentionnant l'assiduité des patients depuis leur prise en charge en septembre 2008 jusqu'en septembre 2013 et/ou tous les nouveaux patients pris en charge depuis septembre 2013 et qui sont encore présents 06 mois après le début de leur prise en charge, soit jusqu'au mois de mars 2014.

1. **Site** : MI/HJRB ☐ CHRD Itaosy ☐
2. **Code** :
3. **Date de découverte de la séropositivité au VIH :**
4. **Date de la 1ère consultation :**
5. **Date de la dernière consultation :**
6. **Genre** : M ☐ F ☐
7. **Age** :
8. **Adresse** :
9. **Statut matrimonial** :
10. **Nombre d'enfants à charge** :
11. **Niveau d'études** :
12. **Profession** :
13. **Orientation sexuelle** : hétérosexuelle ☐ homosexuelle ☐ bisexuelle ☐
14. **Type de comportement à** risque :

    MSM ☐ Travailleur sexuel ☐ UDI ☐

    multipartenariat sexuel ☐ autres ☐
15. **Circonstances de découverte de l'infection au VIH :**
    - Dépistage volontaire : ☐
    - CDIS : ☐
    - Dépistage circonstanciel : ☐ (don de sang, partenaire sexuel séropositif au VIH, visite d'embauche, visite scolaire, bilan prénuptial, bilan systématique)
    - PTME : ☐

16. **Poids :** **Taille :** **IMC :**
17. **Stade clinique de l'infection au VIH selon l'OMS :**

I ☐ II ☐ III ☐ IV ☐

18. **Existence de maladies opportunistes :** oui ☐ non ☐
19. **Taux de CD4 à la découverte de la maladie :**
20. **Initiation ARV après la 1ère consultation :** oui ☐ non ☐
21. **Communication de la séropositivité au VIH à au moins une personne de l'entourage :** oui ☐ non ☐
22. **Présence d'un suivi psycho-social :** oui ☐ non ☐

**Annexe 2 : TABLEAUX D'EXPLOITATION DES DONNEES**

**Tableau IV :** Prévalence brute des PVVIH maintenues dans le circuit de soins du service des Maladies Infectieuses de l'HJRB et au CHRD Itaosy de septembre 2008 à septembre 2013

| PVVIH | Effectif | Pourcentage (%) |
|---|---|---|
| PVVIH maintenues dans le circuit | 49 | 37,1 |
| PVVIH perdues de vue | 83 | 62,9 |
| Nombre total des nouveaux-cas | 132 | 100,0 |

**Tableau V:** Répartition annuelle des nouveaux-cas de PVVIH du service des Maladies Infectieuses de l'HJRB et au CHRD Itaosy de septembre 2008 à septembre 2013 selon l'année de découverte de la maladie

| **Année de la 1ère consultation** | **2008** | **2009** | **2010** | **2011** | **2012** | **2013** |
|---|---|---|---|---|---|---|
| PVVIH perdues de vue (n=83) | 7 (63,6%) | 13 (81,2%) | 11 (78,6%) | 15 (78,9%) | 13 (61,9%) | 24 (47,1%) |
| PVVIH en rétention (n=49) | 4 (36,4%) | 3 (18,8%) | 3 (21,4%) | 4 (21,1%) | 8 (38,1%) | 27 (52,9%) |
| Total des nouveaux-cas par année (n=132 | 11 | 16 | 14 | 19 | 21 | 51 |

**Tableau VI :** Répartition des PVVIH maintenues dans le circuit de soins du service des Maladies Infectieuses de l'HJRB et au CHRD Itaosy de Septembre 2008 à Septembre 2013 selon le genre

| **Genre** | **PVVIH en rétention (n=49)** | **Sex ratio** |
|---|---|---|
| Masculin | 28 (57,1%) | 1,33 |
| Féminin | 21 (42,9%) | |

