

**CHEUKAK NGANGOM Jocelyne**

**ASPECTS EPIDEMIO-CLINIQUES DES PVVIH PERDUES DE VUE  
RETROUVEES A L'HUJRB, ANTANANARIVO**

**Thèse pour l'obtention du Diplôme d'Etat de Docteur en Médecine**



**UNIVERSITE D'ANTANANARIVO**

**FACULTE DE MEDECINE**

Année : 2015

N° :8646

**ASPECTS EPIDEMIO-CLINIQUES DES PVVIH PERDUES DE VUE**

**RETROUVEES A L'HUJRB, ANTANANARIVO**

THESE

Présentée et soutenue publiquement le 13 Février 2015

à Antananarivo

Par

Mademoiselle CHEUKAK NGANGOM Jocelyne

Née le 10 Août 1988 à Akonolinga (Cameroun)

Pour obtenir le grade de

**DOCTEUR EN MEDECINE (Diplôme d'Etat)**

Directeur de thèse : Professeur VOLOLONTIANA Hanta Marie Danielle

**MEMBRES DU JURY**

Président : Professeur RANDRIA Mamy Jean de Dieu

Juges : Professeur ANDRIANASOLO Radonirina Lazasoa

: Professeur RAZANAKOLONA Lala Rasoamialy Soa

Rapporteur : Docteur RAKOTOARIVELO Rivo Andry



MINISTRE DE L'ENSEIGNEMENT SUPERIEUR  
ET DE LA RECHERCHE SCIENTIFIQUE

UNIVERSITE D'ANTANANARIVO

FACULTE DE MEDECINE

Fax : 22 277 04 - 05 : BP. 375 Antananarivo  
E-mail : facultedemedecine\_antananarivo@yahoo.fr

## I. CONSEIL DE DIRECTION

### A. DOYEN

Pr. ANDRIAMANARIVO Mamy Lalatiana

### B. VICE-DOYENS

#### ◆ *Médecine Humaine*

- Troisième Cycle Long (Internat Qualifiant, Clinicat, Agrégation et Formations Professionnalisantes)

Pr. RANDRIAMAROTIA Harilalaina Willy Franck

Pr. RANTOMALALA Harinirina Yoël Honora

- Sclolarité

- 1<sup>er</sup> et 2<sup>ème</sup> cycles et communication

Pr. RAHARIVELO Adeline

Pr. VOLOLONTIANA Hanta Marie Danielle

- 3<sup>ème</sup> cycle court (stage interné, examens de clinique et thèses)

Pr. ROBINSON Annick Lalaina

Pr. SOLOFOMALALA Gaëtan Duval

- Téléenseignement, LMD et projets

Pr. RAVELOSON Nasolotsiry Enintsoa

- Recherche

#### ◆ *Pharmacie*

Pr. SAMISON Luc Hervé

#### ◆ *Médecine Vétérinaire*

Pr. RATSIMBAZAFIMAHEFA RAHANTALALAO  
Henriette

### C. SECRETAIRE PRINCIPAL

- Administration Générale et Finances

M. RANDRIANJAFIARIMANANA Charles Bruno

## II. CONSEIL D'ETABLISSEMENT

### PRESIDENT

Pr. RATSIMBAZAFIMAHEFA RAHANTALALAO  
Henriette

## III. CHEFS DE DEPARTEMENT

Biologie

Pr. RAKOTO ALSON Aimée Olivat

Chirurgie

Pr. RANTOMALALA Harinirina Yoël Honora

Médecine

Pr. RABEARIVONY Nirina

Mère et Enfant

Pr. ANDRIANAMPANALINARIVO HERY Rakotovoao

Pharmacie

Dr. RAOELISON Guy Emmanuel

Santé Publique

Pr. RAKOTOMANGA Jean de Dieu Marie

Sciences Fondamentales et Mixtes

Pr. AHMAD Ahmad

Tête et cou

Pr. RAZAFINDRABE John Alberto Bam

Vétérinaire

Pr. RAFATRO Herintsoa

#### IV. CONSEIL SCIENTIFIQUE

**PRESIDENT**

Pr. ANDRIAMANARIVO Mamy Lalatiana

#### V. COLLEGE DES ENSEIGNANTS

**A- PRESIDENT**

Pr. RAJAONARISON Bertille Hortense

**B- ENSEIGNANTS PERMANENTS**

#### **B-1- PROFESSEURS TITULAIRES D'ENSEIGNEMENT SUPERIEUR ET DE RECHERCHE**

##### **DEPARTEMENT BIOLOGIE**

- Immunologie

Pr. RASAMINDRAKOTROKA Andry

##### **DEPARTEMENT MEDECINE ET SPECIALITES MEDICALES**

- Dermatologie Vénérologie

Pr. RAPELANORO RABENJA Fahafahantsoa

- Endocrinologie et métabolisme

Pr. RAMAHANDRIDONA Georges

- Néphrologie

Pr. RAJAONARIVELO Paul

Pr. RABENANTOANDRO Rakotomanantsoa

- Neurologie

Pr. TEHINDRAZANARIVELO Djacoba Alain

##### **DEPARTEMENT MERE ET ENFANT**

- Pédiatrie

Pr. RAVELOMANANA RAZAFIARIVAO Noëline

Pr. RAOBIJAONA Solofoniaina Honoré

##### **DEPARTEMENT SANTE PUBLIQUE**

- Administration et Gestion Sanitaire

Pr. RATSIMBAZAFIMAHEFA RAHANTALALAO  
Henriette

- Education pour la Santé

Pr. ANDRIAMANALINA Nirina Razafindrakoto

- Santé Communautaire

Pr. RANDRIANARIMANANA Dieudonné

- Santé Familiale

Pr. RANJALAHY RASOLOFOMANANA Justin

- Statistiques et Epidémiologie

Pr. RAKOTOMANGA Jean de Dieu Marie

##### **DEPARTEMENT SCIENCES FONDAMENTALES ET MIXTES**

- Anatomie Pathologique

Pr. RANDRIANJAFISAMINDRAKOTROKA  
Nantenaina Soa

- Radiodiagnostic et Imagerie Médicale

Pr. AHMAD Ahmad

##### **DEPARTEMENT TETE ET COU**

- Ophtalmologie

Pr. ANDRIANTSOA RASOAVELONORO Violette

Pr. BERNARDIN Prisca

### **B-3- MAITRES DE CONFERENCES**

#### **DEPARTEMENT BIOLOGIE**

- Immunologie

Dr. RAJAONATAHINA Davidra Hendrison

#### **DEPARTEMENT MEDECINE ET SPECIALITES MEDICALES**

- Endocrinologie et Métabolisme

Dr. RAKOTOMALALA Andrinirina Dave Patrick

- Neurologie

Dr. ZODALY Noël

- Pneumo-phtisiologie

Dr. RAKOTOMIZAO Joocelyn Robert

Dr. RAKOTOSON Joëlson Lovaniaina

#### **DEPARTEMENT MERE ET ENFANT**

- Gynécologie Obstétrique

Dr. RASOLONJATOVO Jean de la Croix

#### **DEPARTEMENT CHIRURGIE**

- Chirurgie Thoracique

Dr. RAKOTOARISOA Andriamihaja Jean Claude

#### **DEPARTEMENT SANTE PUBLIQUE**

- Santé Publique

Dr. RANDRIAMANJAKA Jean Rémi

Dr. RATSIMBASOA Claude Arsène

Dr. RAKOTONIRINA El-C Julio

#### **DEPARTEMENT VETERINAIRE**

- Sciences Ecologiques, Vétérinaires

Agronomiques et Bioingenieries

Dr. RAHARISON Fidiniaina Sahondra

- Evolution - Ecologie - Paléontologie -

Dr. RASAMOELINA Andriamanivo

Ressources Génétiques -

Harentsoaniaina

#### **DEPARTEMENT PHARMACIE**

- Pharmacologie Générale

Dr. RAMANITRAHASIMBOLA David

- Pharmacognosie

Dr. RAOELISON Emmanuel Guy

- Biochimie Toxicologie

Dr. RAJEMIARIMOELISOA Clara Fredeline

- Chimie Organique et Analytique

Dr. RAKOTONDAMANANA

Andriamahavola Dina Louisino

#### **DEPARTEMENT SCIENCES FONDAMENTALES ET MIXTES**

- Biophysique

Dr. RASATA Ravelo Andriamparany

### **B-4- ASSISTANTS**

#### **DEPARTEMENT VETERINAIRE**

- Virologie

Dr. KOKO

- Technologie

Mme. RAHARIMALALA Edwige Marie Julie

#### **DEPARTEMENT PHARMACIE**

- Procédés de Production, Contrôle et

Qualité des Produits de Santé

Dr. RAVELOJAONA RATSIMBAZAFIMAHEFA

Hanitra Myriam

## **B-2- PROFESSEURS D'ENSEIGNEMENT SUPERIEUR ET DE RECHERCHE**

### **DEPARTEMENT BIOLOGIE**

- Hématologie Biologique
- Parasitologie

Pr. RAKOTO ALSON Aimée Olivat  
Pr. RAZANAKOLONA Lala Rasoamialy Soa

### **DEPARTEMENT CHIRURGIE**

- Chirurgie Cardio-vasculaire
- Chirurgie Générale
- Chirurgie Pédiatrique
  
- Chirurgie Thoracique
- Chirurgie Viscérale
  
- Orthopédie Traumatologie
  
- Urologie Andrologie

Pr. RAVALISOA Marie Lydia Agnès  
Pr. RAKOTO-RATSIMBA Hery Nirina  
Pr. ANDRIAMANARIVO Mamy Lalatiana  
Pr. HUNALD Francis Allen  
Pr. RAKOTOVAO Hanitrana Jean Louis  
Pr. SAMISON Luc Hervé  
Pr. RAKOTOARIJAONA Armand Herinirina  
Pr. RAZAFIMAHANDRY Henri Jean Claude  
Pr. SOLOFOMALALA Gaëtan Duval  
Pr. RANTOMALALA Harinirina Yoël Honora  
Pr. RAKOTOTIANA Auberlin Felantsoa

### **DEPARTEMENT MEDECINE ET SPECIALITES MEDICALES**

- Cardiologie
  
- Dermatologie Vénérologie
- Hépatogastro-Entérologie
- Maladies Infectieuses
  
- Médecine Interne
- Néphrologie
  
- Psychiatrie
  
- Radiothérapie - Oncologie Médicale
- Réanimation Médicale

Pr. RABEARIVONY Nirina  
Pr. RAKOTOARIMANANA Solofonirina  
Pr. RAMAROZATOVO Lala Soavina  
Pr. RAMANAMPAMONJY Rado Manitrana  
Pr. RANDRIA Mamy Jean de Dieu  
Pr. ANDRIANASOLO Radonirina Lazasoa  
Pr. VOLOLONTIANA Hanta Marie Danielle  
Pr. RANDRIAMAROTIA Harilalaina Willy Franck  
Pr. RANDRIAMANANTSOA Lova Narindra  
Pr. RAHARIVELO Adeline  
Pr. RAJAONARISON Bertille Hortense  
Pr. RAFARAMINO RAZAKANDRAINA Florine  
Pr. RAVELOSON Nasolotsiry Enintsoa

### **DEPARTEMENT MERE ET ENFANT**

- Gynécologie Obstétrique
  
- Pédiatrie

Pr. ANDRIANAMPANALINARIVO HERY Rakotovao  
Pr. RANDRIAMBELOMANANA Joseph Anderson  
Pr. ROBINSON Annick Lalaina

### **DEPARTEMENT SCIENCES FONDAMENTALES ET MIXTES**

- Physiologie

Pr. RAKOTOAMBININA Andriamahery  
Benjamin

### **DEPARTEMENT TETE ET COU**

- Neurochirurgie
  
- Stomatologie et Chirurgie Maxillo-Faciale

Pr. ANDRIAMAMONJY Clément  
Pr. RABARIJAONA Mamiarisoa  
Pr. RAZAFINDRABE John Alberto Bam

### **DEPARTEMENT VETERINAIRE**

- Pharmacologie

Pr. RAFATRO Herintsoa

## C- ENSEIGNANTS NON PERMANENTS

### C-1- PROFESSEURS EMERITES

Pr. ANDRIANANDRASANA Arthur  
Pr. ANDRIANARISOA Ange Christophe Félix  
Pr. AUBRY Pierre  
Pr. FIDISON Augustin  
Pr. RABARIOELINA Lala  
Pr. RABENANTOANDRO Casimir  
Pr. RABETALIANA Désiré  
Pr. RADESA François de Sales  
Pr. RAJAONA Hyacinthe  
Pr. RAKOTOMANGA Robert

Pr. RAKOTOMANGA Samuel  
Pr. RAKOTO - RATSIMAMANGA S. U  
Pr. RAKOTOZAFY Georges  
Pr. RAMAKAVELO Maurice Philippe  
Pr. RAMONJA Jean Marie  
Pr. RANDRIAMAMPANDRY  
Pr. RANDRIANASOLO Jean Baptiste Olivier  
Pr. RANDRIARIMANGA Ratsiatery Honoré Blaise  
Pr. RATSIVALAKA Razafy  
Pr. RAZANAMPARANY Marcel  
Pr. ZAFY Albert

### C-2- CHARGE D'ENSEIGNEMENT

#### DEPARTEMENT CHIRURGIE

- Chirurgie Générale

#### DEPARTEMENT TETE ET COU

- ORL et Chirurgie Cervico-Faciale

Pr. RAVELOSON Jean Roger

Pr. RAKOTO Fanomezantsoa Andriamparany

## VI. SERVICES ADMINISTRATIFS

### CHEFS DE SERVICES

AFFAIRES GENERALES

COMPTABILITE

PERSONNEL

SCOLARITE

TROISIEME CYCLE LONG

M. RANDRIANARISOA Rija Hanitra

M. RATSIMBAZAFIARISON Nivoson Espérant

Mme. RAKOTOARIVELO Liva Harinivo Vonimbola

Mme. SOLOFOAONA R. Sahondranirina

Mme. RANIRISOA Voahangy

## VII. IN MEMORIAM

Pr. RAMAHANDRIARIVELO Johnson  
Pr. RAJAONERA Frédéric  
Pr. ANDRIAMASOMANANA Veloson  
Pr. RAKOTOSON Lucette  
Pr. ANDRIANJATOVO RARISOA Jeannette  
Dr. RAMAROKOTO Razafindramboa  
Pr. RAKOTOBÉ Alfred  
Pr. ANDRIAMIANDRA Aristide  
Dr. RAKOTONANAHARY  
Pr. ANDRIANTSEHENO Raphaël  
Pr. RANDRIAMBOLOLONA Robin  
Pr. RAMANANIRINA Clarisse  
Pr. RALANTOARITSIMBA Zhouder  
Pr. RANIVOALISON Denys  
Pr. RAKOTOVAO Rivo Andriamiadana  
Pr. RAVELOJAONA Hubert  
Pr. ANDRIAMAMPIHANTONA Emmanuel  
Pr. RANDRIANONIMANDIMBY Jérôme  
Pr. RAKOTONIAINA Patrice  
Pr. RAKOTO-RATSIMAMANGA Albert  
Pr. RANDRIANARISOLO Raymond  
Dr. RABEDASY Henri  
Pr. MAHAZOASY Ernest  
Pr. RATSIFANDRIHAMANANA Bernard

Pr. RAZAFINTSALAMA Charles  
Pr. RANAIVOARISON Milson Jérôme  
Pr. RASOLONJATOVO Andriananja Pierre  
Pr. MANAMBELONA Justin  
Pr. RAZAKASOA Armand Emile  
Pr. RAMIALIHARISOA Angeline  
Pr. RAKOTOBÉ Pascal  
Pr. RANAIVOZANANY Andrianady  
Pr. RANDRIANARIVO  
Pr. RAKOTOARIMANANA Denis Roland  
Pr. ANDRIAMANANTSARA Lambosoa  
Pr. RAHAROLAHY Dhels  
Pr. ANDRIANJATOVO Jean José  
Pr. ANDRIANAIVO Paul Armand  
Pr. RANDRIAMBOLOLONA RASOAZANANY Aimée  
Pr. RATOVO Fortunat  
Pr. GIZY Ratiambahoaka Daniel  
Pr. RASOLOFONDRAIBE Aimé  
Dr. RAZAKAMANIRAKA Joseph  
Pr. ANDRIANJATOVO Joseph  
Pr. RAHARIJAONA Vincent Marie  
Pr. RAKOTOVAO Joseph Dieudonné  
Pr. KAPISY Jules Flaubert  
Pr. ANDRIAMBAO Damasy Seth

## **DEDICACES**

**A DIEU,**

Merci de m'avoir gardé en bonne santé durant toutes ces années passées loin des miens.

**A mon père, papa Joseph,**

Tu es mon guide, mon mentor et ma source d'inspiration. Ensemble, nous sauverons des vies. Pour le soutien moral et financier, merci.

**A ma mère, maman Bernadette,**

Merci pour l'éducation, les encouragements infinis et l'amour de l'apprentissage que tu nous as inculqué, de même que pour le soutien aussi bien moral que financier.

**A mes sœurs, Lidwine et Alexandra. A ma nièce Jade-Marie,**

Pour les fous rires. Je vous aime.

**A mes frères, Ralph et Médrich,**

Pour l'amour inconditionnel que vous me portez. Je vous aime.

**A tonton Go, à Maminou, à Serge, à Jojo, à Gérard et à toute ma famille,**

Vous avez toujours été là pour moi. Merci pour tout.

**A papa Nouedoui Christophe,**

Grâce à toi, j'ai pu perfectionner mon raisonnement technique. Merci beaucoup.

**A mes colocataires et mes amis d'Ambohijatovo,**

Pour l'ambiance familiale, merci.

**A mes amis et camarades de promotion et à la promotion Fanasina,**

Pour toutes ces merveilleuses années passées ensemble, merci.

**A l'association des étudiants camerounais de Madagascar.**

**A tous ceux qui de près ou de loin ont contribué à l'élaboration de ce travail.**

**A MADAGASCAR, mon pays hôte.**

## **A NOTRE MAITRE ET DIRECTEUR DE THESE**

### **Madame le Docteur VOLOLONTIANA Hanta Marie Danielle**

- Professeur d'Enseignement Supérieur et de Recherche en Médecine Interne à la Faculté de Médecine d'Antananarivo.
- Vice doyen chargé du 1<sup>er</sup> et 2<sup>ième</sup> cycle et communication à la faculté de Médecine d'Antananarivo

Nous vous sommes très reconnaissants d'avoir humblement et spontanément accepté d'être le directeur de ce travail malgré vos multiples occupations. Veuillez agréer l'expression de notre profond respect et de toute notre gratitude.

## **A NOTRE MAITRE ET PRESIDENT DE THESE**

### **Monsieur le Docteur RANDRIA Mamy Jean De Dieu**

- Professeur d'Enseignement Supérieur et de Recherche en Maladies Infectieuses à la Faculté de Médecine d'Antananarivo.
- Directeur de l'Hôpital Joseph Raseta de Befelatanana.

Cher maître, c'est un grand honneur pour nous que vous ayez accepté de présider le jury. Nous ne saurions vous montrer notre gratitude sans évoquer l'intérêt immense que vous accordez à la recherche. Vos qualités humaines irréprochables, votre simplicité, font de vous un mentor admiré et très sollicité. Veuillez trouver ici l'expression de notre admiration et reconnaissance infinies.

## **A NOS MAITRES ET HONORABLES JUGES DE THESE**

### **Monsieur le Docteur ANDRIANASOLO Radonirina Lazasoa**

- Professeur d'Enseignement Supérieur et de Recherche en Maladies Infectieuses à la Faculté de Médecine d'Antananarivo.
- Spécialiste en Médecine Interne à l'Hôpital Joseph Raseta Befelatanana d'Antananarivo.

### **Madame le Docteur RAZANAKOLONA Lala Rasoamialy Soa**

- Professeur d'Enseignement Supérieur et de Recherche en Parasitologie et Mycologie médicale à la Faculté de Médecine d'Antananarivo.
- Chef de service du Laboratoire National de Référence

Nous sommes honorés de votre présence parmi ce jury en dépit de vos occupations. Pour cela et pour la qualité de vos enseignements, nous vous remercions.