**Tableau VII :** Répartition des PVVIH maintenues au sein du service des Maladies Infectieuses de l'HJRB et au CHRD Itaosy de Septembre 2008 à Septembre 2013 selon les tranches d'âge

| | Age | Effectif (n=49) | Tranche d'âge | Effectif | Pourcentage |
|---|---|---|---|---|---|
| | 20 | 1 | | | |
| | 21 | 3 | | | |
| | 22 | 2 | | | |
| | 23 | 2 | | | |
| | 24 | 2 | | | |
| | 25 | 3 | 20 à 30 | 26 | 53,1 |
| | 26 | 3 | | | |
| | 27 | 5 | | | |
| | 28 | 2 | | | |
| | 29 | 1 | | | |
| | 30 | 2 | | | |
| | 31 | 2 | | | |
| | 32 | 3 | | | |
| | 34 | 2 | 31 à 40 | 13 | 26,5 |
| | 35 | 3 | | | |
| | 36 | 2 | | | |
| | 39 | 1 | | | |
| | 41 | 1 | | | |
| | 43 | 3 | | | |
| | 44 | 1 | | | |
| | 45 | 1 | | | |
| | 46 | 1 | 40 à 56 | 10 | 20,4 |
| | 51 | 1 | | | |
| | 55 | 1 | | | |
| | 56 | 1 | | | |
| **Moyenne d'âge** | 31,9 | | | | |

**Tableau VIII :** Répartition des PVVIH maintenues dans le circuit de soins du service des Maladies Infectieuses de l'HJRB et du CHRD Itaosy de septembre 2008 à septembre 2013 selon leur statut matrimonial

| **Statut matrimonial** | **Effectif des PVVIH maintenues dans le circuit de soins (n=49)** | **Pourcentage (%)** |
|---|---|---|
| célibataire | 23 | 46,9 |
| en union libre | 7 | 14,3 |
| marié | 18 | 36,7 |
| divorcé | 1 | 2 |
| veuf | 0 | |

**Tableau IX:** Répartition des PVVIH maintenues dans le circuit de soins du service des Maladies Infectieuses de l'HJRB et du CHRD Itaosy de septembre 2008 à septembre 2013 selon le nombre d'enfants à leur charge

| **Nombre d'enfants à charge** | **Effectif des PVVIH maintenues dans le circuit de soins (n=49)** | **Pourcentage (%)** |
|---|---|---|
| sans enfants | 30 | 61,2 |
| 1 enfant | 13 | 26,5 |
| > ou =2 enfants | 6 | 12,2 |

**Tableau X:** Répartition des PVVIH maintenues dans le circuit de soins du service des Maladies Infectieuses de l'HJRB et du CHRD Itaosy de septembre 2008 à septembre 2013 selon leur niveau d'études

| **Niveau d'études** | **Effectif des PVVIH maintenues dans le circuit (n=49)** | **Pourcentage (%)** |
|---|---|---|
| PVVIH illettrée | 1 | 2 |
| études primaires | 6 | 12,2 |
| études secondaires | 21 | 42,9 |
| études universitaires | 21 | 42,9 |

**Tableau XI :** Répartition des PVVIH maintenues dans le circuit de soins du service des Maladies Infectieuses de l'HJRB et au CHRD Itaosy de Septembre 2008 à Septembre 2013 selon leur secteur d'emploi

| Secteur d'emploi | Effectif des PVVIH maintenues dans le circuit (n=49) | Pourcentage (%) |
|---|---|---|
| Etudiants | 2 | 4,1 |
| Sans emploi | 8 | 16,3 |
| secteur formel | 20 | 40,8 |
| secteur informel | 19 | 38,8 |

**Tableau XII :** Répartition des PVVIH maintenues dans le circuit de soins du service des Maladies Infectieuses de l'HJRB et au CHRD Itaosy de Septembre 2008 à Septembre 2013 selon la distance entre le lieu de résidence et l'hôpital de référence

| **Distance** | **Effectif des PVVIH maintenues dans le circuit (n = 49)** | **Pourcentage (%)** |
|---|---|---|
| <5km | 17 | 34,7 |
| >5km | 32 | 65,3 |

**Tableau XIII :** Répartition des PVVIH maintenues dans le circuit de soins du service des Maladies Infectieuses de l'HJRB et du CHRD Itaosy de septembre 2008 à septembre 2013 selon l'orientation sexuelle des hommes

| **Orientation sexuelle** | **Effectif des PVVIH maintenues dans le circuit (n=49)** | **Pourcentage (%)** |
|---|---|---|
| bisexuelle | 3 | 10,7 |
| hétérosexuelle | 22 | 78,6 |
| homosexuelle | 3 | 10,7 |

**Tableau XIV :** Répartition des PVVIH maintenues au sein du service des Maladies Infectieuses de l'HJRB et au CHRD Itaosy de Septembre 2008 à Septembre 2013 selon les facteurs de risque de transmission de l'infection au VIH

| **Facteurs de risque** | **Effectif des PVVIH maintenues dans le circuit de soins (n=49)** | **Pourcentage (%)** |
|---|---|---|
| Hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes | 9 | 18,4 |
| Travailleurs sexuels | 7 | 14,3 |
| Utilisateurs de drogues injectables | 2 | 4,1 |
| multi partenariat sexuel | 25 | 51 |
| Autres (PTME,AES,transfusion sanguine…) | 6 | 12,2 |

**Tableau XV :** Répartition des PVVIH maintenues dans le circuit de soins du service des Maladies Infectieuses de l'HJRB et du CHRD Itaosy de septembre 2008 à septembre 2013 selon les circonstances de découverte de la maladie

| **Circonstances de découverte** | **Effectif des PVVIH maintenues dans le circuit de soins (n=49)** | **Pourcentage (%)** |
|---|---|---|
| Prévention de la transmission de la mère à l'enfant de l'infection au VIH | 6 | 12,2 |
| Counseling-dépistage à l'initiative du soignant | 20 | 40,8 |
| Dépistage circonstanciel | 11 | 22,4 |
| Dépistage volontaire | 12 | 24,5 |

**Tableau XVI :** Répartition des PVVIH maintenues dans le circuit de soins du service des Maladies Infectieuses de l'HJRB et du CHRD Itaosy de septembre 2008 à septembre 2013 selon l'indice de masse corporelle

| Indice de masse corporelle | Effectif des PVVIH en maintenues dans le circuit de soins (n=49) | Pourcentage (%) |
|---|---|---|
| <18,5 | 13 | 26,5 |
| > ou = 18,5 | 36 | 73,5 |

**Tableau XVII :** Répartition des nouveaux-cas de PVVIH du service des Maladies Infectieuses de l'HJRB et du CHRD Itaosy de septembre 2008 à septembre 2013 d'après la classification de leur maladie selon les stades cliniques de l'OMS

| **Variables** | **PVVIH maintenues dans le circuit de soins (n=49)** | | **PVVIH perdues de vue (n=83)** | |
|---|---|---|---|---|
| | **Nombre** | **Pourcentage (%)** | **Nombre** | **Pourcentage (%)** |
| infection symptomatique (stades II-III-IV) | 17 | 34,7 | 52 | 62,7 |
| infection asymptomatique (stade I) | 32 | 65,3 | 31 | 37,3 |

**Tableau XVIII :** Répartition des nouveaux-cas de PVVIH du service des Maladies Infectieuses de l'HJRB et du CHRD Itaosy de septembre 2008 à septembre 2013 selon l'existence de maladies opportunistes

| Variables | PVVIH maintenues dans le circuit de soins | | PVVIH perdues de vue | |
|---|---|---|---|---|
| | Effectif (n=49) | Pourcentage | Effectif (n=83) | Pourcentage |
| Présence de maladies opportunistes | 11 | 22,4 | 48 | 57,8 |
| Absence de maladies opportunistes | 38 | 77,6 | 35 | 42,2 |

**Tableau XIX :** Répartition des nouveaux-cas de PVVIH du service des Maladies Infectieuses de l'HJRB et du CHRD Itaosy de septembre 2008 à septembre 2013 selon la connaissance par leur entourage de leur statut sérologique

| Connaissance de la séropositivité au VIH par l'entourage | PVVIH maintenues dans le circuit de soins | | PVVIH perdues de vue | |
|---|---|---|---|---|
| | Effectif (n=49) | Pourcentage | Effectif (n=83) | Pourcentage |
| Oui | 26 | 53,1 | 27 | 32,5 |
| Non | 23 | 46,9 | 56 | 67,5 |

**Tableau XX:** Répartition des nouveaux-cas de PVVIH du service des Maladies Infectieuses de l'HJRB et du CHRD Itaosy de septembre 2008 à septembre 2013 selon leur taux de CD4 au moment de la découverte de la maladie

| **Taux de CD4** | **PVVIH maintenues dans le circuit de soins** | | **PVVIH perdues de vue** | |
|---|---|---|---|---|
| | **Effectif (n=49)** | **Pourcentage** | **Effectif (n=83)** | **Pourcentage** |
| <350/mm3 | 23 | 46,9 | 47 | 56,6 |
| >350/mm3 | 26 | 53,1 | 36 | 43,4 |