## **A NOTRE MAITRE ET RAPPORTEUR DE THESE**

### **Monsieur le Docteur RAKOTOARIVELO Rivo Andry**

- Spécialiste en Médecine Interne.
- Ancien Chef de Clinique en Maladies Infectieuses.

Vous avez accepté de co-diriger ce travail et nous vous en sommes reconnaissants. Vos qualités scientifiques et pédagogiques, votre disponibilité et votre sens de la perfection font de vous un encadreur admiré et sollicité. Vos critiques, remarques et suggestions ont été d'un grand apport dans la réussite de ce travail. Ce fût un grand plaisir de vous avoir comme rapporteur. Puisse ce travail être le gage de ma sincère reconnaissance et de mon profond respect.

**A NOTRE MAITRE ET DOYEN DE LA FACULTE DE MEDECINE  
D'ANTANANARIVO,**

**Monsieur le Professeur ANDRIAMANARIVO Mamy Lalatiana**

Nous vous sommes reconnaissants pour tout le travail que vous accomplissez pour la faculté de Médecine.

**A TOUS NOS MAITRES ET ENSEIGNANTS DE LA FACULTE DE  
MEDECINE D'ANTANANARIVO,**

Vous avez contribué à notre formation par vos enseignements. Merci !

**A TOUS LES MEDECINS ET PERSONNELS DES SERVICES DE MEDECINE  
A, CHIRURGIE ET GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE A DE L'HOPITAL  
GENERAL DE YAOUNDE,**

Recevez nos sincères remerciements pour l'intégration et l'encadrement pendant notre stage interne au Cameroun.

**A TOUT LE PERSONNEL ADMINISTRATIF ET TECHNIQUE DE LA  
FACULTÉ DE MÉDECINE D'ANTANANARIVO,**

Nos remerciements.

**A TOUS LES MEDECINS ET PERSONNELS DU SERVICE DES MALADIES  
INFECTIEUSES DE L'HUJRB,**

Pour la courtoisie, la sympathie et l'encadrement, nos sincères remerciements.

## **SOMMAIRE**

## SOMMAIRE

	<b>Pages</b>
<b>INTRODUCTION.....</b>	<b>1</b>
<b>PREMIERE PARTIE : RAPPELS</b>	
<b>I. RAPPELS SUR LE VIH.....</b>	<b>2</b>
<b>I.1. EPIDEMIOLOGIE.....</b>	<b>2</b>
I.1.1 Situation dans le monde et en Afrique .....	2
I.1.2 Situation à Madagascar .....	2
I.1.3 Modes de transmission .....	2
<b>I.2. ETIOPATHOGENIE DE L'INFECTION A VIH .....</b>	<b>2</b>
I.2.1 Agent pathogène.....	2
I.2.2 Structure du VIH .....	3
<b>I.3. PHYSIOPATHOLOGIE DE L'INFECTION A VIH .....</b>	<b>5</b>
<b>I.4. HISTOIRE NATURELLE.....</b>	<b>5</b>
<b>I.5. DIAGNOSTIC DU VIH/ sida.....</b>	<b>6</b>
I.5.1 Diagnostic clinique .....	6
I.5.2 Diagnostic biologique .....	6
I.5.2.1 Méthode indirecte.....	6
I.5.2.2 Méthode directe .....	6
I.5.3 Classification .....	6
<b>II. POLITIQUE NATIONALE DE PRISE EN CHARGE DES PVVIH A</b>	
<b>MADAGASCAR.....</b>	<b>12</b>
II.1. Algorithme de dépistage national du VIH.....	12
II.2. Médecins référents et centres de référence .....	12
II.3. Prise en charge médicale .....	14
II.3.1 PVVIH ne recevant pas d'ARV .....	14
II.3.1.1 Bilans initiaux .....	14
II.3.1.2 Bilans pré-thérapeutiques .....	14
II.3.1.3 Fréquence de suivi.....	15
II.3.2 Patient sous ARV .....	15
II.3.2.1 Buts du traitement .....	15

II.3.2.2 Moyens .....	15
II.3.2.3 Indications.....	16
II.3.2.4 Suivi sous traitement ARV .....	16
II.3.3 Traitement des infections opportunistes .....	17
II.3.4 Les limites de la prise en charge médicale à Madagascar.....	17
II.4 Prise en charge psychosociale .....	17
II.4.1 But.....	17
II.4.2 Acteurs de la prise en charge psychosociale .....	17
II.4.3 Les composantes .....	17
III. PROBLEMES DES PVVIH PERDUES DE VUE.....	18
III.1 Définition de la perte de vue.....	18
III.2 Importance du problème.....	18
III.3 Facteurs de risque.....	19
III.4 Conséquences de la perte de vue.....	19
III.4.1 Conséquences pour la PVVIH perdue de vue.....	19
III.4.2 Conséquences pour la société.....	19
<b>DEUXIEME PARTIE : METHODES ET RESULTATS</b>	
I. METHODES.....	21
I.1. Cadre de l'étude .....	21
I.2. Type d'étude .....	21
I.3. Période d'étude.....	21
I.4. Population d'étude .....	21
I.4.1 Critères d'inclusion .....	21
I.4.2 Critères d'exclusion.....	21
I.5. Variables étudiées.....	21
I.6. Collecte des données .....	22
I.6.1 Outils de collecte des données.....	22
I.6.2 Technique de collecte des données.....	22
I.7. Mode d'analyse des données.....	22
I.8. Les limites de l'étude.....	22
I.9. Ethique.....	23
II. RESULTATS .....	24

II.1. RESULTATS GENERAUX.....	24
II.1.1 CARACTERISTIQUES DES PVVIH PERDUES DE VUE EN GENERAL.....	26
II.1.1.1 Caractéristiques sociodémographiques des PVVIH perdues de vue.....	26
II.1.1.1.1 Répartition des PVVIH perdues de vue selon le genre.....	26
II.1.1.1.2 Répartition des PVVIH perdues de vue selon l'âge .....	27
II.1.1.1.3 Répartition des PVVIH perdues de vue selon la profession.....	28
II.1.1.1.4 Répartition des PVVIH perdues de vue selon le statut matrimonial .....	29
II.1.1.1.5 Répartition des PVVIH perdues de vue selon le mode de contamination .....	30
II.1.1.2 Caractéristiques cliniques et biologiques des PVVIH perdues de vue au début de la prise en charge .....	31
II.1.1.2.1 Répartition des PVVIH perdues de vue selon le taux de CD4 au début de la prise en charge .....	31
II.1.1.2.2 Répartition des PVVIH perdues de vue selon le motif de consultation au début de la prise en charge.....	32
II.1.1.2.3 Répartition des PVVIH perdues de vue en fonction des maladies opportunistes au début de la prise en charge.....	33
II.1.1.2.4 Répartition des PVVIH perdues de vue selon les stades de l'OMS au début de la prise en charge.....	34
II.1.1.3 Caractéristiques cliniques et biologiques des PVVIH perdues de vue lors de la perte de vue.....	35
II.1.1.3.1 Répartition des PVVIH perdues de vue selon le taux de CD4 lors de la perte de vue .....	35
II.1.1.3.2 Répartition des PVVIH perdues de vue selon le motif de consultation lors de la perte de vue .....	36
II.1.1.3.3 Répartition des PVVIH perdues de vue selon la fréquence des maladies opportunistes lors de la perte de vue.....	37
II.1.1.3.4 Répartition des PVVIH perdues de vue selon les stades de l'OMS lors de la perte de vue.....	38

II.1.1.4 Répartition des PVVIH perdues de vue selon le traitement initié ou non au début de la prise en charge.....	39
II.1.1.5 Durée de suivi des PVVIH avant la perte de vue.....	39
II.1.2 CARACTERISTIQUES SOCIODEMOGRAPHIQUES ET CLINIQUES DES PVVIH PERDUES DE VUE RETROUVEES .....	40
II.1.2.1 Répartition des PVVIH perdues de vue retrouvées selon le genre .....	40
II.1.2.2 Répartition des PVVIH perdues de vue retrouvées selon l'âge.....	41
II.1.2.3 Répartition des PVVIH perdues de vue retrouvées selon la profession.....	42
II.1.2.4 Répartition des PVVIH perdues de vue retrouvées selon le statut matrimonial .....	43
II.1.2.5 Répartition des PVVIH perdues de vue retrouvées selon le mode de contamination.....	44
II.1.2.6 Répartition des PVVIH perdues de vue retrouvées selon le taux de CD4.....	45
II.1.2.7 Répartition des PVVIH perdues de vue retrouvées selon le motif de consultation.....	46
II.1.2.8 Répartition des PVVIH perdues de vue retrouvées selon les maladies opportunistes.....	47
II.1.2.9 Répartition des PVVIH perdues de vue retrouvées selon les stades de l'OMS.....	48
II.1.3 RAISONS PRESUMEES DE LA PERTE DE VUE ET RAISONS DE RETOUR AU SUIVI.....	48
II.1.4 DUREE DE LA PERTE DE VUE.....	49
II.2. COMPARAISON ENTRE LES PVVIH PERDUES DE VUE NON RETROUVEES ET LES PVVIH PERDUES DE VUE RETROUVEES .....	50
II.2.1 Comparaison des PVVIH perdues de vue non retrouvées et des PVVIH perdues de vue retrouvées selon les caractéristiques socio-démographiques.....	50
II.2.1.1 Comparaison des PVVIH perdues de vue non retrouvées et des PVVIH perdues de vue retrouvées selon le genre .....	50

II.2.1.2	Comparaison des PVVIH perdues de vue non retrouvées et des PVVIH perdues de vue retrouvées selon l'âge.....	51
II.2.1.3	Comparaison des PVVIH perdues de vue non retrouvées et des PVVIH perdues de vue retrouvées selon la profession.....	51
II.2.1.4	Comparaison des PVVIH perdues de vue non retrouvées et des PVVIH perdues de vue retrouvées selon le statut matrimonial.....	52
II.2.1.5	Comparaison des PVVIH perdues de vue non retrouvées et des PVVIH perdues de vue retrouvées selon le mode de contamination.....	52
II.2.2	Comparaison des PVVIH perdues de vue non retrouvées et des PVVIH perdues de vue retrouvées selon les caractéristiques clinico-biologiques au début de la prise en charge.....	53
II.2.2.1	Comparaison des PVVIH perdues de vue non retrouvées et des PVVIH perdues de vue retrouvées selon le taux de CD4 au début de la prise en charge .....	53
II.2.2.2	Comparaison des PVVIH perdues de vue non retrouvées et des PVVIH perdues de vue retrouvées selon les motifs de consultation au début de la prise en charge.....	53
II.2.2.3	Comparaison des PVVIH perdues de vue non retrouvées et des PVVIH perdues de vue retrouvées selon les maladies opportunistes au début de la prise en charge .....	54
II.2.2.4	Comparaison des PVVIH perdues de vue non retrouvées et des PVVIH perdues de vue retrouvées selon les stades OMS au début de la prise en charge.....	55
II.2.3	Comparaison des caractéristiques clinico-biologiques lors de la perte de vue entre les PVVIH perdues de vue non retrouvées et les PVVIH perdues de vue retrouvées.....	55
II.2.3.1	Comparaison des PVVIH perdues de vue non retrouvées et des PVVIH perdues de vue retrouvées selon le taux de CD4 lors de la perte de vue.....	55

II.2.3.2	Comparaison des PVVIH perdues de vue non retrouvées et des PVVIH perdues de vue retrouvées selon les motifs de consultation lors de la perte de vue.....	56
II.2.3.3	Comparaison des PVVIH perdues de vue non retrouvées et des PVVIH perdues de vue retrouvées selon les maladies opportunistes lors de la perte de vue.....	56
II.2.3.4	Comparaison des PVVIH perdues de vue non retrouvées et des PVVIH perdues de vue retrouvées selon les stades OMS lors de la perte de vue.....	57
II.2.4	Comparaison des PVVIH perdues de vue non retrouvées et des PVVIH perdues de vue retrouvées selon le traitement initié ou non à l'inclusion.....	58

### **TROISIEME PARTIE : DISCUSSION**

I	La limite de l'étude .....	59
II	La fréquence.....	59
III	Le genre .....	61
IV	L'âge.....	61
V	La profession .....	62
VI	Le statut matrimonial.....	63
VII	Le mode de contamination.....	63
VIII	Les taux de LTCD4 au début de la prise en charge, lors de la perte de vue et lors de la réintégration dans le système de soins.....	63
IX	Les motifs de consultation au début de la prise en charge, lors de la perte de vue et lors de la réintégration dans le système de soins.....	65
X	Les maladies opportunistes au début de la prise en charge, lors de la perte de vue et lors de la réintégration dans le système de soins.....	65
XI	Les stades de l'OMS au début de la prise en charge, lors de la perte de vue et lors de la réintégration dans le système de soins.....	66
XII	Le traitement initié ou non au début de la prise en charge .....	67
	<b>CONCLUSION</b> .....	69

### **REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES**

### **ANNEXES**

## LISTE DES TABLEAUX

	<b>Pages</b>
<b>Tableau I</b> : Classification en stades cliniques de l'infection à VIH .....	7
<b>Tableau II</b> : Classification en stades cliniques de l'infection par le virus de l'immunodéficience humaine et infections classant SIDA, Centers for diseases control (CDC) 1993 .....	9
<b>Tableau III</b> : Classification CDC de l'infection VIH pour les adultes et les adolescents .....	11
<b>Tableau IV</b> : Répartition des PVVIH perdues de vue en fonction des maladies opportunistes au début de la prise en charge.....	33
<b>Tableau V</b> : Répartition des PVVIH perdues de vue en fonction des maladies opportunistes lors de la perte de vue.....	37
<b>Tableau VI</b> : Répartition des PVVIH perdues de vue retrouvées selon les maladies opportunistes .....	47
<b>Tableau VII</b> : Raisons présumées de la perte de vue et raisons de retour au suivi.....	49
<b>Tableau VIII</b> : Comparaison des PVVIH perdues de vue non retrouvées et des PVVIH perdues de vue retrouvées selon le genre .....	50
<b>Tableau IX</b> : Comparaison des PVVIH perdues de vue non retrouvées et des PVVIH perdues de vue retrouvées selon l'âge .....	51
<b>Tableau X</b> : Comparaison des PVVIH perdues de vue non retrouvées et des PVVIH perdues de vue retrouvées selon la profession .....	51
<b>Tableau XI</b> : Comparaison des PVVIH perdues de vue non retrouvées et des PVVIH perdues de vue retrouvées selon le statut matrimonial.....	52
<b>Tableau XII</b> : Comparaison des PVVIH perdues de vue non retrouvées et des PVVIH perdues de vue retrouvées selon le mode de contamination.....	52
<b>Tableau XIII</b> : Comparaison des PVVIH perdues de vue non retrouvées et des PVVIH perdues de vue retrouvées selon le taux de CD4 au début de la prise en charge .....	53

<b>Tableau XIV</b>	: Comparaison des PVVIH perdues de vue non retrouvées et des PVVIH perdues de vue retrouvées selon les motifs de consultation au début de la prise en charge .....	54
<b>Tableau XV</b>	: Comparaison des PVVIH perdues de vue non retrouvées et des PVVIH perdues de vue retrouvées selon les maladies opportunistes au début de la prise en charge .....	54
<b>Tableau XVI</b>	: Comparaison des PVVIH perdues de vue non retrouvées et des PVVIH perdues de vue retrouvées selon les stades OMS au début de la prise en charge .....	55
<b>Tableau XVII</b>	: Comparaison des PVVIH perdues de vue non retrouvées et des PVVIH perdues de vue retrouvées selon le taux de CD4 lors de la perte de vue .....	55
<b>Tableau XVIII</b>	: Comparaison des PVVIH perdues de vue non retrouvées et des PVVIH perdues de vue retrouvées selon les motifs de consultation lors de la perte de vue .....	56
<b>Tableau XIX</b>	: Comparaison des PVVIH perdues de vue non retrouvées et des PVVIH perdues de vue retrouvées selon les maladies opportunistes lors de la perte de vue .....	57
<b>Tableau XX</b>	: Comparaison des PVVIH perdues de vue non retrouvées et des PVVIH perdues de vue retrouvées selon les stades OMS lors de la perte de vue .....	57
<b>Tableau XXI</b>	: Comparaison des PVVIH perdues de vue non retrouvées et des PVVIH perdues de vue retrouvées selon le traitement initié ou non au début de la prise en charge .....	58

## LISTE DES FIGURES

		<b>Pages</b>
<b>Figure 1</b>	: Coupe schématique du virus de l'immunodéficience humaine	3
<b>Figure 2</b>	: Cycle de réplication du virus de l'immunodéficience humaine	4
<b>Figure 3</b>	: Cartographie d'accessibilité des services de prise en charge médicale et psycho-sociale des PVVIH .....	13
<b>Figure 4</b>	: Répartition des PVVIH enregistrées selon le devenir.....	24
<b>Figure 5</b>	: Répartition des PVVIH perdues de vue selon le retour spontané...	25
<b>Figure 6</b>	: Répartition des PVVIH perdues de vue selon le genre.....	26
<b>Figure 7</b>	: Répartition des PVVIH perdues de vue selon l'âge .....	27
<b>Figure 8</b>	: Répartition des PVVIH perdues de vue selon la profession .....	28
<b>Figure 9</b>	: Répartition des PVVIH perdues de vue selon le statut matrimonial .....	29
<b>Figure 10</b>	: Répartition des PVVIH perdues de vue selon le mode de contamination .....	30
<b>Figure 11</b>	: Répartition des PVVIH perdues de vue selon le taux de CD4 au début de la prise en charge .....	31
<b>Figure 12</b>	: Répartition des PVVIH perdues de vue selon le motif de consultation au début de la prise en charge .....	32
<b>Figure 13</b>	: Répartition des PVVIH perdues de vue selon les stades de l'OMS au début de la prise en charge .....	34
<b>Figure 14</b>	: Répartition des PVVIH perdues de vue selon le taux de CD4 lors de la perte de vue .....	35
<b>Figure 15</b>	: Répartition des PVVIH perdues de vue selon le motif de consultation lors de la perte de vue .....	36
<b>Figure 16</b>	: Répartition des PVVIH perdues de vue selon les stades de l'OMS lors de la perte de vue .....	38
<b>Figure 17</b>	: Répartition des PVVIH perdues de vue selon le traitement initié ou non au début de la prise en charge .....	39
<b>Figure 18</b>	: Répartition des PVVIH perdues de vue retrouvées selon le genre .....	40

<b>Figure 19</b>	: Répartition des PVVIH perdues de vue retrouvées selon l'âge .....	41
<b>Figure 20</b>	: Répartition des PVVIH perdues de vue retrouvées selon la profession .....	42
<b>Figure 21</b>	: Répartition des PVVIH perdues de vue retrouvées selon le statut matrimonial .....	43
<b>Figure 22</b>	: Répartition des PVVIH perdues de vue retrouvées selon le mode de contamination .....	44
<b>Figure 23</b>	: Répartition des PVVIH perdues de vue retrouvées selon le taux de CD4 lors de la réintégration dans le système de soins...	45
<b>Figure 24</b>	: Répartition des PVVIH perdues de vue retrouvées selon le motif de consultation lors de la réintégration dans le système de soins.....	46
<b>Figure 25</b>	: Répartition des PVVIH perdues de vue retrouvées selon les stades de l'OMS .....	48

## LISTE DES SIGLES ET DES ABREVIATIONS

ABC	: Abacavir
ADN	: Acide désoxyribonucléique
ARN	: Acide ribonucléique
ARV	: Antirétroviraux
ATV/r	: Atazanavir/ritonavir
AZT	: Zidovudine
BAAR	: Bacilles acido-alcool-résistants
CDC	: Centers for Diseases Control
CHUA	: Centre Hospitalier Universitaire d'Antananarivo
EFV	: Efavirenz
ELISA	: Enzyme-linked Immunosorbant Assay
ENSOMD	: Enquêtes nationales sur le suivi des objectifs du millénaire pour le développement auprès de la population générale, des jeunes et des professionnels du sexe à Madagascar
FCV	: Frottis cervico-vaginal
FTC	: Emtricitabine
GGT	: Gamma-glutamyl transférase
HPV	: <i>Human papilloma virus</i>
HUJRB	: Hôpital universitaire Joseph Raseta de Befelatanana
INNTI	: Inhibiteur non nucléosidique de la transcriptase inverse
INTI	: Inhibiteur nucléosidique de la transcriptase inverse
IP	: Inhibiteur de protéase
IST	: Infection sexuellement transmissible
LPV/r	: Lopinavir /ritonavir
LTCD4	: Lymphocytes T CD4
LTCD8	: Lymphocytes T CD8
NK	: Natural killer
OMS	: Organisation Mondiale de la Santé
PCR	: Polymerase chain reaction
PLWH	: Person living with human immunodeficiency virus
PVVIH	: Personne vivant avec le virus de l'immunodéficience humaine

SIDA	: Syndrome de l'immunodéficience acquise
TDF	: Ténofovir
VHB	: Virus de l'hépatite B
VHC	: Virus de l'hépatite C
VIH	: Virus de l'immunodéficience humaine
%	: Pourcent
°C	: Degré celcius

## **INTRODUCTION**

## INTRODUCTION

L'infection par le VIH est une infection virale chronique liée au virus de l'immunodéficience humaine, pendant laquelle la multiplication constante du virus aboutit à la destruction progressive du système immunitaire. Le syndrome de l'immunodéficience acquise (sida) est caractérisé par l'apparition de maladies dites opportunistes qui résultent des effets de l'infection par le VIH sur le système immunitaire qui se traduit par une lymphopénie T CD4 profonde [1].