**Tableau XXI :** Répartition des nouveaux-cas de PVVIH du service des Maladies Infectieuses de l'HJRB et du CHRD Itaosy de septembre 2008 à septembre 2013 selon l'initiation du traitement ARV dans le 1er mois qui suit la 1ère consultation

| | **PVVIH maintenues dans le circuit de soins** | | **PVVIH perdues de vue** | |
|---|---|---|---|---|
| | **Effectif (n=49)** | **Pourcentage** | **Effectif (n=83)** | **Pourcentage** |
| sous ARV | 24 | 49 | 40 | 48,2 |
| sans ARV | 25 | 51 | 43 | 51,8 |

**Tableau XXII :** Répartition des nouveaux-cas de PVVIH sous ARV du service des Maladies Infectieuses de l'HJRB et du CHRD Itaosy de septembre 2008 à septembre 2013 selon l'année au cours de laquelle le traitement ARV est instauré

| Année de traitement | PVVIH sous ARV maintenues dans le circuit de soins (n=49) | PVVIH perdues de vue sous ARV (n=83) | Nombre total des PVVIH sous ARV par année |
|---|---|---|---|
| 2008 | 2 (33,3%) | 4 (66,7%) | 6 |
| 2009 | 3 (27,3%) | 8 (72,7%) | 11 |
| 2010 | 0 | 7 (100%) | 7 |
| 2011 | 0 | 7 (100%) | 7 |
| 2012 | 4 (44,4%) | 5 (55,6%) | 9 |
| 2013 | 15 (62,5%) | 9 (37,5%) | 24 |
| Total | 24 | 40 | |

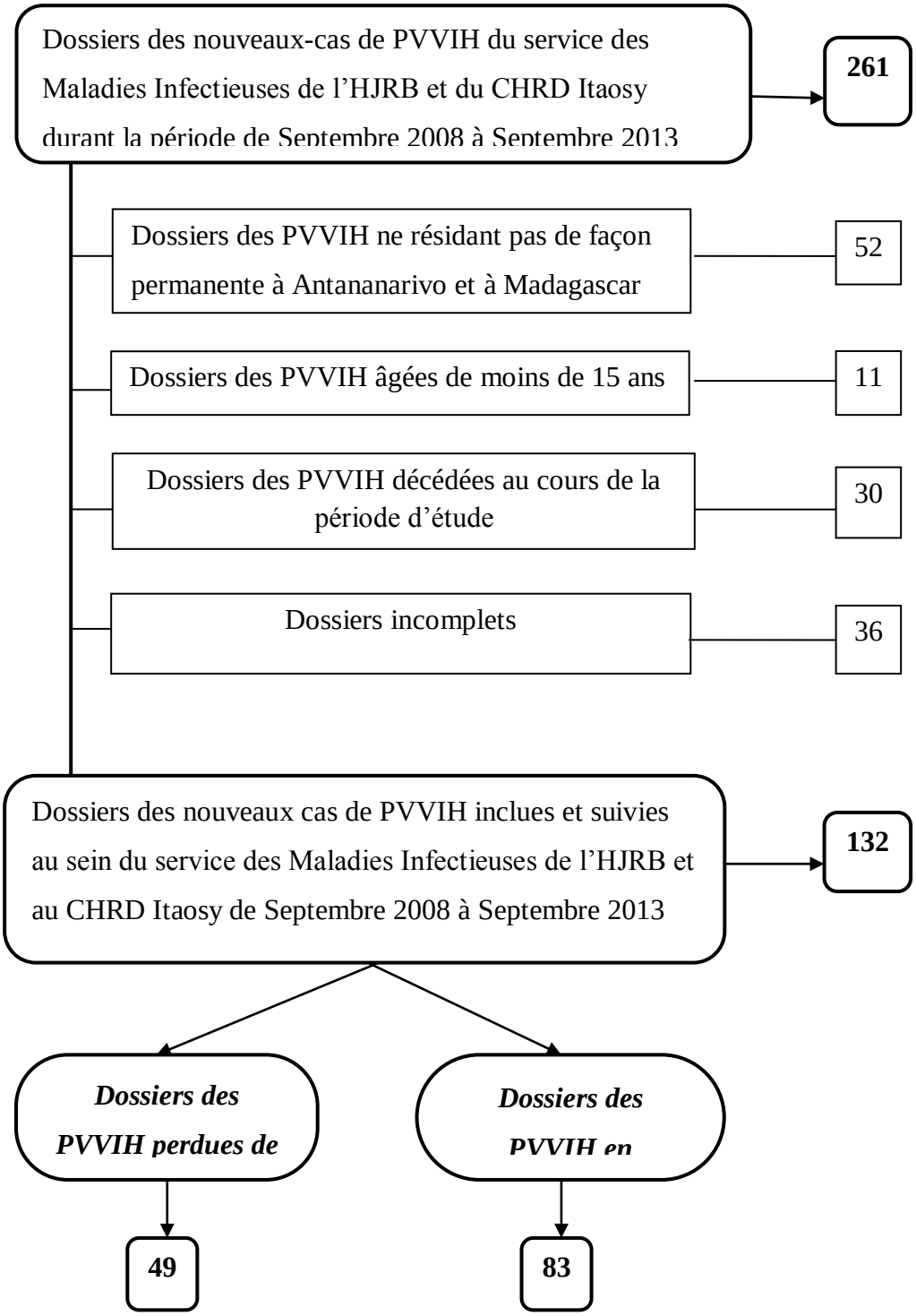
**Tableau XXIII :** Répartition des PVVIH maintenues dans le circuit de soins du service des Maladies Infectieuses de l'HJRB et du CHRD Itaosy de septembre 2008 à septembre 2013 selon la présence de prise en charge psychosociale