C'est une maladie chronique qui nécessite un traitement à vie par des molécules antirétrovirales qui améliorent la survie des personnes infectées [2]. Cette maladie exige des visites médicales fréquentes, des contrôles cliniques et immunologiques continus [3]. Lors de notre passage dans le service des maladies infectieuses de l'HUJRB, nous avons constaté que les PVVIH n'étaient pas observant aussi bien par rapport à leur rendez-vous qu'à leur prise de médicaments. En effet, comme l'infection à VIH est une infection chronique nécessitant un suivi régulier à long terme, plusieurs auteurs s'accordent sur le fait que c'est une situation où la rétention des patients dans le système de soins est difficile [4], ceci ayant comme conséquence un accroissement du risque de transmission du virus et de la mortalité due au développement des maladies opportunistes qui aboutissent inéluctablement vers la mort [5].

Dans beaucoup de pays, plusieurs études ont analysé les facteurs associés à la perte de suivi mais aucune étude n'a évalué des résultats chez les PVVIH perdus de vue à Madagascar.

Les objectifs de notre étude étaient de déterminer la prévalence des PVVIH perdues de vue, de déterminer les facteurs épidémio-cliniques des PVVIH perdues de vue retrouvées à l'HUJRB, Antananarivo et de proposer des suggestions pour l'amélioration de la rétention.

## **PREMIERE PARTIE : RAPPELS**

## **I. RAPPELS SUR LE VIH**

### **I.1. EPIDEMIOLOGIE**

#### **I.1.1 Situation dans le monde et en Afrique**

Selon l’OMS en 2012, le nombre de PVVIH a été estimé à 35,3 millions (32,2-38,8) dans le monde [6]. Une proportion de 69% était concentrée en Afrique subsaharienne [7]. Le nombre de nouvelles infections était de 2,3 millions (1,9-2,7) et on évaluait à 1,6 millions (1,4-1,9) le nombre de décès [6].

La couverture de traitement ARV n’a concerné que 34% (32-37%) des 28,3 millions de personnes éligibles en 2013 selon les directives sur le VIH de l’OMS, soit 9,7 millions de PVVIH dans les pays à revenus faibles et intermédiaires [6].

#### **I.1.2 Situation à Madagascar**

En 2013, on dénombrait 1054 PVVIH suivies par des médecins référents dont 519 étaient sous ARV [8], avec 78 PVVIH perdues de vue secondaire. Cependant, 624 PVVIH ont bénéficié de prise en charge psychosociale d’une quelconque nature.

De part la faible prévalence et le caractère concentré de l’épidémie du VIH, Madagascar figure parmi les 10 pays sur 186 qui enregistrent un taux de couverture de traitement ARV de moins de 20%. Elle se situe à 1,93%, de loin inférieur à l’objectif de l’accès universel de 80% [9].

#### **I.1.3 Modes de transmission**

On observe trois principaux modes de transmission qui sont [10] :

- La transmission sexuelle à 80%,
- La transmission par le sang et ses dérivés,
- La transmission mère-enfant.

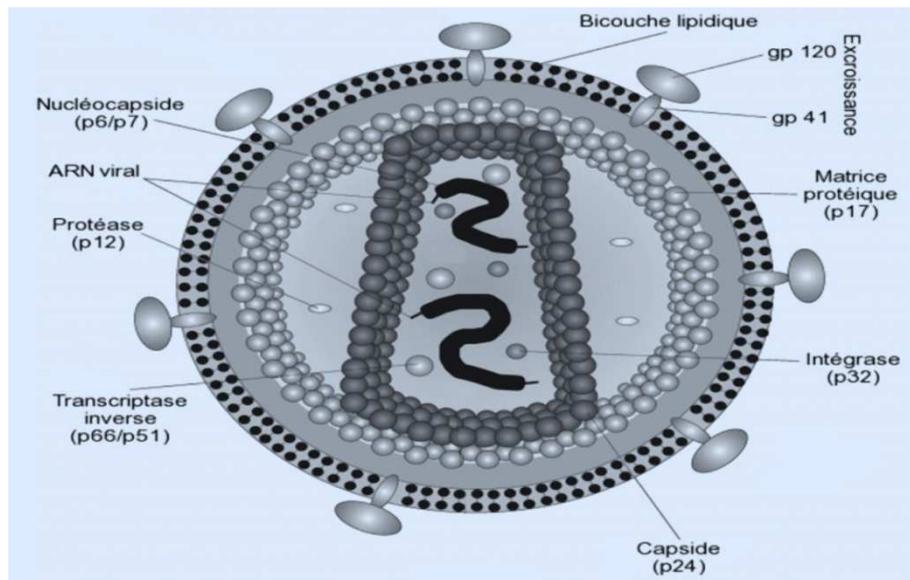
### **I.2. ETIOPATHOGENIE DE L’INFECTION A VIH**

#### **I.2.1 Agent pathogène**

Le virus de l’immunodéficience humaine appartient à la famille des *Retroviridae* et en particulier au genre *Lentivirus*. Deux types ont été isolés chez l’homme : VIH1 et VIH2 [11].

### I.2.2 Structure du VIH

La particule virale enveloppée, dotée d'une très forte variabilité génétique se caractérise par la présence d'un génome fait d'acide ribonucléique simple brin en double exemplaire au sein duquel sont observés comme chez tous les rétrovirus un gène *gag* qui code pour les protéines de la nucléocapside du virion, un gène *pol* qui code pour les enzymes de réplication, un gène *env* qui code pour les protéines de surface (figure1) [11-13].



**Figure 1** : Coupe schématique du virus de l'immunodéficience humaine

**Source** : Gentilini M, Caumes E, Danis M, Mouchet J, Duflo B, Lagardère et al. Retro viroses tropicales. Méd Trop, 2001 ; 5: 435-95.

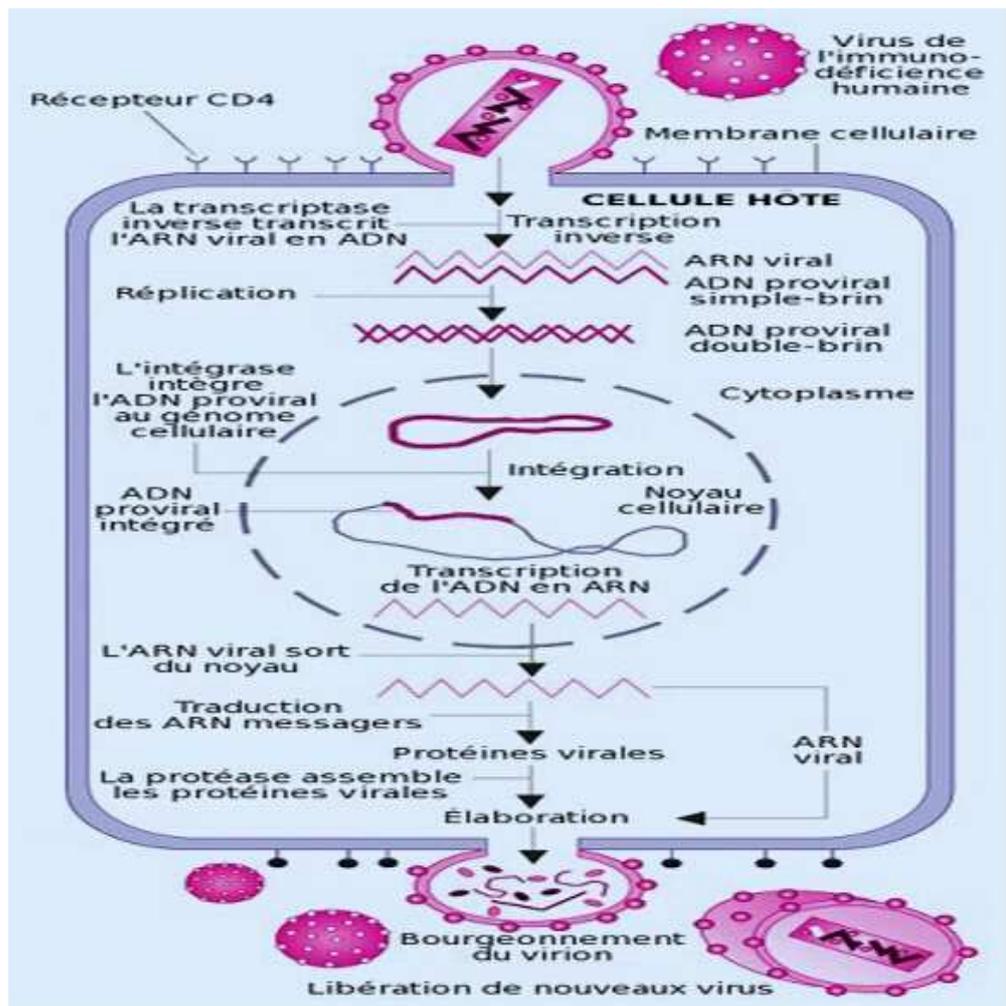
### I.2.3 Cellules cibles

Les cellules de prédilection sont : les cellules qui ont à leur surface la molécule CD4 telles que les lymphocytes T CD4+, les monocytes et macrophages, les cellules dendritiques, les cellules de Langherans, les cellules microgliales du cerveau [12].

### I.2.4 Cycle de réplication du VIH

Une succession d'étapes communes à tous les rétrovirus caractérise ce cycle de réplication virale dans les cellules cibles (figure 2), aboutissant à une production de 10 milliards de virus ou plus par jour. Tout débute par l'entrée du VIH dans la cellule via les molécules CD4+, suivie de la libération de l'ARN et des enzymes virales. Puis,

l'ADN proviral qui est ensuite synthétisé par la transcriptase inverse avec comme matrice l'ARN génomique, pénètre dans le noyau de la cellule hôte et est intégré dans son ADN par un processus qui nécessite l'intégrase du VIH. Cet ADN proviral est par la suite transcrit en ARN viral grâce à l'ARN polymérase 2 de la cellule hôte et traduit en protéines de VIH qui sont assemblées en virions de VIH et bourgeonnent à la surface cellulaire. La production de nouvelles particules virales achève ce cycle répliatif. Elle se fait grâce à la protéase virale qui clive les protéines virales après bourgeonnement convertissant ainsi le virion en forme infectieuse [12].



**Figure 2 :** Cycle de réplication du virus de l'immunodéficience humaine

**Source :** Gentilini M, Caumes E, Danis M, Mouchet J, Duflo B, Lagardère et al. Retro viroses tropicales. Méd Trop, 2001 ; 5: 435-95.

### **I.3. PHYSIOPATHOLOGIE DE L'INFECTION A VIH**

Au départ, l'entrée du VIH dans l'organisme est immédiatement suivie d'une réplication virale active et une diffusion du virus [10], induisant ainsi constamment des réponses immunes spécifiques faisant intervenir des anticorps dirigés contre toutes les protéines du VIH et des lymphocytes TCD8 cytotoxiques spécifiques du virus. Cette induction est responsable d'une diminution et d'un contrôle partiel de la réplication du fait de la présence de réserves de virus, constituées par un sous-ensemble de lymphocytes TCD4 infectés, leur faisant échapper à la reconnaissance par le système de défense.

Secondairement, apparaissent progressivement des mécanismes de destruction des lymphocytes TCD4, aboutissant à une perte d'environ 50 à 100 lymphocytes TCD4 /mm<sup>3</sup> par an, mais dont la vitesse peut varier d'un individu à l'autre [10, 14,15] :

- mécanismes directs par effet cytopathique du virus,
- mécanismes indirects par réponse cytotoxique des lymphocytes TCD8 et des cellules NK, par apoptose, par déficit central de production et par auto-immunité.

### **I.4. HISTOIRE NATURELLE**

Elle montre la progression de l'infection à VIH aussi bien clinique que biologique en l'absence de traitement ARV depuis l'introduction de la particule virale dans l'organisme jusqu'au stade ultime de l'infection[15].

Ainsi, elle se résume en 3 phases distinctes au cours desquelles le virus continue à se répliquer activement [16]:

- la primo-infection, phase aiguë qui dure 2 à 6 semaines (stade 1 de l'OMS),
- la phase latente ou chronique qui dure plusieurs années (stade 2 de l'OMS),
- la phase symptomatique qui débouche sur le SIDA au bout de 5 à 10 ans (stades 3 et 4 de l'OMS).

Les lymphocytes TCD4 et la charge virale plasmatique représentent les variables biologiques qui permettent d'estimer le stade de l'infection [10].

## **I.5. DIAGNOSTIC DU VIH/ SIDA**

### **I.5.1 Diagnostic clinique**

Trois stades cliniques caractérisent l'évolution de l'infection à VIH.

La primo-infection se manifeste environ 2 à 6 semaines après contact avec le virus et se caractérise par des symptômes très peu spécifiques : fièvre, dysphagie, arthralgie ou myalgie, adénopathies, rashes cutanés, céphalées, ulcérations des muqueuses buccales et génitales, diarrhées, méningo-encéphalites [10, 17].

La phase de latence malgré son caractère silencieux cliniquement est marquée par une réplication virale toujours active. La principale manifestation est la présence de polyadénopathies asymptomatiques disséminées [10].

Le stade SIDA, phase ultime de l'infection, se caractérise par l'apparition de nombreuses pathologies, spécialement les infections opportunistes et les cancers [10].

### **I.5.2 Diagnostic biologique**

Il fait appel à deux méthodes [18, 19]:

#### **I.5.2.1 Méthode indirecte**

Elle est basée sur la recherche des anticorps en 2 phases : le dépistage par un test ELISA et la confirmation par Western Blot.

#### **I.5.2.2 Méthode directe**

Elle repose sur la quantification du VIH ou détermination de la charge virale, très utilisée. Elle repose également sur la détection de l'antigène P24 qui est moins utilisée.

### **I.5.3 Classification**

Il existe deux classifications en stades cliniques de l'infection à VIH : l'une proposée par l'OMS (tableau I), révisée en 2005 et l'autre proposée par le CDC (tableaux II et III), revue en 1993.

**Tableau I** : Classification en stades cliniques de l'infection à VIH selon l'OMS.

<b>Stades</b>	<b>Manifestations cliniques</b>
<b>1</b>	Patient asymptomatique Adénopathies persistantes généralisées Degré d'activité 1 : activité normale
	Perte de poids inférieure à 10% du poids corporel Zona (au cours des 5 dernières années) Manifestations cutanéomuqueuses mineures (dermite séborrhéique, prurigo, ulcérations buccales, chéilite angulaire) Infections récidivantes des voies aériennes supérieures Degré d'activité 2 : patient symptomatique, activité normale
<b>3</b>	Perte de poids supérieure à 10% du poids corporel Diarrhées inexplicables pendant plus d'un mois Candidose buccale Leucoplasie orale chevelue Tuberculose pulmonaire au cours de l'année précédente Infection bactérienne sévère Degré d'activité 3 : patient alité moins de 50% du temps

Stades	Manifestations cliniques
4	<p>Syndrome cachectisant dû au VIH</p> <p>Pneumocystose</p> <p>Toxoplasmose cérébrale</p> <p>Cryptosporidiose avec diarrhée pendant plus d'un mois</p> <p>Cryptococcose extrapulmonaire</p> <p>Cytomégalovirose</p> <p>Herpes virose cutanéomuqueuse pendant plus d'un mois ou viscérale</p> <p>Leucoencéphalite multifocale progressive</p> <p>Mycose endémique généralisée (histoplasmosse, coccidioidomycose)</p> <p>Candidose œsophagienne, trachéale, bronchique ou pulmonaire</p> <p>Mycobactériose atypique disséminée</p> <p>Septicémie à salmonelle mineure</p> <p>Tuberculose extrapulmonaire</p> <p>Lymphome malin</p> <p>Sarcome de Kaposi</p> <p>Encéphalopathie à VIH</p> <p>Degré d'activité 4 : patient alité plus de 50% du temps.</p>

**Source:** Fonquernie L, Costagliola D, Girard P-M. Classifications, définitions et facteurs prévisionnels d'évolution de l'infection VIH-1 chez l'adulte. In: Girard PM, Katlama C, Pialoux G, dir. VIH. Paris: Doin; 2007. p. 53-6.

**Tableau II :**Classification en stades cliniques de l'infection par le virus de l'immunodéficience humaine et infections classant SIDA, Centers for diseases control (CDC) 1993.

Stades	Manifestations cliniques
	Elles sont représentées par un ou plusieurs des critères listés ci-dessous chez un adulte ou un adolescent infecté par le VIH s'il n'existe aucun des critères des catégories B et C :
<b>A</b>	Infection à VIH asymptomatique Lymphadénopathie généralisée persistante Primo-infection symptomatique
	Ce sont les 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 :
<b>B</b>	Angiomatose bacillaire Candidose oropharyngée Candidose vaginale, persistante, fréquente ou qui répond mal au traitement Dysplasie du col (modérée ou grave), carcinome in situ Syndrome constitutionnel : fièvre (température supérieure à 38°C) ou diarrhée pendant plus d'un mois Leucoplasie chevelue de la langue Zona récurrent ou envahissant plus d'un dermatome Purpura thrombocytopénique idiopathique Salpingite, en particulier lors de complications par des abcès tubo-ovariens Neuropathie périphérique
	Cette catégorie est hiérarchique, c'est-à-dire qu'un sujet classé dans la catégorie B ne peut passer dans la catégorie A lorsque les signes cliniques ont disparu.

Stades	Manifestations cliniques
	<p>Cette catégorie correspond à la définition du SIDA chez l'adulte. Lorsqu'une PVVIH a présenté une des pathologies de cette liste, elle est classée définitivement dans la catégorie C :</p>
C	<ul style="list-style-type: none"> <li>Candidose bronchique, trachéale ou pulmonaire</li> <li>Candidose de l'œsophage</li> <li>Cancer invasif du col</li> <li>Coccidioïdomycose disséminée ou extrapulmonaire</li> <li>Cryptococcose extrapulmonaire</li> <li>Cryptosporidiose intestinale pendant plus d'un mois</li> <li>Infection à cytomégalovirus (autre que le foie, la rate ou les ganglions)</li> <li>Rétinite à cytomégalovirus</li> <li>Encéphalopathie due au VIH</li> <li>Infection herpétique, ulcères chroniques pendant plus d'un mois, ou à localisation bronchique, pulmonaire ou œsophagienne</li> <li>Histoplasmosse disséminée ou extrapulmonaire</li> <li>Isosporose intestinale chronique (pendant plus d'un mois)</li> <li>Sarcome de kaposi</li> <li>Lymphome de Burkitt, lymphome immunoblastique, lymphome cérébral primitif</li> <li>Infection à <i>mycobacterium avium</i> ou <i>kansasii</i>, disséminée ou extrapulmonaire</li> <li>Infection à <i>mycobacterium tuberculosis</i>, quel que soit le site (pulmonaire ou extrapulmonaire)</li> <li>Pneumonie à <i>pneumocystis jiroveci</i></li> <li>Pneumopathie bactérienne récurrente</li> <li>Leucoencéphalopathie multifocale progressive</li> <li>Septicémie à <i>salmonella non typhi</i> récurrente</li> <li>Toxoplasmose cérébrale</li> <li>Syndrome cachectique dû au VIH</li> </ul>

**Source:** CMIT. Infection à VIH et sida. In : E PILLY, dir. Maladies Infectieuses et Tropicales. Paris: Vivactis Plus; 2012.