| **Suivi psychosocial** | **PVVIH en rétention** | |
|---|---|---|
| | **Effectif (n=49)** | **Pourcentage** |
| Oui | 38 | 77,6 |
| Non | 11 | 22,4 |

**Tableau XXIV :** Répartition des PVVIH maintenues dans le circuit de soins du service des Maladies Infectieuses de l'HJRB et du CHRD Itaosy de septembre 2008 à septembre 2013 selon la durée de la prise en charge

| **Temps écoulé entre la 1ère consultation et la dernière consultation** | **PVVIH en rétention** | |
|---|---|---|
| | **Effectif (n = 49)** | **Pourcentage** |
| 6 à 12 mois | 25 | 51 |
| 12 à 24 mois | 12 | 24,5 |
| 24 - 48 mois | 7 | 14,3 |
| > 2 ans | 5 | 10,2 |

**Annexe 3 :** Résultat général de la répartition des dossiers des nouveaux-cas de PVVIH du service des Maladies Infectieuses de l'HJRB et du CHRD Itaosy de Septembre 2008 à Septembre 2013



**Annexe 4 : Demandes d'autorisation d'accès aux dossiers des PVVIH du service des Maladies Infectieuses de l'HJRB et du CHRD Itaosy**

Mme RABEMANANJARA Hary Lalaina R. Antananarivo, le 19 janvier 2014
Thésard à la Faculté de Médecine d'Ankatso
Matricule N°13730

A Monsieur le Directeur du Centre HJRB, Chef de service des MALADIES INFECTIEUSES

Objet : Demande d'autorisation d'accès aux dossiers des PVVIH du service des MALADIES INFECTIEUSES

Préparant actuellement ma thèse concernant les facteurs de rétention dans la prise en charge des PVVIH de 2008 à 2013, j'ai l'honneur de vous demander de bien vouloir m'autoriser à accéder aux dossiers des PVVIH de votre service.

Par ailleurs, je m'engage à respecter toutes les règles d'éthique concernant la confidentialité et le secret médical.

Dans l'attente d'une suite favorable à ma demande, je vous prie d'agréer, Monsieur le Directeur, l'expression de mes sentiments les plus respectueux.

Signé par le Dr RAKOTOARIVELO Rivonirina L'intéressée
Mme Rabemananjara Hary

**Annexe 4 (suite)**

Mme RABEMANANJARA Hary Lalaina R. Antananarivo, le 19 septembre 2014
Thésard à la Faculté de Médecine d'Ankatso
Matricule N°13730

A Madame le Chef d'Etablissement du CHRD Itaosy

Objet : Demande d'autorisation d'accès aux dossiers des PVVIH du CHRD Itaosy

Préparant actuellement ma thèse concernant les facteurs de rétention dans la prise en charge des PVVIH de 2008 à 2013, j'ai l'honneur de vous demander de bien vouloir m'autoriser à accéder aux dossiers des PVVIH de votre établissement.

Par ailleurs, je m'engage à respecter toutes les règles d'éthique concernant la confidentialité et le secret médical.

Dans l'attente d'une suite favorable à ma demande, je vous prie d'agréer, Madame le Chef d'établissement, l'expression de mes sentiments les plus respectueux.

Signé par le Dr RANDRIANARIVONY Sylvia L'intéressée
Mme Rabemananjara Hary

**Annexe 5 : Classification des stades cliniques de l'infection au VIH selon l'OMS**

**Stade clinique 1 :**

1. Patient asymptomatique
2. Adénopathies persistantes généralisées

Degré d'activité 1 : Patient asymptomatique, activité normale

**Stade clinique 2 :**

3. Perte de poids inférieure à 10% du poids corporel
4. Manifestations cutanéo-muqueuses mineures (dermatite séborrhéïque, prurigo, atteinte fongique des ongles, ulcérations buccales, chéilite angulaire)
5. Zona au cours des cinq dernières années
6. Infections récidivantes des voies aériennes supérieures

Et/ou degré d'activité 2 : patient symptomatique, activité normale

**Stade clinique 3 :**

7. Perte de poids supérieure à 10% du poids corporel
8. Diarrhée chronique inexpliquée pendant plus d'un mois
9. Fièvre prolongée inexpliquée (intermittente ou constante) pendant plus d'un mois
10. Candidose buccale (muguet)
11. Leucoplasie chevelue de la région buccale
12. Tuberculose pulmonaire dans l'année précédente
13. Infections bactériennes sévères (pneupathie, pyomyosite)

Et/ou degré d'activité 3/ patient alité moins de la journée pendant le dernier mois

**Stade clinique 4 :**

14. Syndrome cachectique du VIH
15. Pneumopathies à *Pneumocystis jiroveci*
16. Toxoplasmose cérébrale
17. Cryptosporidie accompagnée de diarrhée pendant plus d'un mois
18. Cryptococcose extra pulmonaire
19. Cytomégalovirose (CMV) touchant un autre organe que le foie, la rate, ou les ganglions
20. Herpes cutanéo-muqueux pendant plus d'un mois ou viscéral qu'elle qu'en soit la durée
21. Leuco encéphalopathie multifocale progressive

22. Toute mycose endémique généralisée (histoplasmose, coccidiomycose)
23. Candidose de l'œsophage, de la trachée, des bronches, ou des poumons
24. Mycobactéries atypiques, généralisées
25. Septicémie à salmonelles non typhiques
26. Tuberculose extra-pulmonaire
27. Lymphome
28. Sarcome de kaposi
29. Encéphalopathie à VIH selon la définition des CDC

Et/ou degré d'activité 4 : patient alité plus de la moitié de la journée pendant le dernier mois

**Source :** MSANP/PNLS. Rapport final des recherches opérationnelles. Mars 2012. p.71. [11]

**Annexe 5 (suite) : Classification 1993 du CDC d'Atlanta**

1. **Classification retenue**

| **Nombre de CD4** | **A : asymptomatique ou primo-infection ou polyadénopathies** | **B : symptomatique, critères A ou C** | **C : SIDA** |
|---|---|---|---|
| **>500/mm³** | A1 | B1 | C1 |
| **200-499** | A2 | B2 | C2 |
| **<200/mm³** | A3 | B3 | C3 |

2. **Nombres de lymphocytes CD4**

   Le résultat le plus bas, qui n'est pas nécessairement le dernier, doit être retenu pour classer un sujet.

3. **Catégorie clinique**

   **Catégories A**

   Un ou plusieurs critères listés ci-dessous chez un adulte ou un adolescent infecté par le VIH, s'il n'existe aucun critère de la catégorie B ou C :

   - Infection au VIH asymptomatique
   - Lymphadénopathie persistante généralisée
   - Primo infection VIH symptomatique

   **Catégorie B**

   Manifestations cliniques chez un adulte ou un adolescent infecté par le VIH, ne faisant pas partie de la catégorie C et qui répondent au moins à l'une des conditions suivantes :

- Angiomatose bacillaire
- Candidose pharyngée
- Candidose vaginale, persistante, fréquente ou qui répond mal au traitement
- Dysplasie du col (modérée ou grave), carcinome in situ
- Syndrome constitutionnel : fièvre (38°5 C) ou diarrhée supérieure à 1 mois

- Leucoplasie chevelue de la langue
- Zona récurrent ou envahissant plus d'un dermatome
- Purpura thrombocytopénique idiopathique
- Listériose
- Neuropathie périphérique