**Tableau III** :Classification CDC de l'infection VIH pour les adultes et les adolescents.

Nombre de lymphocytes TCD4 /mm <sup>3</sup>	Stade A		Stade B	Stade C
	Asymptomatique, primo-infection ou lymphadénopathie généralisée persistante		Symptomatique, sans critères A ou C	SIDA
≥ 500	A1		B1	C1
200-499	A2		B2	C2
< 200	A3		B3	C3

**Source:** Fonquernie L, Costagliola D, Girard P-M. Classifications, définitions et facteurs prévisionnels d'évolution de l'infection VIH-1 chez l'adulte. In: Girard PM, Katlama C, Pialoux G, dir. VIH. Paris: Doin; 2007. p. 53-6.

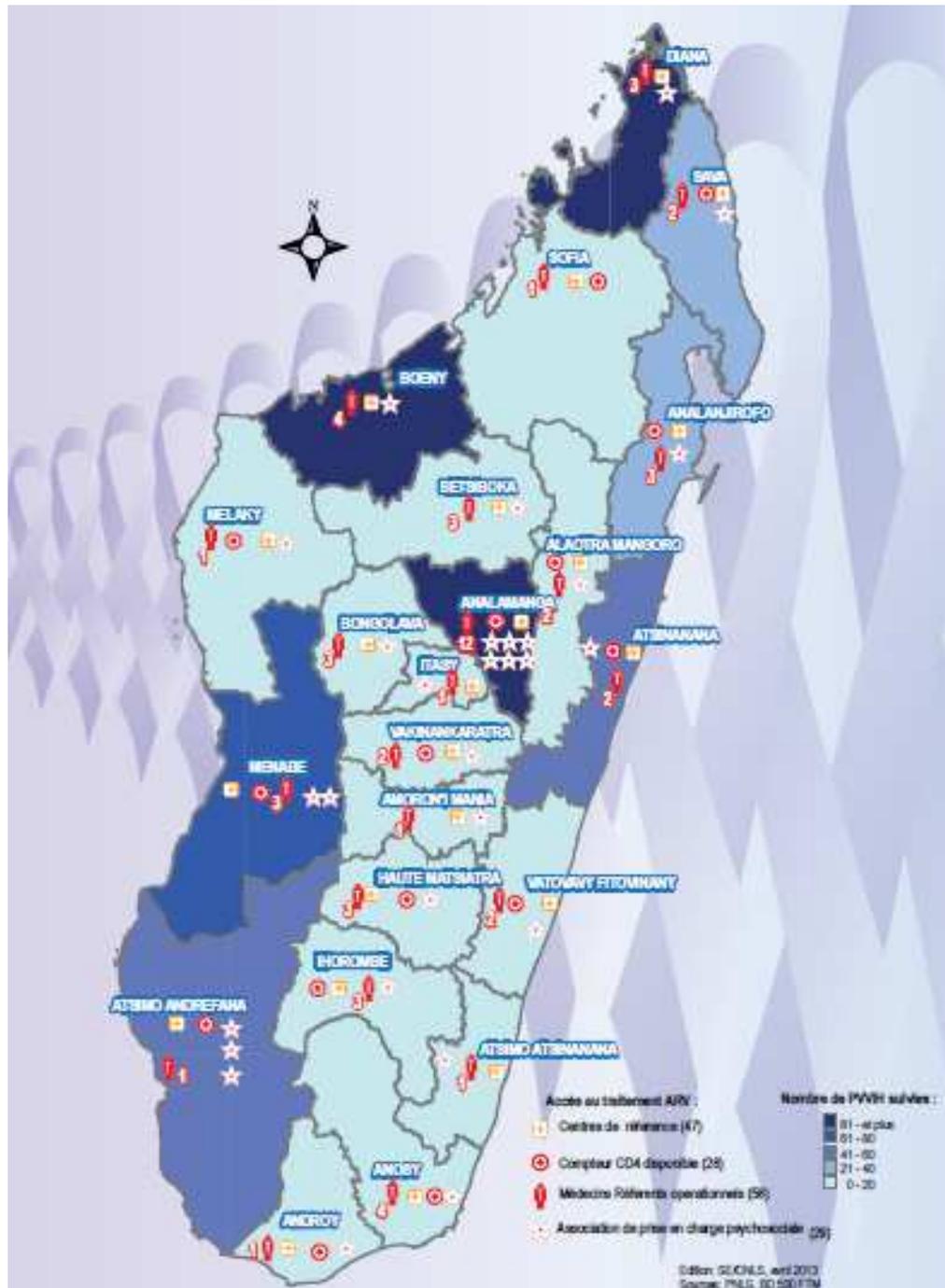
## **II. POLITIQUE NATIONALE DE PRISE EN CHARGE DES PVVIH A MADAGASCAR**

### **II.1. Algorithme de dépistage national du VIHet contrôle qualité externe**

Le dépistage de l'infection à VIH suit un algorithme établi par le programme national de lutte contre le SIDA, actualisé en 2011 [20]. Il nécessite 3 tests qui sont respectivement : Determine, Retrocheck et Unigold, qui sont des tests de dépistage rapide, réalisés successivement [21], mais dont la réalisation des 2<sup>e</sup> et 3<sup>e</sup> tests dépend de la positivité du 1<sup>er</sup> test (annexes 1 et 2).

### **II.2. Médecins référents et centres de référence**

Les médecins référents sont les seuls habilités à prescrire les ARV à Madagascar. On en dénombre 58 pour 47 centres de référence (voir figure 2), répartis dans les 112 districts et pour l'ensemble des 22 régions de Madagascar.



**Figure 3:** Cartographie d'accessibilité des services de prise en charge médicale et psycho-sociale des PVVH.

**Source:** SE/CNLS. Rapport annuel de suivi de la mise en œuvre du plan national de réponse au VIH et au SIDA 2012. Antananarivo: SE/CNLS ; 2013.

### **II.3. Prise en charge médicale**

Elle concerne toutes les PVVIH qu'elles soient sous ARV ou non.

Certains bilans sont pris en charge, tels que : le comptage de LTCD4/CD8, la mesure de la virémie ou charge virale, la sérologie VHB-VHC, l'examen des crachats pour la recherche des BAAR. D'autres bilans comme le scanner ou l'endoscopie sont surtout à la charge du patient.

Mais pour les PVVIH démunies, tous les bilans sont pris en charge par l'état.

#### **II.3.1 PVVIH ne recevant pas d'ARV**

##### **II.3.1.1 Bilans initiaux**

Ils permettent d'apprécier le statut immunovirologique de l'infection à VIH et de rechercher des co-morbidités et des complications.

Les bilans obligatoires sont représentés par [2, 22] :

- **Analyses biologiques** : comptage CD4/CD8, charge virale (au laboratoire national de référence), hémogramme, ionogramme sanguin, glycémie à jeun, transaminases, créatininémie, cholestérolémie, triglycéridémie, protéinurie, sérologies VHB-VHC-syphilis-toxoplasmose, examen de crachats pour recherche de BAAR, FCV pour le dépistage des IST dont le HPV, biologie moléculaire (PCR).
- **Imagerie médicale** : radiographie pulmonaire, rectoscopie pour le dépistage des IST, échographie, scanner.
- **Autre** : examen du fond d'œil.

L'IRM et la biopsie de la muqueuse anale ne sont pas des examens obligatoires.

##### **II.3.1.2 Bilans pré-thérapeutiques**

Ils sont indispensables pour prévenir une éventuelle toxicité médicamenteuse et pour le choix de la molécule. Ce sont [2, 3, 22] : hémogramme, ionogramme, glycémie à jeun, transaminases, créatininémie, cholestérolémie, triglycéridémie, bilirubinémie, lipasémie, phosphorémie, protéinurie, test de résistance : test génotypique.

### **II.3.1.3 Fréquence de suivi**

Elle se fait comme suit [2, 22]:

- Tous les 3 à 6 mois : comptage CD4 et hémogramme,
- Tous les 6 mois : charge virale,
- Une fois par an : sérologies VHB-VHC-syphilis,
- FCV chez la femme, rectoscopie.

## **II.3.2 Patient sous ARV**

### **II.3.2.1 Buts du traitement**

L'objectif capital du traitement antirétroviral est de freiner, voire arrêter la progression de la maladie virale vers le stade SIDA et par la même occasion de réduire la morbidité et la mortalité liées à l'infection [2, 23]. Ceci suppose :

- de rétablir et conserver un taux de LTCD4 supérieur à 500 /mm<sup>3</sup>,
- de rendre la charge virale VIH plasmatique indétectable inférieure à 50 copies, garant principal de la restauration immunitaire, et donc de la protection contre les infections opportunistes.

### **II.3.2.2 Moyens**

Il existe 6 classes différentes d'ARV. Ce sont [2, 24]:

- inhibiteurs nucléotidiques (ténofovir) /nucléosidiques de la transcriptase inverse (INTI) (abacavir, emtricitabine, didanosine, lamivudine, stavudine, zidovudine),
- inhibiteurs non nucléosidiques de la transcriptase inverse (INNTI) (efavirenz, névirapine, étravirine, rilpivirine),
- inhibiteurs de protéase boostés par le ritonavir (atazanavir/r, lopinavir/r, darunavir/r),
- inhibiteurs de fusion (enfuvirtide),
- inhibiteurs d'intégrase (raltégravir),
- inhibiteurs du CCR5 (maraviroc).

### II.3.2.3 Indications

L'initiation du traitement antirétroviral à Madagascar cible des patients chez qui on retrouve des critères d'inclusion bien définis [22]:

- Stade clinique 3 et 4 de l'OMS,
- Taux de LTCD4 inférieur à 500 /mm<sup>3</sup>,
- Quel que soit le stade clinique ou le taux de LTCD4 avec un ou plusieurs des critères suivants :
  - Tuberculose active,
  - Co-infection hépatite B-VIH avec signes d'atteinte hépatique chronique sévère,
  - Partenaire séropositif dans un couple sérodiscordant,
  - Femme enceinte et/ou femme allaitante.

A Madagascar, les nouvelles recommandations sur l'utilisation des ARV sont proposées par le protocole national de prise en charge des personnes vivant avec le VIH [22]. En général, on associe 2 INTI et 1 INNTI ou 2 INTI et 1 IP, aussi bien chez l'enfant que chez l'adulte (annexe 3, 4 et 5)

### II.3.2.4 Suivi sous traitement ARV

Il se fait à un rythme bien déterminé. Il comporte trois rubriques [1-3]:

- **suivi clinique** : il apprécie la tolérance clinique par la recherche au cours de l'examen clinique des signes d'intolérance des antirétroviraux. Il apprécie également l'observance qui doit être estimée et encouragée.
- **suivi biologique** tous les 3 mois : hémogramme, ionogramme, créatininémie, transaminases, bilirubinémie, GGT, cholestérolémie, triglycéridémie, glycémie à jeun, lipasémie, phosphorémie, calcémie et protéinurie. Il évalue les répercussions biologiques des ARV et/ou la toxicité médicamenteuse.
- **suivi immunovirologique** : il repose sur la mesure du taux de CD4 un mois après instauration du traitement puis tous les 3 mois, et la mesure de la charge virale 6 mois après le début du traitement puis tous les ans, ceci dans le but de suivre l'efficacité thérapeutique.

### **II.3.3 Traitement des infections opportunistes**

Les infections opportunistes surviennent lorsque les LTCD4 sont en dessous de 200 /mm<sup>3</sup>. La prise en charge comprend trois types de traitement [2, 22] :

- Préventif ou prophylaxie primaire pour éviter leur survenue,
- Curatif, traitement de l'infection présente,
- Prophylactique secondaire, devant être instauré immédiatement après le traitement curatif pour éviter la récurrence.

### **II.3.4 Les limites de la prise en charge médicale à Madagascar**

Les bilans pour le diagnostic et le traitement sont habituellement à la charge des PVVIH.

## **II.4 Prise en charge psychosociale**

### **II.4.1 But**

En association avec la prise en charge thérapeutique, le but de la prise en charge psychosociale des PVVIH est d'améliorer la qualité de vie des personnes vivant avec le VIH/sida par le fait qu'elle favorise une meilleure intégration dans la société [25].

### **II.4.2 Acteurs de la prise en charge psychosociale**

Ils sont représentés par [9, 26]:

- **tous les intervenants impliqués dans le circuit de prise en charge** : médecins, infirmiers, conseillers psychosociaux, travailleurs sociaux, psychologues, agents communautaires.
- **d'autres types d'intervenants** : religieux, associations de lutte contre le VIH/Sida (PVVIH ou non), famille, communauté.

A Madagascar, le réseau MAD'AIDS, qui est un réseau de personnes vivant avec le VIH créé en 2007 reste très actif dans la réponse au VIH et dans le domaine de prévention et de prise en charge des PVVIH [26].

### **II.4.3 Les composantes**

La prise en charge psychosociale comporte plusieurs volets, déterminés en fonction des besoins des PVVIH [9, 25]:

- soutien social ou socio-économique,

- soutien nutritionnel, sous forme de distribution de vivres ou de repas communautaires,
- soutien à l'enfant et sa famille,
- groupes d'auto-soutien,
- développement des activités génératrices de revenus à l'aide de matériels et équipements tels que glacière, machine à pâte, cyclo-pousse, pirogue et congélateur,
- soutien à l'observance thérapeutique,
- soutien psychologique,
- soutien pour la réinsertion socio-professionnelle,
- soutien spirituel,
- soutien juridique et lutte contre la discrimination.

### **III. PROBLEMES DES PVVIH PERDUES DE VUE**

#### **III.1 Définition de la perte de vue**

La perte de vue d'une personne infectée par le VIH peut être définie comme sa disparition du circuit de soins depuis une période de temps bien délimitée. La PVVIH perdue de vue est connue comme non suivie et non décédée pendant cette période.

Du fait des différences fondamentales dans les procédés de suivi des PVVIH adaptées à la situation démographique, sociale et médicale de chaque programme et de chaque pays, il n'existe pas une définition universelle [27]. Ainsi, le délai qui détermine la perte de vue varie de 3 mois à 12 mois [28, 29]. Toutefois, il est recommandé une durée de 6 mois pour parler de PDV « définitif » [30] ou « permanent » [31].

A Madagascar, ce délai est de 6 mois.

#### **III.2 Importance du problème**

Les PVVIH perdues de vue courent un risque plus élevé de décès et favorisent surtout la propagation rapide de l'infection à VIH [9].

Une proportion non négligeable de 5 à 25% des PVVIH est signalée comme perdue de vue dans plusieurs pays à ressources limitées malgré le fait qu'ils aient entrepris d'étendre le traitement antirétroviral [4]. En Afrique, en Asie et en Amérique du Sud, cette proportion était de 16% (880 sur 5491 patients suivis) dans les 6 premiers mois dans 15 programmes de traitement [29]. Dans la plupart des cas, lorsqu'on

cherchait à retrouver ces PVVIH, la moitié était perdue de vue, ce qui reflète l'importance du problème.

A Madagascar, sur 1054 PVVIH suivies au niveau des médecins référents en 2013, on dénombrait 78 PVVIH perdues de vue [8].

### **III.3 Facteurs de risque**

Dans la plupart des pays à ressources limitées, les facteurs de risque les plus fréquemment identifiés sont [28, 32-34] :

- La grossesse et le bas niveau d'instruction pour les PVVIH n'ayant pas débuté un traitement lors de la première consultation,
- L'âge inférieur à 30 ans,
- Le bas niveau socio-économique,
- Les modes de transmission, homosexuels et toxicomanes étant les plus touchés,
- La situation « sans domicile fixe » ou « immigrés en situation irrégulière »,
- Les frais de consultation,
- Le coût de transport pour se rendre dans le centre de prise en charge,
- La perte d'espoir,
- Le manque de nourriture,
- Les atteintes psychiatriques,
- Une immunodépression avancée.

### **III.4 Conséquences de la perte de vue**

#### **III.4.1 Conséquences pour la PVVIH perdue de vue**

Lorsque la PVVIH perdue de vue sort du circuit de soin, le risque pour elle est de mettre en péril son état de santé et l'efficacité du traitement [35]. Autrement dit, elle augmente le risque de développer une ou plusieurs maladies opportunistes, d'en être hospitalisée et au final, elle risque d'en mourir [36, 37].

#### **III.4.2 Conséquences pour la société**

Un suivi thérapeutique irrégulier constitue l'un des principaux obstacles pour la lutte contre l'infection par le virus de l'immunodéficience humaine [38].

Tout comme les patients qui se présentent tardivement à la prise en charge, les PVVIH perdues de vue sont à l'origine d'un accroissement du coût du système de santé et d'une réduction des effets bénéfiques des ARV [37].

## **DEUXIEME PARTIE : METHODES ET RESULTATS**

## **I. METHODES**

### **I.1. Cadre de l'étude**

L'étude a été menée dans le service des Maladies Infectieuses à l'Hôpital Universitaire Joseph Raseta de Befelatanana, Centre Hospitalier Universitaire d'Antananarivo (CHUA).

### **I.2. Type d'étude**

Nous avons effectué une étude descriptive et rétrospective pour les données clinico-biologiques, prospective pour les enquêtes comportementales.

### **I.3. Période d'étude**

Nous avons dépouillé les dossiers de Février 2014 à Juillet 2014.

### **I.4. Population d'étude**

Notre population était constituée de toutes les PVVIH suivies dans le service des Maladies Infectieuses de l'HUJRB.

#### **I.4.1 Critères d'inclusion**

Toute PVVIH suivie entre le 1<sup>er</sup> Janvier 2005 et le 31 Juillet 2014, ayant manqué un rendez-vous pendant au moins 6 mois, non connue comme étant décédée ou transférée, a été incluse dans notre étude.

#### **I.4.2 Critères d'exclusion**

Les critères d'exclusion étaient :

- Toute PVVIH âgée de moins de 15 ans et tout dossier incomplet.

### **I.5. Variables étudiées**

#### **I.5.1. Variable dépendante**

La variable dépendante était la PVVIH perdue de vue.

#### **I.5.2. Variables indépendantes**

Les variables indépendantes étaient :

- Les caractères socio-démographiques : genre, âge, profession, statut matrimonial, mode de transmission.

- Caractéristiques cliniques :
  - Manifestations cliniques au début de la prise en charge, lors de la perte de vue et lors de la réintégration dans le système de soins
  - Maladies opportunistes au début de la prise en charge, lors de la perte de vue et lors de la réintégration dans le système de soins
  - Stade OMS au début de la prise en charge, lors de la perte de vue et lors de la réintégration dans le système de soins.
- Caractéristiques immunologiques : Taux de CD4 au début de la prise en charge, lors de la perte de vue et lors de la réintégration dans le système de soins.
- Caractéristique thérapeutique : traitement ARV initié ou non au début de la prise en charge.
- Durée du suivi avant la perte de vue.
- Durée de la perte de vue.

## **I.6. Collecte des données**

### **I.6.1 Outils de collecte des données**

Nous avons élaboré une fiche de collecte des données et un questionnaire (annexe 6 et 7) qui nous permettaient de recueillir les données sur les PVVIH.

### **I.6.2 Technique de collecte des données**

Le registre a été consulté pour rechercher les PVVIH perdues de vue par la date de la dernière visite et pour obtenir leurs caractéristiques. Puis les dossiers de ces PVVIH définies comme perdues de vue ont été consultés.

Pour obtenir des informations sur la raison présumée de la perte de vue et la raison du retour au suivi, les PVVIH ont été interviewées.

## **I.7. Mode d'analyse des données**

Le traitement de texte a été effectué sur le logiciel Microsoft Word Office 2007 et celui des graphes par le logiciel Microsoft Office Excel 2007.

L'analyse statistique a été effectuée sur le logiciel R version 2.9.0. Le test de Chi 2 nous a permis de comparer les proportions avec un degré de signification  $p < 0,05$ . Le test de Fischer nous a permis de comparer les moyennes.

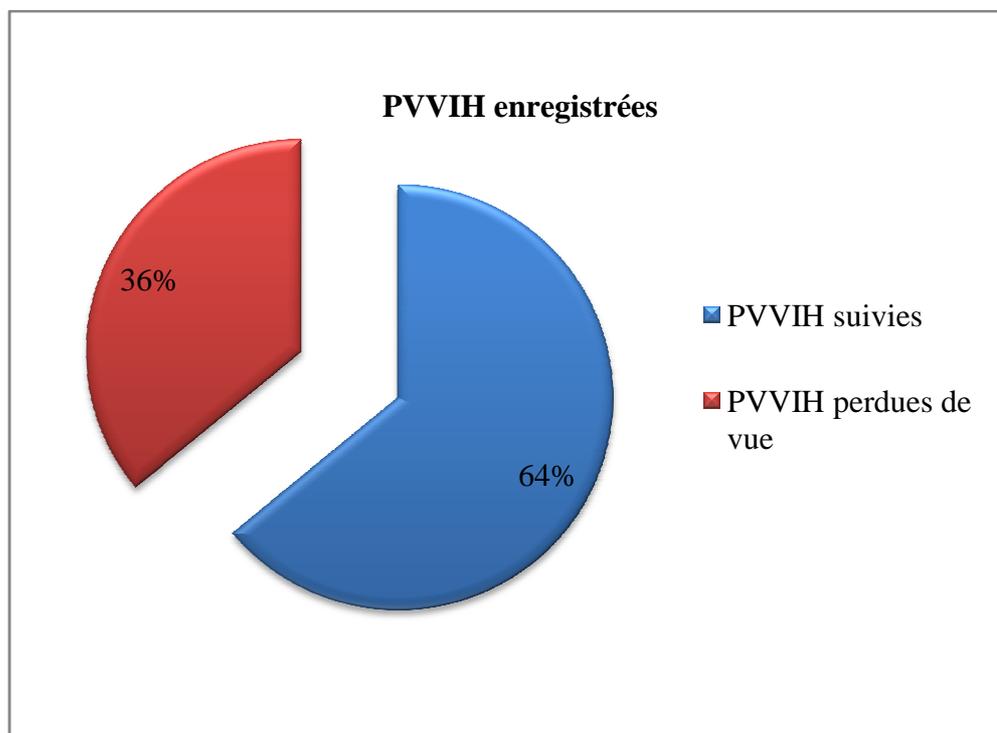
### **I.9. Ethique**

L'appui du chef hiérarchique administratif et technique de l'établissement d'étude pour l'obtention au préalable d'une autorisation est nécessaire. De ce fait, avant de mener l'étude, il a fallu un accord du chef de l'établissement pour obtenir les données. Le respect de la confidentialité a été préservé durant le déroulement de l'étude. Tout a été organisé pour protéger le secret professionnel en attribuant des numéros pour garder l'anonymat.

## II. RESULTATS

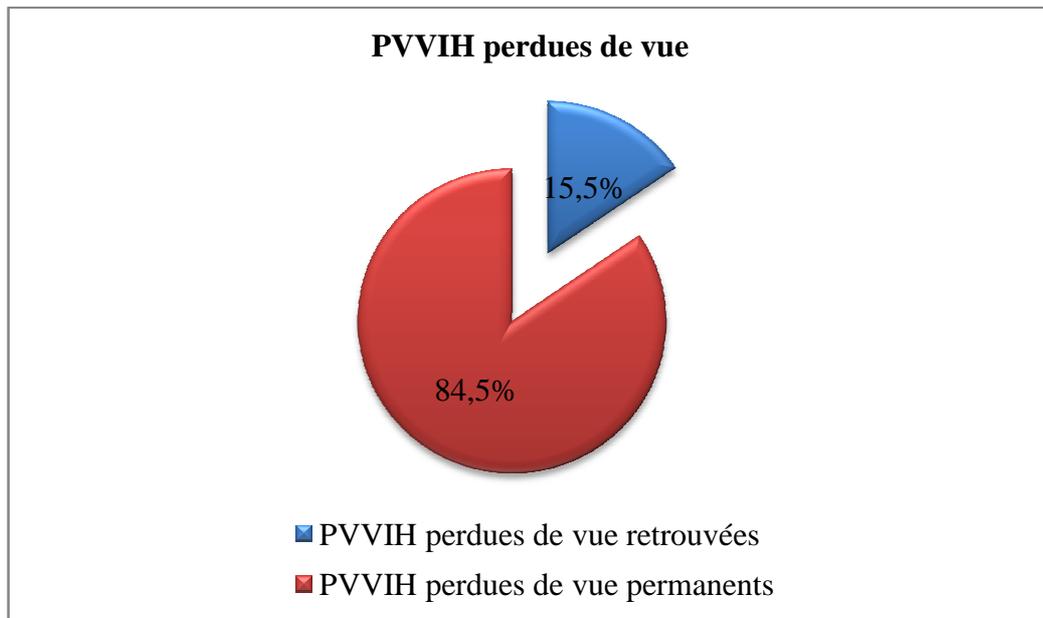
### II.1. RESULTATS GENERAUX

Au cours de notre période d'étude, 322 PVVIH ont été enregistrées dans le service des maladies infectieuses de l'HUJRB, Antananarivo parmi lesquelles 116 (36%) étaient perdues de vue.



**Figure 4 :** Répartition des PVVIH enregistrées selon le devenir (n=116) à l'USFR maladies infectieuses du CHUJRB, mois de Juillet 2014

Parmi ces 116 PVVIH perdues de vue, finalement 98 (84,5%) étaient perdues de vue non retrouvées et 18 (15,5%) étaient perdues de vue retrouvées.



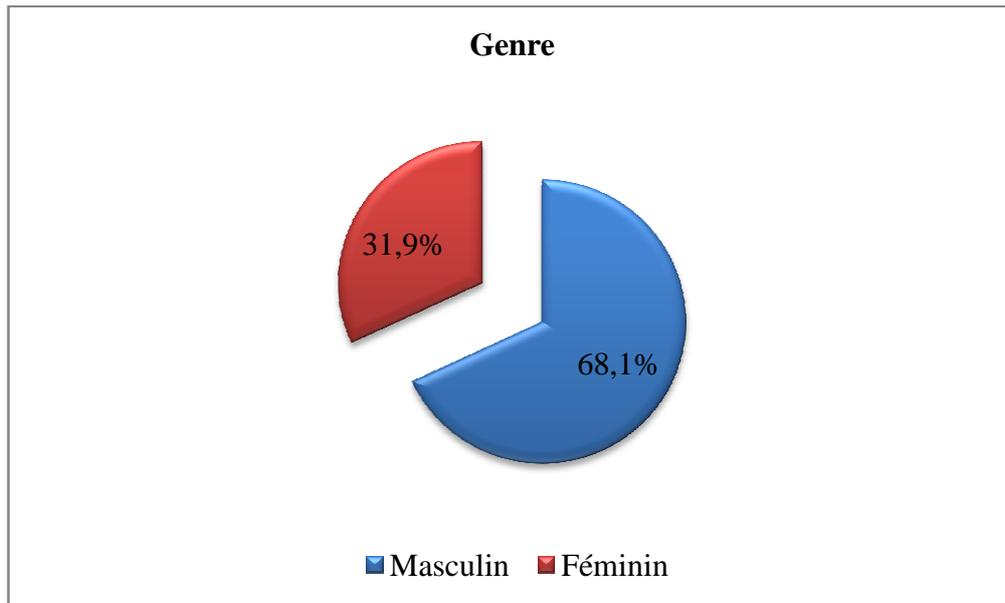
**Figure 5 :** Répartition des PVVIH perdues de vue selon le retour spontané (n=116) à l'USFR maladies infectieuses du CHUJRB, mois de Juillet 2014

## II.1.1 CARACTERISTIQUES DES PVVIH PERDUES DE VUE EN GENERAL

### II.1.1.1 Caractéristiques sociodémographiques des PVVIH perdues de vue

#### II.1.1.1.1 Répartition des PVVIH perdues de vue selon le genre

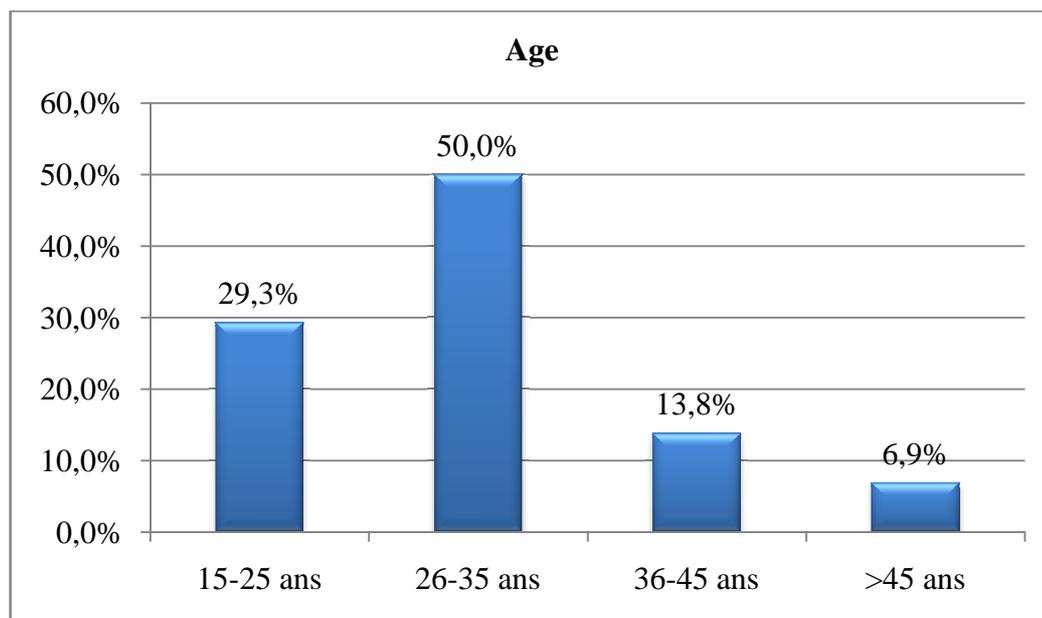
Le sexe masculin occupait une proportion de 68,1% et le sex ratio était de 2,1.



**Figure6** : Répartition des PVVIH perdues de vue selon le genre (n=116) à l'USFR maladies infectieuses du CHUJRB, mois de Juillet 2014

### II.1.1.1.2 Répartition des PVVIH perdues de vue selon l'âge

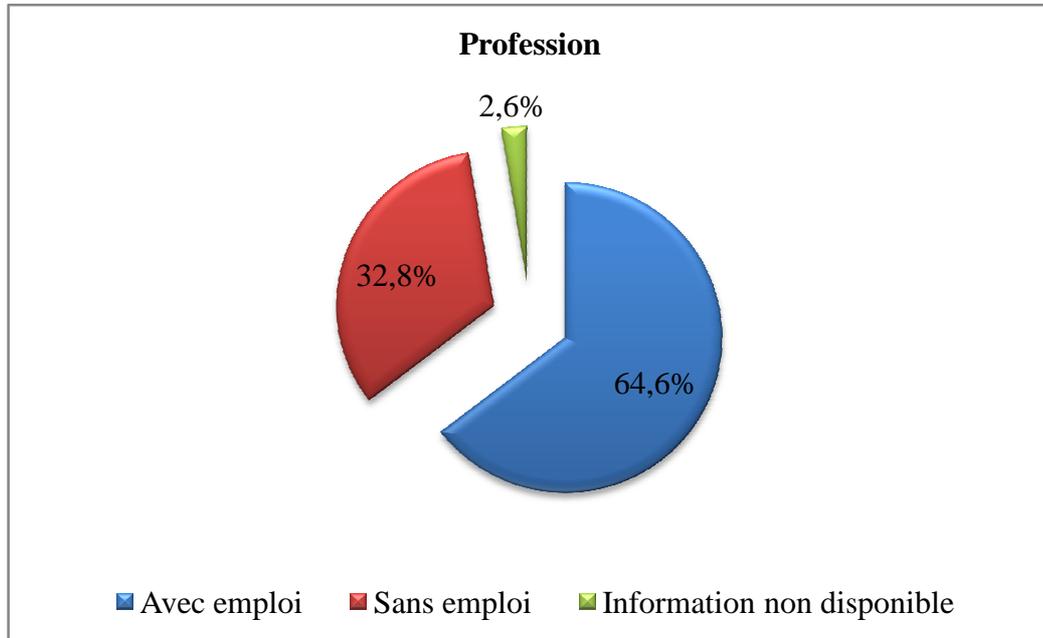
L'âge de notre population variait de 18 à 70 ans, avec une moyenne de 30,7 ans. La tranche d'âge de 26 à 35 ans représentait 50%. Celle de plus de 45 ans avait une proportion de 6,9%.



**Figure7** : Répartition des PVVIH perdues de vue selon l'âge (n=116) à l'USFR maladies infectieuses du CHUJRB, mois de Juillet 2014

### II.1.1.1.3 Répartition des PVVIH perdues de vue selon la profession

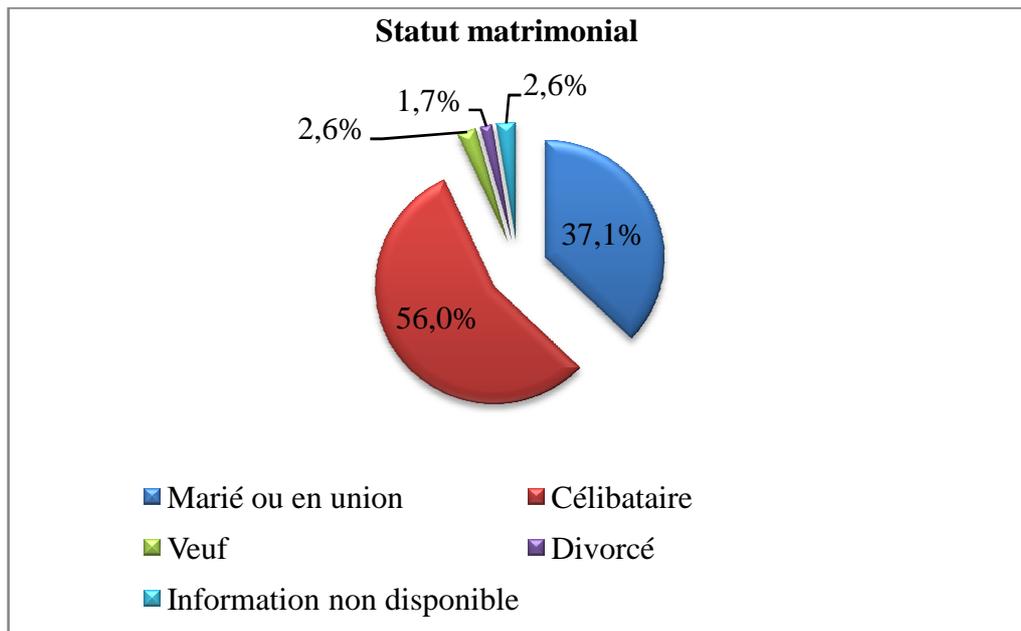
Soixante quatre virgule six pourcent des PVVIH perdues de vue avaient un emploi.



**Figure8** : Répartition des PVVIH perdues de vue selon la profession (n=116) à l'USFR maladies infectieuses du CHUJRB, mois de Juillet 2014

#### II.1.1.1.4 Répartition des PVVIH perdues de vue selon le statut matrimonial

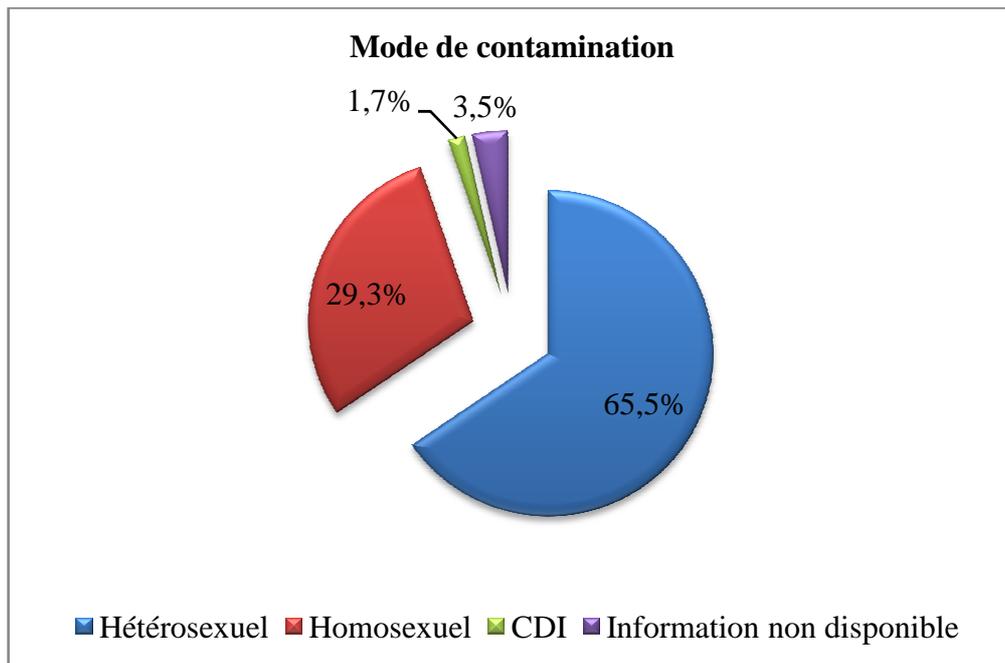
Le statut de célibataire avait une proportion de 56% tandis que celui de marié ou en concubinage avait une proportion de 37,1%. Une proportion de 1,7% des PVVIH perdues de vue était divorcée.



**Figure9** : Répartition des PVVIH perdues de vue selon le statut matrimonial (n=116) à l'USFR maladies infectieuses du CHUJRB, mois de Juillet 2014

### II.1.1.1.5 Répartition des PVVIH perdues de vue selon le mode de contamination

Les hétérosexuels et les homosexuels avaient respectivement une proportion de 65,5% et 29,3%. Une proportion de 1,7% était attribuée aux consommateurs de drogue injectable.