Catégorie C

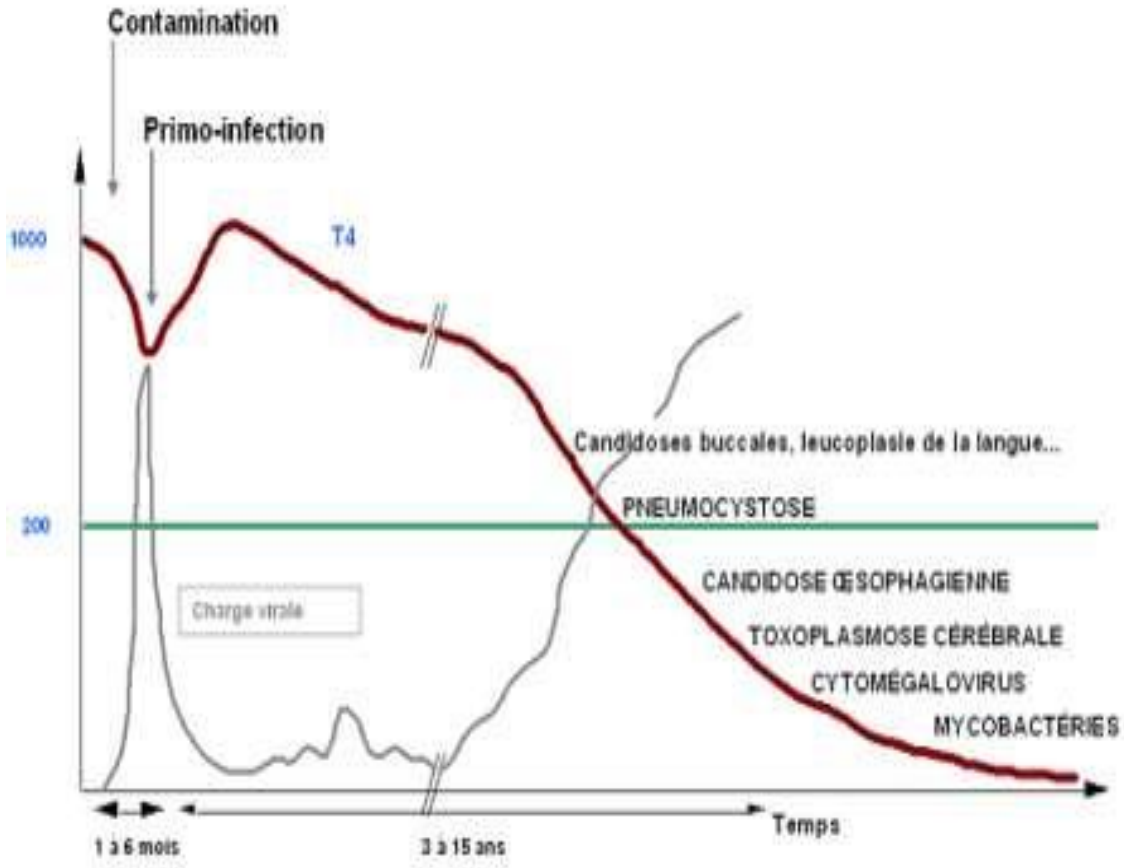
Cette catégorie correspond à la définition de sida chez l'adulte. Lorsqu'un sujet a présenté une des pathologies de cette liste, il est classé définitivement dans la catégorie C :

- Candidose bronchique, trachéale ou extrapulmonaire
- Candidose de l'œsophage
- Cancer invasif du col
- Coccidioidomycose disséminée ou extrapulmonaire
- Cryptococcose extrapulmonaire
- Cryptosporidiose intestinale évoluant depuis plus d'un mois
- Infection à CMV (autre que foie, rate, ganglions)
- Rétinite à CMV
- Encéphalopathie due au VIH
- Infection herpétique, ulcères chroniques supérieures à 1 mois ; ou bronchique, pulmonaire ou œsophagienne
- Histoplasmose disséminée ou extrapulmonaire
- Isosporidiose intestinale chronique (supérieure à un mois)
- Sarcome de Kaposi
- Lymphome de Burkitt
- Lymphome immunoblastique
- Lymphome cérébrale primaire
- Infection à Mycobacterium tuberculosis, quelle que soit la localisation (pulmonaire ou extrapulmonaire)
- Infection à mycobactérie identifiée ou non, disséminée ou extrapulmonaire
- Pneumonie à pneumocystis carinii
- Pneumopathie bactérienne récurrente

- Leuco-encéphalite multifocale progressive
- Septicémie à salmonelle non typhi récurrente
- Syndrome cachectique dû au VIH
- Toxoplasmose cérébrale