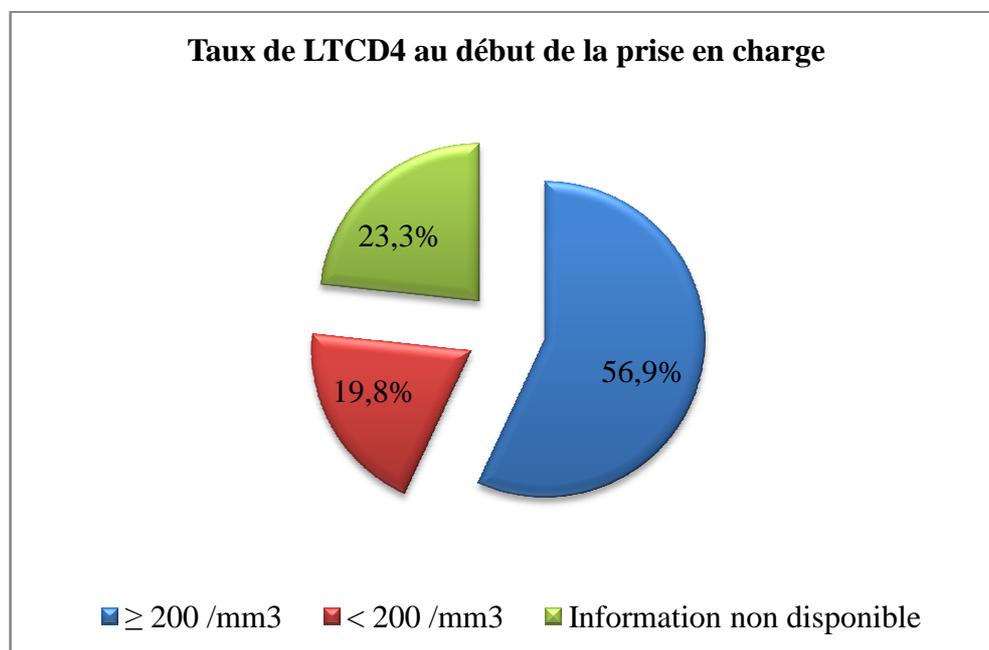
CDI : consommateur de drogue injectable

**Figure10** : Répartition des PVVIH perdues de vue selon le mode de contamination (n=116) à l'USFR maladies infectieuses du CHUJRB, mois de Juillet 2014

### II.1.1.2 Caractéristiques cliniques et biologiques des PVVIH perdues de vue au début de la prise en charge

#### II.1.1.2.1 Répartition des PVVIH perdues de vue selon le taux de CD4 au début de la prise en charge

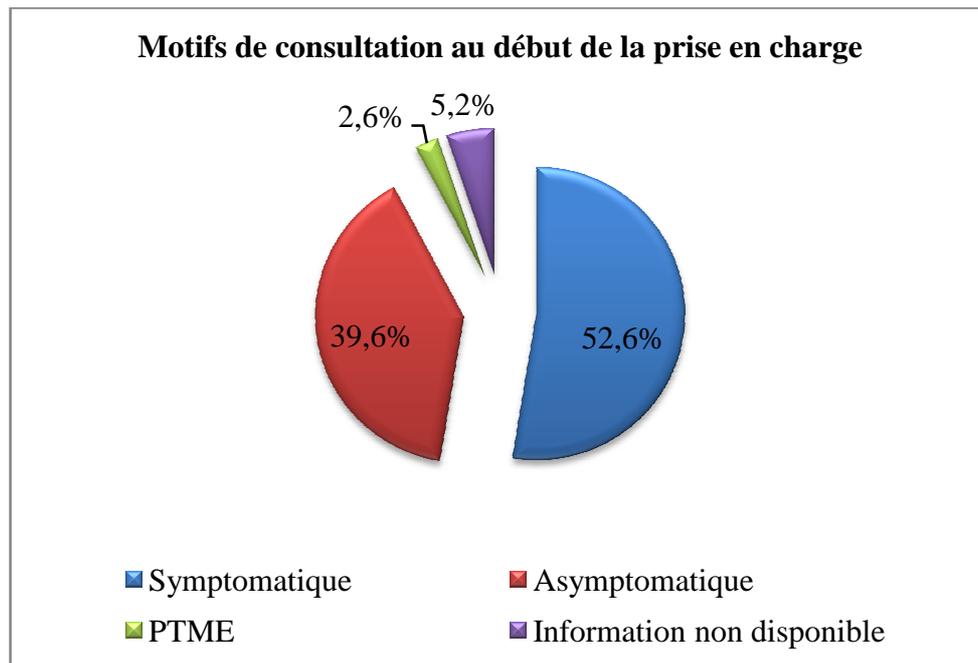
Les taux de CD4 étaient compris entre 21 /mm<sup>3</sup> et 832 /mm<sup>3</sup>, avec un taux moyen de 352 /mm<sup>3</sup>. Une proportion de 56,9% des PVVIH perdues de vue avaient un taux de CD4 supérieur ou égal à 200 /mm<sup>3</sup> au début de la prise en charge.



**Figure11** : Répartition des PVVIH perdues de vue selon le taux de CD4 au début de la prise en charge (n=116) à l'USFR maladies infectieuses du CHUJRB, mois de Juillet 2014

### II.1.1.2.2 Répartition des PVVIH perdues de vue selon le motif de consultation au début de la prise en charge

Les PVVIH perdues de vue symptomatiques avaient une proportion de 52,6% au début de la prise en charge. Une proportion de 2,6% de PVVIH perdues de vue avait consulté dans le cadre de la PTME.



PTME : prévention de la transmission mère-enfant.

**Figure12** : Répartition des PVVIH perdues de vue selon le motif de consultation au début de la prise en charge à l'USFR maladies infectieuses du CHUJRB, mois de Juillet 2014

### II.1.1.2.3 Répartition des PVVIH perdues de vue en fonction des maladies opportunistes au début de la prise en charge

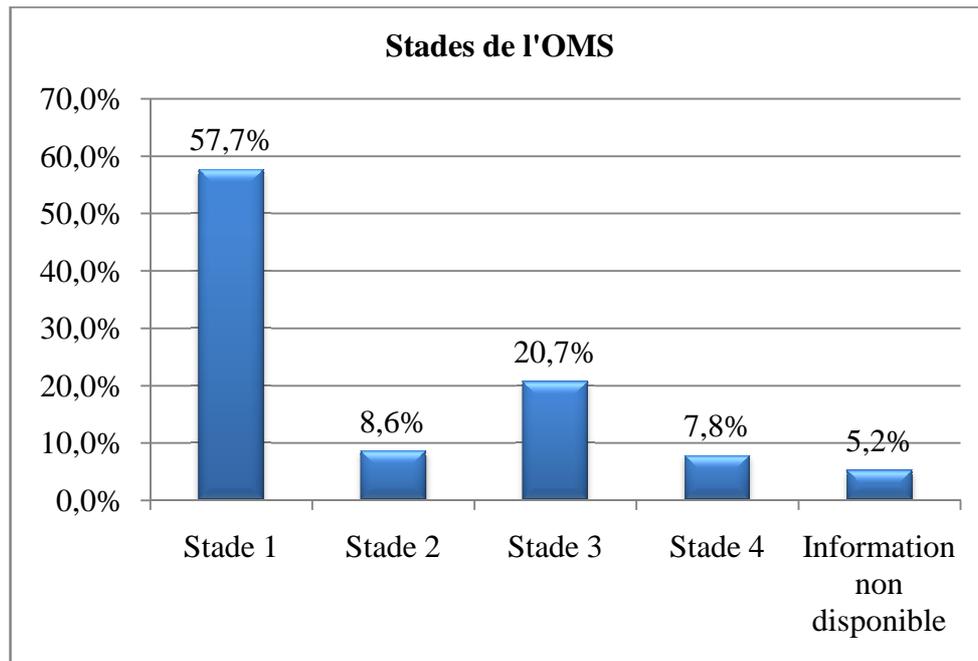
Les PVVIH perdues de vue n'avaient aucune maladie opportuniste dans 80% des cas. Chez 12,1%, des maladies opportunistes étaient présentes. Les proportions des PVVIH perdues de vue qui avaient la tuberculose et les condylomes étaient respectivement de 7,7% et 1,7%.

**TableauIV:** Répartition des PVVIH perdues de vue en fonction des maladies opportunistes au début de la prise en charge (n=116) à l'USFR maladies infectieuses du CHUJRB, mois de Juillet 2014

<b>Maladies opportunistes</b>	<b>PVVIH perdues de vue n (%)</b>
<b>Aucune</b>	96 (82,7)
<b>Tuberculose</b>	9 (7,7)
<b>Information non disponible</b>	6(5,2)
<b>Condylomes</b>	2 (1,7)
<b>Cryptococcose</b>	1 (0,9)
<b>Lymphome</b>	1 (0,9)
<b>Pneumopathie bactérienne</b>	1 (0,9)

#### II.1.1.2.4 Répartition des PVVIH perdues de vue selon les stades de l'OMS au début de la prise en charge

Les PVVIH perdues de vue au stade 1 de l'OMS occupaient une proportion de 57,7% au début de la prise en charge et celles au stade 3, une proportion de 20,7%.

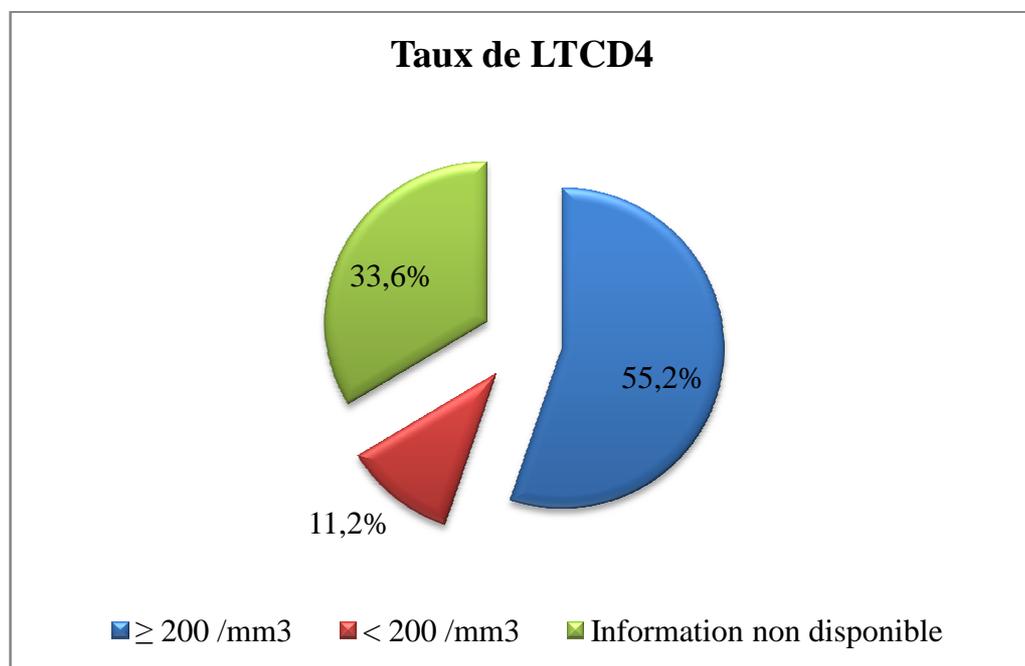


**Figure13** : Répartition des PVVIH perdues de vue selon les stades cliniques de l'OMS au début de la prise en charge (n=116) à l'USFR maladies infectieuses du CHUJRB, mois de Juillet 2014

### II.1.1.3 Caractéristiques cliniques et biologiques des PVVIH perdues de vue lors de la perte de vue

#### II.1.1.3.1 Répartition des PVVIH perdues de vue selon le taux de CD4 lors de la perte de vue

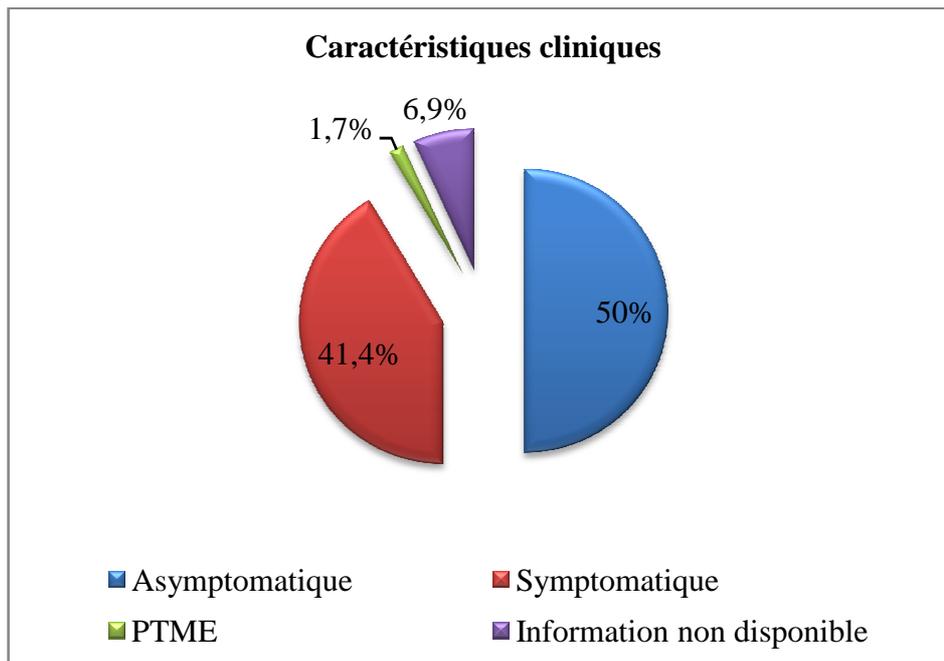
Les taux de CD4 lors de la perte de vue étaient compris entre 21 /mm<sup>3</sup> et 875 /mm<sup>3</sup>, avec un taux moyen de 383,7 /mm<sup>3</sup>. Un taux de CD4 supérieur ou égal à 200 /mm<sup>3</sup> était observé chez 55,2% des PVVIH perdues de vue lors de la perte de vue.



**Figure 14:** Répartition des PVVIH perdues de vue selon le taux de CD4 lors de la perte de vue (n=116) à l'USFR maladies infectieuses du CHUJRB, mois de Juillet 2014

### II.1.1.3.2 Répartition des PVVIH perdues de vue selon les caractéristiques cliniques lors de la perte de vue

Cinquante pourcent des PVVIH perdues de vue étaient asymptomatiques lors de la perte de vue. Une proportion de 41,4% était symptomatique et 1,7% des PVVIH perdues de vue consultait dans le cadre de la PTME.



PTME : prévention de la transmission mère-enfant

**Figure 15:** Répartition des PVVIH perdues de vue selon le motif de consultation lors de la perte de vue (n=116) à l'USFR maladies infectieuses du CHUJRB, mois de Juillet 2014

### II.1.1.3.3 Répartition des PVVIH perdues de vue selon la fréquence des maladies opportunistes lors de la perte de vue

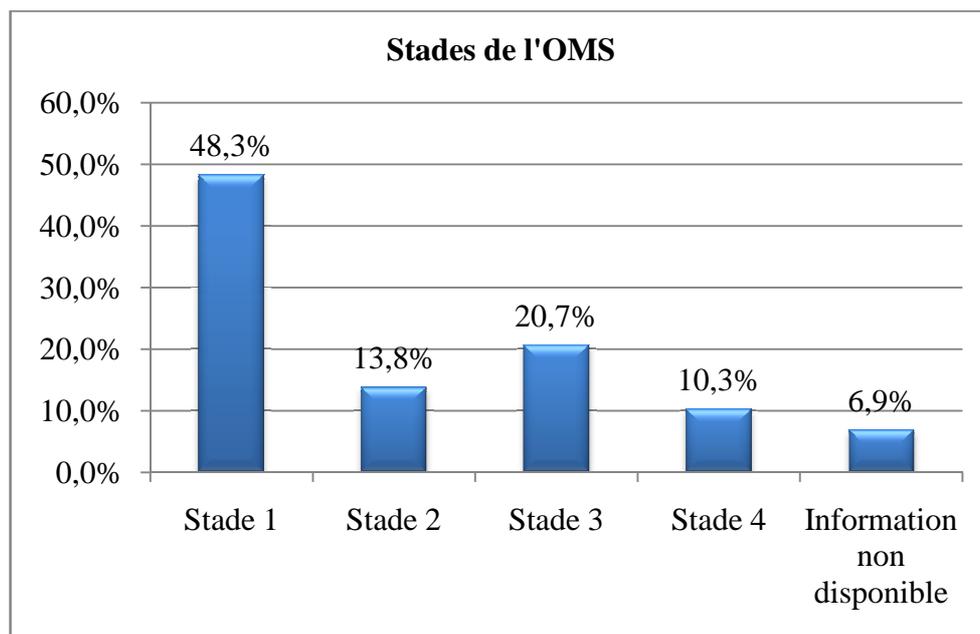
Il n'existait aucune maladie opportuniste chez 82,7% des PVVIH perdues de vue lors de la perte de vue. Dans 10,5% des cas, les maladies opportunistes ont été observées et la tuberculose occupait une proportion de 6%.

**Tableau V:** Répartition des PVVIH perdues de vue en fonction des maladies opportunistes lors de la perte de vue (n=116) à l'USFR maladies infectieuses du CHUJRB, mois de Juillet 2014

<b>Maladies opportunistes</b>	<b>PVVIH perdues de vue n (%)</b>
<b>Aucune</b>	96 (82,7)
<b>Information non disponible</b>	8 (6,8)
<b>Tuberculose</b>	7 (6)
<b>Condylomes</b>	1 (0,9)
<b>Lymphomes</b>	1 (0,9)
<b>Pneumocystose</b>	1 (0,9)
<b>Sarcome de kaposi</b>	1 (0,9)
<b>Toxoplasmose</b>	1 (0,9)

#### II.1.1.3.4 Répartition des PVVIH perdues de vue selon les stades de l'OMS lors de la perte de vue

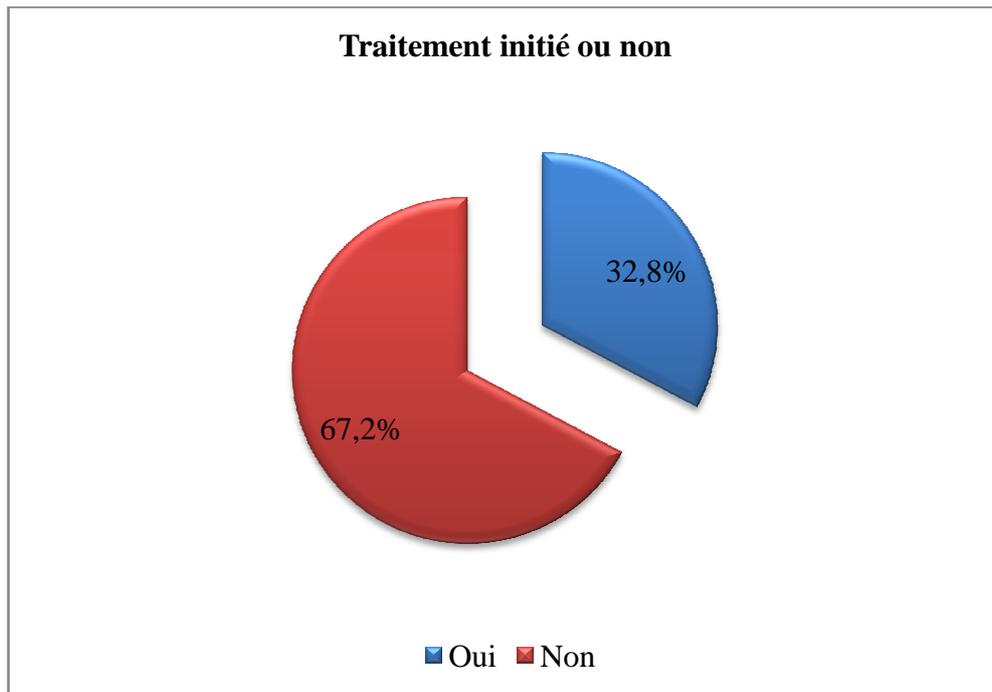
Quarante-huit virgule trois pourcent des PVVIH perdues de vue étaient au stade 1 de l'OMS lors de la perte de vue. Une proportion de 20,7% était au stade 3 de l'OMS.



**Figure 16:** Répartition des PVVIH perdues de vue selon les stades de l'OMS lors de la perte de vue (n=116) à l'USFR maladies infectieuses du CHUJRB, mois de Juillet 2014

#### II.1.1.4 Répartition des PVVIH perdues de vue selon le traitement initié ou non au début de la prise en charge

Une proportion de 67,2% des PVVIH perdues de vue n'était pas sous traitement au début de la prise en charge.



**Figure 17:** Répartition des PVVIH perdues de vue selon le traitement initié ou non au début de la prise en charge (n=116) à l'USFR maladies infectieuses du CHUJRB, mois de Juillet 2014

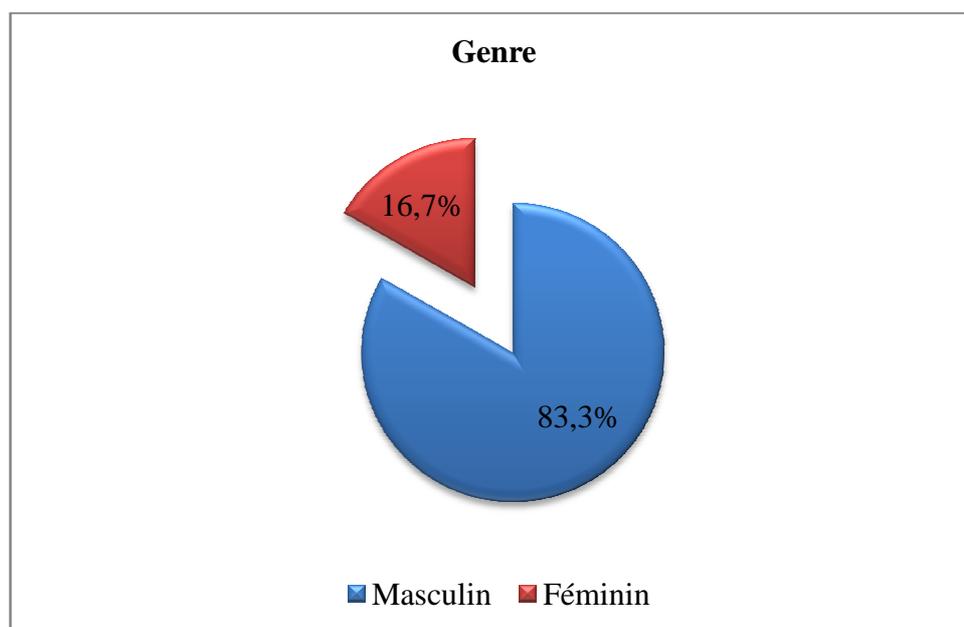
#### II.1.1.5 Durée de suivi des PVVIH avant la perte de vue

La durée de suivi avant la perte de vue variait de 0,03 mois à 102 mois, avec une moyenne de 12,07 mois.

## II.1.2 CARACTERISTIQUES SOCIODEMOGRAPHIQUES ET CLINIQUES DES PVVIH PERDUES DE VUE RETROUVEES

### II.1.2.1 Répartition des PVVIH perdues de vue retrouvées selon le genre

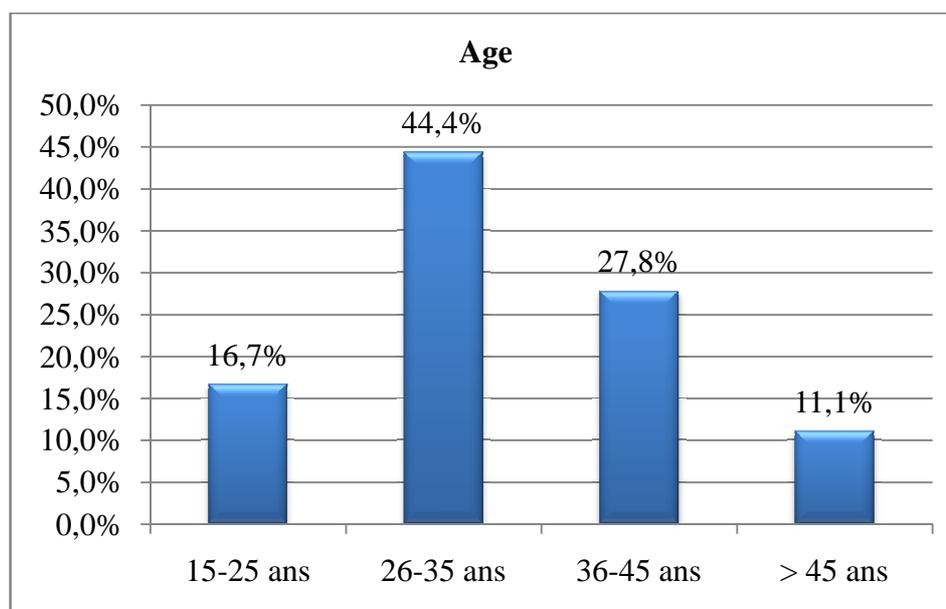
Les PVVIH perdues de vue retrouvées de sexe masculin avait une proportion de 83,3%. Le sex ratio était de 5.



**Figure 18:** Répartition des PVVIH perdues de vue retrouvées selon le genre (n=18) à l'USFR maladies infectieuses du CHUJRB, mois de Juillet 2014

### II.1.2.2 Répartition des PVVIH perdues de vue retrouvées selon l'âge

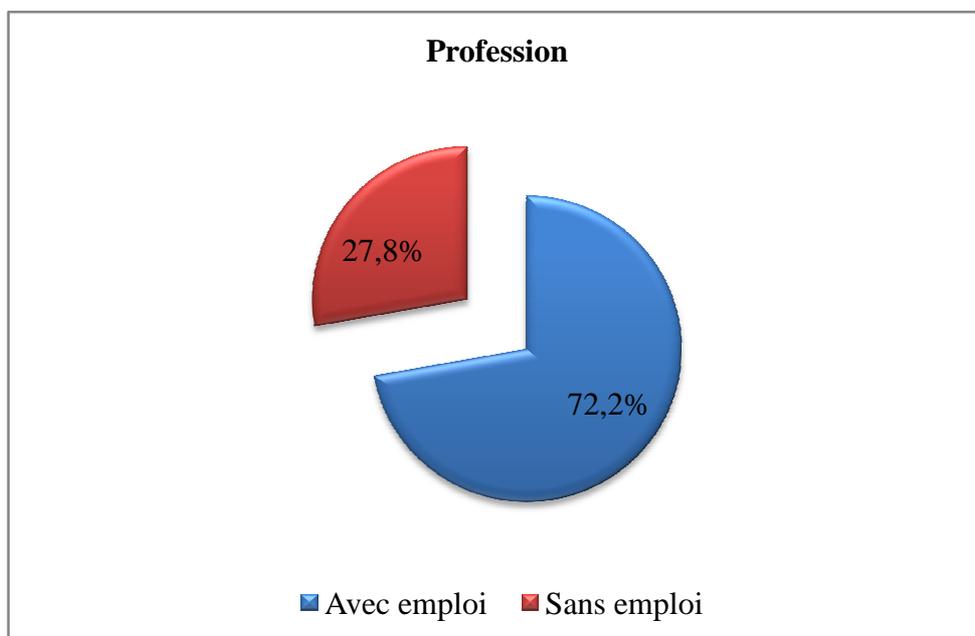
L'âge des PVVIH perdues de vue retrouvées variait entre 20 et 70 ans avec une moyenne de 35,7 ans. La tranche d'âge de 26 à 35 ans avait une proportion de 44,4%, celle de plus de 45 ans, une proportion de 11,1%.



**Figure 19:** Répartition des PVVIH perdues de vue retrouvées selon l'âge (n=18) à l'USFR maladies infectieuses du CHUJRB, mois de Juillet 2014

### II.1.2.3 Répartition des PVVIH perdues de vue retrouvées selon la profession

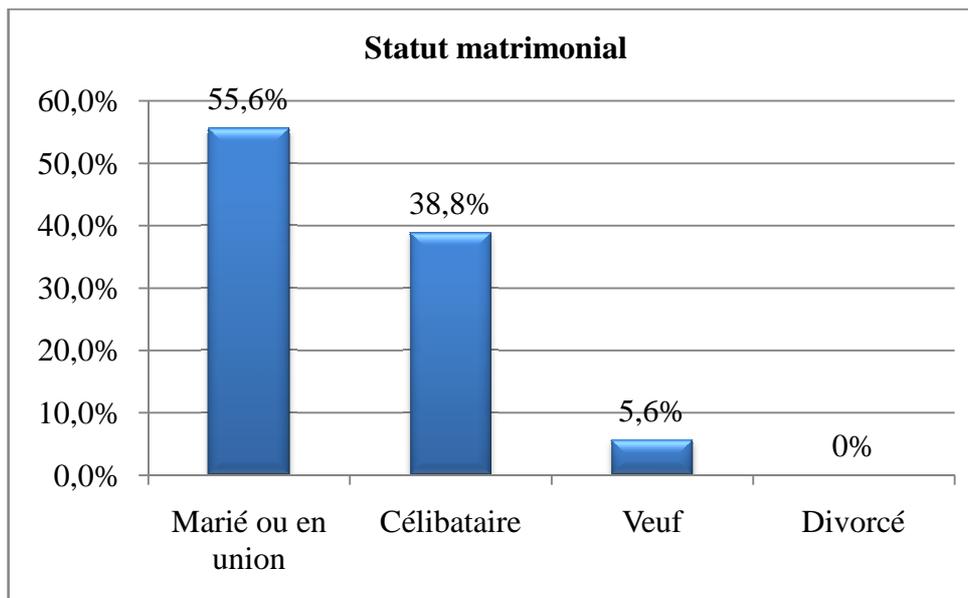
Une proportion de 72,2% des PVVIH perdues de vue retrouvées avaient un emploi.



**Figure20:** Répartition des PVVIH perdues de vue retrouvées selon la profession (n=18) à l'USFR maladies infectieuses du CHUJRB, mois de Juillet 2014

#### II.1.2.4 Répartition des PVVIH perdues de vue retrouvées selon le statut matrimonial

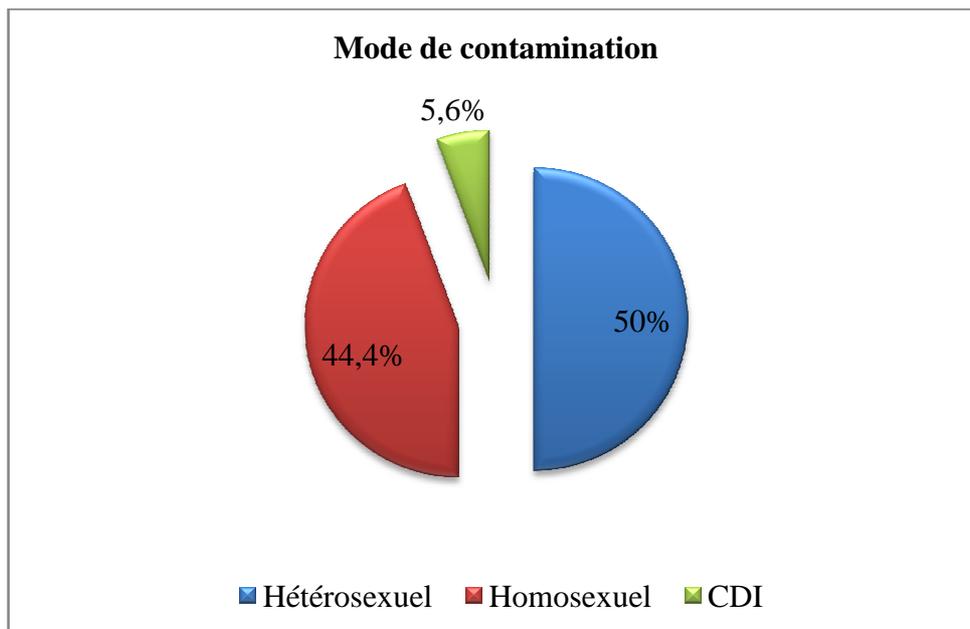
Les PVVIH perdues de vue retrouvées mariées ou en concubinage avaient une proportion de 55,6% et les célibataires, 38,8%.



**Figure21:** Répartition des PVVIH perdues de vue retrouvées selon le statut matrimonial (n=18) à l'USFR maladies infectieuses du CHUJRB, mois de Juillet 2014

### II.1.2.5 Répartition des PVVIH perdues de vue retrouvées selon le mode de contamination

Les hétérosexuels et les homosexuels avaient respectivement une proportion de 50% et 44,4%.

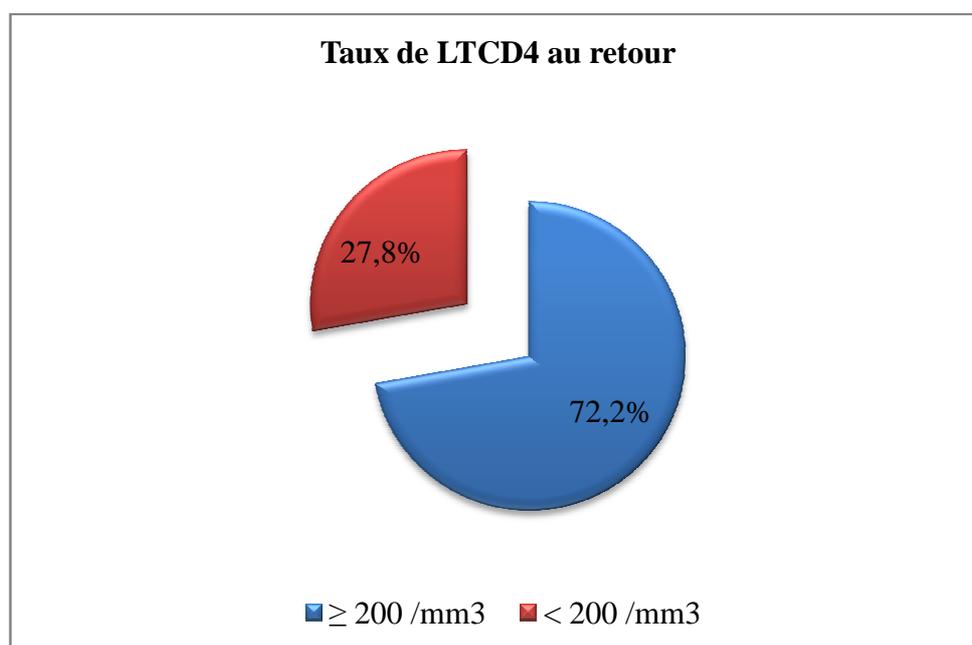


CDI : consommateur de drogues injectables

**Figure 22:** Répartition des PVVIH perdues de vue retrouvées selon le mode de contamination (n=18) à l'USFR maladies infectieuses du CHUJRB, mois de Juillet 2014

### II.1.2.6 Répartition des PVVIH perdues de vue retrouvées selon le taux de CD4

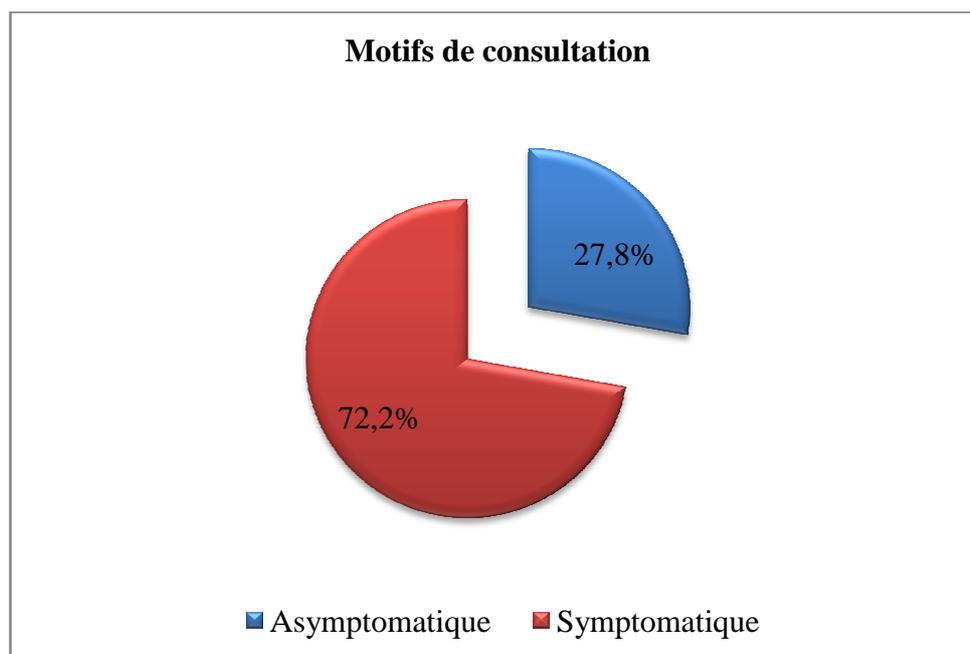
Les taux de CD4 lors de la réintégration dans le système de soins étaient compris entre 16 /mm<sup>3</sup> et 608 /mm<sup>3</sup>, avec un taux moyen de 308,8 /mm<sup>3</sup>. Une proportion de 27,8% des PVVIH perdues de vue retrouvées avaient un taux de CD4 inférieur à 200 /mm<sup>3</sup>.



**Figure 23:** Répartition des PVVIH perdues de vue retrouvées selon le taux de CD4 lors de la réintégration dans le système de soins (n=18) à l'USFR maladies infectieuses du CHUJRB, mois de Juillet 2014

### II.1.2.7 Répartition des PVVIH perdues de vue retrouvées selon le motif de consultation

Une proportion de 72,2% de PVVIH perdues de vue retrouvées était symptomatique lors de la réintégration dans le système de soins.



**Figure 24:** Répartition des PVVIH perdues de vue retrouvées selon le motif de consultation lors de la réintégration dans le système de soins (n=18) à l'USFR maladies infectieuses du CHUJRB, mois de Juillet 2014

### II.1.2.8 Répartition des PVVIH perdues de vue retrouvées selon les maladies opportunistes

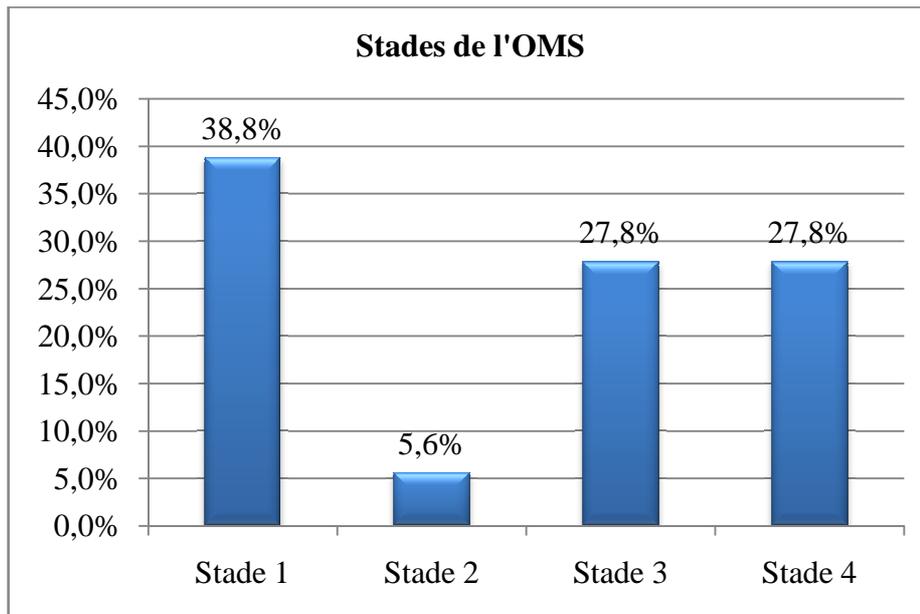
Aucune maladie opportuniste lors de la réintégration dans le système de soins n'était observée dans 83,2% des cas. Une proportion de 16,8% a présenté des maladies opportunistes dont le lymphome, la pneumocystose et la tuberculose qui occupait chacune une proportion de 5,6%.

**Tableau VI:** Répartition des PVVIH perdues de vue retrouvées selon les maladies opportunistes (n=18) à l'USFR maladies infectieuses du CHUJRB, mois de Juillet 2014

<b>Maladies opportunistes</b>	<b>PVVIH perdues de vue retrouvées n (%)</b>
<b>Aucune</b>	15 (83,2)
Lymphome	1 (5,6)
Pneumocystose	1 (5,6)
Tuberculose	1 (5,6)

### II.1.2.9 Répartition des PVVIH perdues de vue retrouvées selon les stades de l'OMS

Une proportion de 38,8% de PVVIH perdues de vue retrouvées était au stade 1 de l'OMS. Les stades 3 et 4 avaient une proportion de PVVIH à 27,8% chacune.



**Figure 25:** Répartition des PVVIH perdues de vue retrouvées selon les stades de l'OMS (n=18) à l'USFR maladies infectieuses du CHUJRB, mois de Juillet 2014

### II.1.3 RAISONS PRESUMÉES DE LA PERTE DE VUE ET RAISONS DE RETOUR AU SUIVI

Des 18 PVVIH perdues de vue que nous avons retrouvées, 4 ont été interviewées sur les raisons d'abandon de suivi et de retour, soit 22,2%, dont une femme et trois hommes. Deux des 4 PVVIH perdues de vue retrouvées avaient initié un traitement ARV au début de la prise en charge. La distance comme raison d'abandon du suivi a été évoquée par 2 PVVIH perdues de vue retrouvées. La discrimination et/ou stigmatisation et l'occupation professionnelle ont été évoquées par les autres.

**TableauVII:** Raisons présumées de la perte de vue et raisons de retour au suivi

<b>PVVIH</b>	<b>Raisons d'abandon du suivi</b>	<b>Raisons de retour</b>
<b>P1 , femme de 33 ans, sous traitement</b>	La perte de vue était liée au comportement discriminant du personnel soignant vis-à-vis d'elle ; mais elle continuait à prendre ses médicaments dans une autre structure.	Le retour a été motivé par le mauvais état de santé.
<b>P2, homme de 25 ans</b>	Son patron n'était pas au courant de sa maladie, son travail ne lui permettant de sortir que le samedi.	Il a déclaré sa maladie à son employeur 1 an après la perte de vue et celui-ci lui a laissé la journée de vendredi de libre pour effectuer le suivi de la maladie.
<b>P3, homme de 27 ans</b>	Il travaillait à Moramanga et il n'avait pas de possibilité de revenir à Antananarivo.	Il était de passage dans la capitale et a décidé de revenir pour le suivi.
<b>P4 homme de 43 ans, sous traitement</b>	Il habitait très loin.	La dégradation de son état de santé l'a motivé à revenir à l'hôpital.