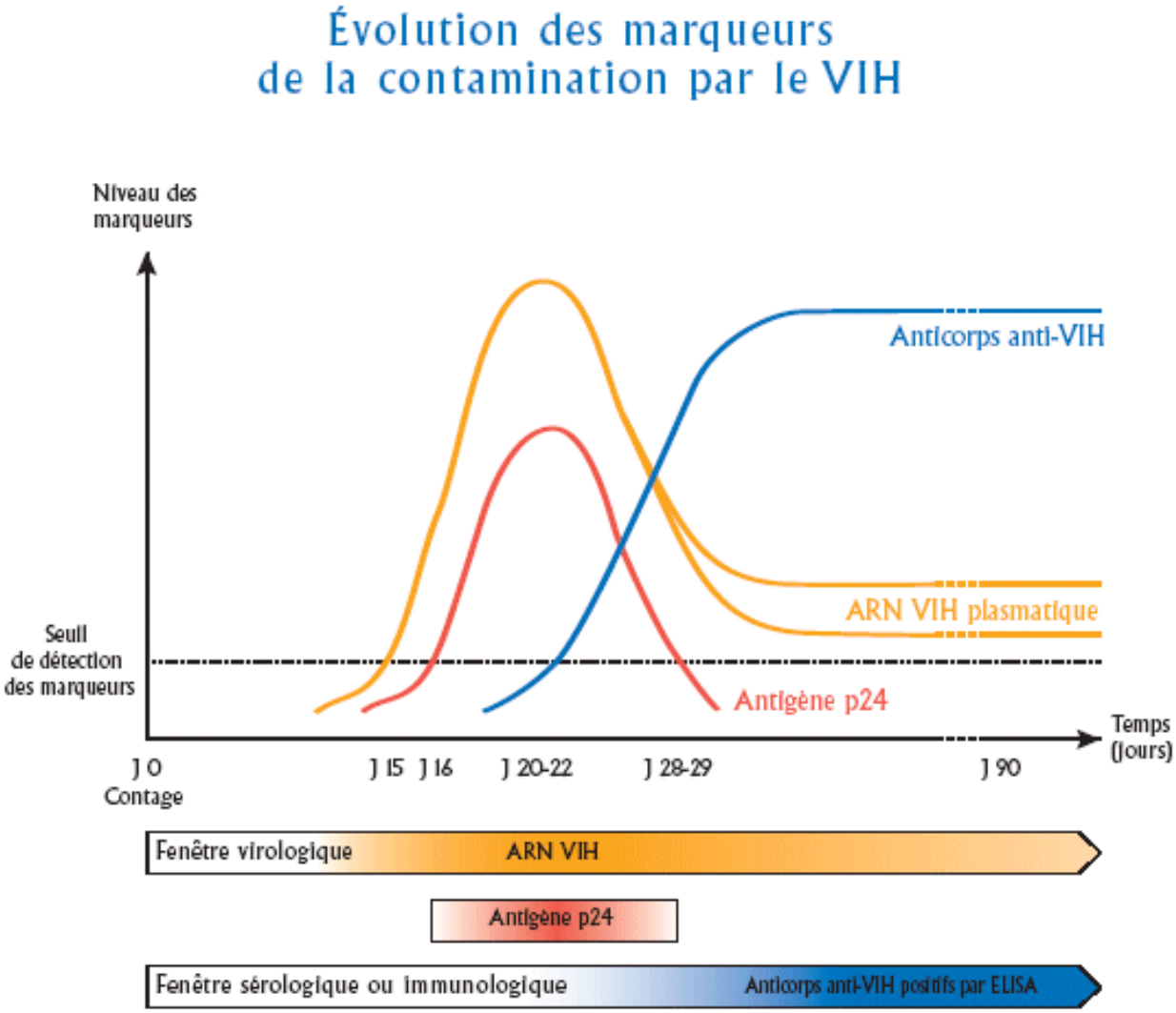
**Source :** www.revihop06.org/clinique/classif_VIH.php (accès le 22 janvier 2014)

**Annexe 6 :** Survenue des infections opportunistes en fonction du taux de CD4




**Source :** http://www.vihservices.fr/sites/default/files/images/schemas-traitement.jpg (accès le 14 juillet 2014)

**Annexe 7 : Evolution des marqueurs de la contamination par le VIH**




**Source :** http://www.revihop06.org/b25/depistvih.php (accès le 14 juillet 2014)

Rapport-gratuit.com
LE NUMERO 1 MONDIAL DU MÉMOIRES