#### **II.1.4 DUREE DE LA PERTE DE VUE**

La durée de la perte de vue allait de 6 à 68 mois, avec une moyenne de 29,4 mois.

## II.2. COMPARAISON ENTRE LES PVVIH PERDUES DE VUE NON RETROUVEES ET LES PVVIH PERDUES DE VUE RETROUVEES

### II.2.1 Comparaison des PVVIH perdues de vue non retrouvées et des PVVIH perdues de vue retrouvées selon les caractéristiques socio-démographiques

#### II.2.1.1 Comparaison des PVVIH perdues de vue non retrouvées et des PVVIH perdues de vue retrouvées selon le genre

Nos résultats n'ont pas montré une association entre le genre et le retour au suivi.

**Tableau VIII:** Comparaison des PVVIH perdues de vue non retrouvées et des PVVIH perdues de vue retrouvées selon le genre

<b>Genre</b>	<b>PVVIH PDV NR n =98 (%)</b>	<b>PVVIH PDV R n=18 (%)</b>	<b>p*</b>	<b>OR†</b>
<b>Féminin</b>	34 (34,7)	3 (16,7)		1
<b>Masculin</b>	64 (65,3%)	15 (83,3)	0,17	0,37 [0,06-1,47]

\*: degré de signification ; † : odds ratio

### II.2.1.2 Comparaison des PVVIH perdues de vue non retrouvées et des PVVIH perdues de vue retrouvées selon l'âge

Pour l'âge, il n'a été noté aucun lien entre l'âge et le retour au suivi dans notre étude.

**Tableau IX:** Comparaison des PVVIH perdues de vue non retrouvées et des PVVIH perdues de vue retrouvées selon l'âge

Age	PVVIH PDV NR n =98 (%)	PVVIH PDV R n=18 (%)	p*	OR†
26-35 ans	50 (51)	8 (44,4)		1
15-25 ans	31 (31,6)	3 (16,7)	0,74	1,64 [0,36-10,35]
36-45 ans	11 (11,2)	5 (27,8)	0,13	0,35 [0,08-1,66]
>45ans	6 (6,1)	2 (11,1)	0,59	0,48 [0,06-5,74]

\*: degré de signification ; † : odds ratio

### II.2.1.3 Comparaison des PVVIH perdues de vue non retrouvées et des PVVIH perdues de vue retrouvées selon la profession

La profession n'avait aucun rapport avec le retour au suivi.

**Tableau X:** Comparaison des PVVIH perdues de vue non retrouvées et des PVVIH perdues de vue retrouvées selon la profession

Profession	PVVIH PDV NR n =98 (%)	PVVIH PDV R n=18 (%)	p*	OR†
Avec emploi	62 (63,2)	13 (72,2)		1
Sans emploi	33 (33,7)	5 (27,8)	0,78	1,38 [0,41-5,38]

\*: degré de signification ; † : odds ratio ;

#### II.2.1.4 Comparaison des PVVIH perdues de vue non retrouvées et des PVVIH perdues de vue retrouvées selon le statut matrimonial

Aucune association entre le statut matrimonial et le retour au suivi n'a été établie.

**Tableau XI:** Comparaison des PVVIH perdues de vue non retrouvées et des PVVIH perdues de vue retrouvées selon le statut matrimonial

<b>Statut matrimonial</b>	<b>PVVIH PDV NR n =98 (%)</b>	<b>PVVIH PDV R n=18 (%)</b>	<b>p*</b>	<b>OR†</b>
<b>Marié ou en union</b>	33 (33,7)	10 (55,6)		1
<b>Célibataire</b>	58 (59,2)	7 (38,8)	0,10	2,48 [0,77-8,49]
<b>Divorcé</b>	2 (2)	0 (0)		
<b>Veuf</b>	2 (2)	1 (5,6)	1	0,61 [0,02-39,29]

\*: degré de signification ; † : odds ratio

#### II.2.1.5 Comparaison des PVVIH perdues de vue non retrouvées et des PVVIH perdues de vue retrouvées selon le mode de contamination

Le mode de contamination sexuel ou intraveineux n'était pas lié au retour au suivi.

**Tableau XII:** Comparaison des PVVIH perdues de vue non retrouvées et des PVVIH perdues de vue retrouvées selon le mode de contamination

<b>Mode de contamination</b>	<b>PVVIH PDV NR n =98 (%)</b>	<b>PVVIH PDV R n=18 (%)</b>	<b>p*</b>	<b>OR†</b>
<b>Homosexuel</b>	26 (26,5)	8 (44,4)		1
<b>Hétérosexuel</b>	67 (68,4)	9 (50)	0,15	2,27 [0,68-7,4]
<b>CDI</b>	1 (1)	1 (5,6)	0,44	0,32 [0,00-27,14]

\*: degré de signification ; † : odds ratio

## II.2.2 Comparaison des PVVIH perdues de vue non retrouvées et des PVVIH perdues de vue retrouvées selon les caractéristiques clinico-biologiques au début de la prise en charge

### II.2.2.1 Comparaison des PVVIH perdues de vue non retrouvées et des PVVIH perdues de vue retrouvées selon le taux de CD4 au début de la prise en charge

Le fait d'avoir un taux de CD4 inférieur à 200 /mm<sup>3</sup> ou supérieur ou égal à 200 /mm<sup>3</sup> au début de la prise en charge n'avait pas de lien avec le retour, selon nos résultats.

**Tableau XIII:** Comparaison des PVVIH perdues de vue non retrouvées et des PVVIH perdues de vue retrouvées selon le taux de CD4 au début de la prise en charge

<b>Taux de CD4 /mm<sup>3</sup></b>	<b>PVVIH PDV NR n =98 (%)</b>	<b>PVVIH PDV R n=18 (%)</b>	<b>p*</b>	<b>OR†</b>
<b>&lt; 200</b>	18 (18,4)	5 (27,8)		1
<b>≥ 200</b>	54 (55,1)	12 (72,2)	0,76	1,24 [0,30-4,49]

\*: degré de signification ; † : odds ratio

### II.2.2.2 Comparaison des PVVIH perdues de vue non retrouvées et des PVVIH perdues de vue retrouvées selon les motifs de consultation au début de la prise en charge

Nos résultats n'ont montré aucune association entre le caractère symptomatique ou asymptomatique des motifs de consultation au début de la prise en charge avec le retour au suivi.

**Tableau XIV:** Comparaison des PVVIH perdues de vue non retrouvées et des PVVIH perdues de vue retrouvées selon les motifs de consultation au début de la prise en charge

<b>Motifs de consultation</b>	<b>PVVIH PDV NR n =98 (%)</b>	<b>PVVIH PDV R n=18 (%)</b>	<b>p*</b>	<b>OR†</b>
<b>Asymptomatique</b>	40 (40,8)	6 (33,3)	0,4058	0,56[0,13-1,97]
<b>Symptomatique</b>	51 (52)	10 (55,6)		1
<b>PTME</b>	3 (3)	0 (0)		

\*: degré de signification ; † : odds ratio

### II.2.2.3 Comparaison des PVVIH perdues de vue non retrouvées et des PVVIH perdues de vue retrouvées selon les maladies opportunistes au début de la prise en charge

Selon nos résultats, il n'existait pas de lien entre l'absence ou la présence de maladies opportunistes au début de la prise en charge et le retour au suivi.

**Tableau XV:** Comparaison des PVVIH perdues de vue non retrouvées et des PVVIH perdues de vue retrouvées selon les maladies opportunistes au début de la prise en charge

<b>Maladies opportunistes</b>	<b>PVVIH PDV NR n =98 (%)</b>	<b>PVVIH PDV R n=18 (%)</b>	<b>p*</b>	<b>OR†</b>
<b>Aucune</b>	84 (85,7)	12 (66,6)		1
<b>Tuberculose</b>	7 (7,1)	2 (11,1)	0,3432	0,50 [0,08-5,52]
<b>Lymphomes</b>	0 (0)	1 (5,56)		
<b>Pneumopathie bactérienne</b>	0 (0)	1 (5,56)		
<b>Cryptococcose</b>	1 (1)	0 (0)		
<b>Condylomes</b>	2 (2)	0 (0)		

\*: degré de signification ; † : odds ratio

#### II.2.2.4 Comparaison des PVVIH perdues de vue non retrouvées et des PVVIH perdues de vue retrouvées selon les stades OMS au début de la prise en charge

Les stades de l’OMS au début de la prise en charge n’étaient pas associés au retour au suivi.

**Tableau XVI:** Comparaison des PVVIH perdues de vue non retrouvées et des PVVIH perdues de vue retrouvées selon les stades OMS au début de la prise en charge

Stade OMS	PVVIH PDV NR n =98 (%)	PVVIH PDV R n=18 (%)	p*	OR†
Stade 1	58 (59,2)	9 (50)		1
Stade 2	9 (9,2)	1 (5,56)	1	1,39 [0,15-67,9]
Stade 3	20 (20,4)	4 (22,2)	0,7382	0,77[0,18-3,84]
Stade 4	7 (7,1)	2 (11,1)	0,6103	0,54[0,08-6,21]

\*: degré de signification ; † : odds ratio

#### II.2.3 Comparaison des caractéristiques clinico-biologiques lors de la perte de vue entre les PVVIH perdues de vue non retrouvées et les PVVIH perdues de vue retrouvées

##### II.2.3.1 Comparaison des PVVIH perdues de vue non retrouvées et des PVVIH perdues de vue retrouvées selon le taux de CD4 lors de la perte de vue

Avoir un taux de CD4 inférieur à 200 /mm<sup>3</sup> ou supérieur ou égal à 200 /mm<sup>3</sup> lors de la perte de vue n’avait pas de lien avec le retour, selon nos résultats.

**Tableau XVII:** Comparaison des PVVIH perdues de vue non retrouvées et des PVVIH perdues de vue retrouvées selon le taux de CD4 lors de la perte de vue

Taux de CD4 /mm <sup>3</sup>	PVVIH PDV NR n =98 (%)	PVVIH PDV R n=18 (%)	p*	OR†
< 200	12 (12,2)	0 (0)		1
≥ 200	49 (50)	15 (83,3)	0,06	0 [0,0-1,24]

\*: degré de signification ; † : odds ratio

### II.2.3.2 Comparaison des PVVIH perdues de vue non retrouvées et des PVVIH perdues de vue retrouvées selon les motifs de consultation lors de la perte de vue

Nos résultats n'ont montré aucune association entre le caractère symptomatique ou asymptomatique des motifs de consultation lors de la perte de vue avec le retour au suivi.

**Tableau XVIII:** Comparaison des PVVIH perdues de vue non retrouvées et des PVVIH perdues de vue retrouvées selon les motifs de consultation lors de la perte de vue

<b>Motif de consultation</b>	<b>PVVIH PDV NR n =98 (%)</b>	<b>PVVIH PDV R n=18 (%)</b>	<b>p*</b>	<b>OR†</b>
<b>Asymptomatique</b>	48 (49)	10 (55,6)	0,4058	0,56 [0,13-1,97]
<b>Symptomatique</b>	43 (44)	5 (27,8)		1
<b>PTME</b>	2 (2)	0 (0)		

\*: degré de signification ; † : odds ratio

### II.2.3.3 Comparaison des PVVIH perdues de vue non retrouvées et des PVVIH perdues de vue retrouvées selon les maladies opportunistes lors de la perte de vue

Selon nos résultats, il n'existait pas de lien entre la présence ou non de maladies opportunistes lors de la perte de vue et le retour au suivi.

**Tableau XIX:** Comparaison des PVVIH perdues de vue non retrouvées et des PVVIH perdues de vue retrouvées selon les maladies opportunistes lors de la perte de vue

<b>Maladies opportunistes</b>	<b>PVVIH PDV NR n =98 (%)</b>	<b>PVVIH PDV R n=18 (%)</b>	<b>p*</b>	<b>OR†</b>
<b>Aucune</b>	82 (83,7)	14 (77,8)		1
<b>Tuberculose</b>	7 (7,1)	0 (0)		
<b>Lymphomes</b>	0 (0)	1 (5,56)		
<b>Toxoplasmose cérébrale</b>	1 (1)	0 (0)		
<b>Sarcome de kaposi</b>	1 (1)	0 (0)		
<b>Condylomes</b>	1 (1)	0 (0)		

\*: degré de signification ; † : odds ratio

#### **II.2.3.4 Comparaison des PVVIH perdues de vue non retrouvées et des PVVIH perdues de vue retrouvées selon les stades OMS lors de la perte de vue**

Les stades de l'OMS lors de la perte de vue n'étaient pas associés au retour.

**Tableau XX:** Comparaison des PVVIH perdues de vue non retrouvées et des PVVIH perdues de vue retrouvées selon les stades OMS lors de la perte de vue

<b>Stade OMS</b>	<b>PVVIH PDV NR n =98 (%)</b>	<b>PVVIH PDV R n=18 (%)</b>	<b>p*</b>	<b>OR†</b>
<b>Stade 1</b>	48 (49)	8 (44,4)		1
<b>Stade 2</b>	15 (15,3)	1 (5,6)	0,673	2,47 [0,28-118,15]
<b>Stade 3</b>	20 (20,4)	4 (22,2)	0,7455	0,83[0,19-4,22]
<b>Stade 4</b>	10 (10,2)	2 (11,1)	1	0,83 [0,13-9,24]

\*: degré de signification ; † : odds ratio

## II.2.4 Comparaison des PVVIH perdues de vue non retrouvées et des PVVIH perdues de vue retrouvées selon le traitement initié ou non à l'inclusion

Selon nos résultats, le traitement non initié au début de la prise en charge était associé au non retour au suivi.

**Tableau XXI:** Comparaison des PVVIH perdues de vue non retrouvées et des PVVIH perdues de vue retrouvées selon le traitement initié ou non au début de la prise en charge

Traitement initié au début de la prise en charge	PVVIH PDV NR n =98 (%)	PVVIH PDV R n=18 (%)	p*	OR†
Oui	27 (27,5)	11 (61,1)		1
Non	71 (72,4)	7 (38,9)	<b>0,01174</b>	4,07 [1,3-13,8]

\*: degré de signification ; † : odds ratio

## **TROISIEME PARTIE : DISCUSSION**

## DISCUSSION

### I. La limite de l'étude

Notre étude a été limitée par l'absence de certaines données aussi bien sociales telles que le niveau scolaire qui est une notion importante dans la compréhension de la maladie et de son traitement et par conséquent dans la compliance au suivi, que cliniques, dans les dossiers médicaux. Une bonne gestion des dossiers médicaux par les professionnels de santé qui s'occupent de remplir les dossiers s'avère nécessaire.

### II. La fréquence

Notre étude a montré une fréquence élevée de PVVIH perdues de vue de 36% (116/322). Dans la littérature, des fréquences plus basses (22%, 22,8%, 16,4%, 13,4%) [5, 39-41] étaient observées. Ceci pourrait s'expliquer par le fait qu'il existe un bon encadrement et un meilleur suivi des PVVIH dans ces pays. Mais cette fréquence élevée des PVVIH perdues de vue (36%) observée dans le service des Maladies Infectieuses de l'HUJRB serait due à un problème de confiance des PVVIH, de discrimination et de stigmatisation dont elles ont été victimes et un problème d'absence de prise de conscience de l'importance du suivi et du traitement [8].

Une incidence basse des PVVIH perdues de vue retrouvées de 15,5% (18/116) a été constatée dans notre étude. Cette incidence se rapproche de celle de Geng EH et al qui, dans une étude réalisée en Ouganda en 2010, retrouvait une incidence de 15% [39]. Dans d'autres études, des incidences plus élevées étaient observées (27,1%, 64,8%, 54,8%) [5, 40, 41]. Cette différence de chiffre entre nos PVVIH perdues de vue retrouvées et celui des PVVIH perdues de vue retrouvées des autres auteurs serait due à une différence d'échantillonnage. En effet, la taille de l'échantillon était plus importante pour les autres auteurs. Elle pourrait aussi être due à une différence de cadre d'étude, les autres auteurs ayant réalisé leurs études dans plusieurs centres [5, 41]. Une hétérogénéité du délai d'absence de suivi pour définir la perte de vue pourrait être évoquée, ce délai variait de 6 semaines [40] à 12 mois [5, 41]. Enfin, cette différence résulterait également du fait que dans notre population même les PVVIH perdues de vue sans traitement ARV initié étaient incluses tandis que pour les autres études, les PVVIH perdues de vue sous traitement ARV uniquement ont été incluses [39-41]. Cependant, en ramenant la durée d'absence de suivi à 6 mois pour parler de perte de vue, Dalal P et

al, Ndiaye B et al, avaient des incidences de PVVIH perdues de vue retrouvées plus élevées dans leurs pays [40, 41]. Ce qui nous amène encore à conclure que le suivi était meilleur dans ces pays où l'incidence des PVVIH perdues de vue retrouvées était plus élevée que la notre. Cependant, dans la littérature, en Afrique, il a été noté que parmi les PVVIH perdues de vue, beaucoup étaient décédées et jusqu'à 20 à 60% de décès pouvaient être observés [25, 42]. D'autres avaient changé de centre de prise en charge sans en avertir les professionnels de santé qui s'occupaient d'eux et étaient donc transférées [43]. Ces issues des PVVIH perdues de vue avaient été constatées lorsqu'une recherche active avait été effectuée. Elles engendraient une surestimation du nombre de PVVIH perdues de vue. Tout ceci s'appliquerait également à notre cas car sur tout le territoire malgache, on dénombrait seulement 78 PVVIH perdues de vue [8] alors que dans notre centre, nous en avons dénombré 116. Ce qui ferait donc évoquer l'existence de transferts non signalés ou de décès ayant majoré ce chiffre de 116 et par conséquent ayant eu un impact sur la proportion des PVVIH perdues de vue qui sont revenues pour le suivi.

Toutefois, avec un nombre si élevé de PVVIH perdues de vue dans notre étude, il y a lieu de trouver des solutions pour limiter ce problème, par exemple en améliorant le système mis sur pied par l'Etat pour la prise en charge des PVVIH. Il s'agirait de : renforcer l'IEC sur l'infection à VIH en passant par les groupes communautaires et avec l'aide des missionnaires religieux ou des médias (télévision, radio, dépliants). Un recyclage permanent et une extension de la formation du personnel soignant sur l'infection à VIH serait indispensable. L'Etat devrait adopter une loi pour la protection de ces PVVIH victimes de discrimination et de stigmatisation et il devrait faire figurer la lutte contre la discrimination et la stigmatisation dans les stratégies de lutte contre l'infection à VIH. Enfin, rembourser les frais de transport aller-retour aux PVVIH démunies dans la mesure du possible les aiderait à rester dans le circuit de soins. Pour améliorer la proportion des PVVIH perdues de vue retrouvées, notre centre d'étude devrait mettre sur pied des techniques pour rechercher les PVVIH perdues de vue : par le système de téléphonie, encore faudrait-il qu'il y ait tous les contacts des patients et les bons dans les dossiers médicaux ou par la création d'un comité de recherche des PVVIH dont la dernière visite remonte à 6 mois.

### III. Le genre

Une prédominance masculine parmi les PVVIH perdues de vue a été observée, avec un sex ratio égal à 2,1. Il n'a été noté aucune association entre le genre et le retour au suivi. Cette prédominance est retrouvée dans la littérature [42, 44-46]. Une explication selon laquelle les femmes contrairement aux hommes sont les premières dispensatrices de soins et ressentent une responsabilité plus grande de rester en bonne santé, donc de rester dans le circuit de soins [45] a été évoquée, ce que confirme notre résultat. Certaines études ont toutefois retrouvé une prédominance féminine [39, 40, 47]. La grande majorité des PVVIH suivies étaient de sexe féminin. Lors de la réintégration dans le système de soins, la proportion des PVVIH perdues de vue retrouvées de sexe féminin était beaucoup plus faible que celle des PVVIH perdues de vue retrouvées de sexe masculin. Le sex ratio était de 5. Une étude a montré qu'à Madagascar, les femmes étaient plus victimes de discrimination et/ou stigmatisation que les hommes [48], ce qui aurait pu influencer le non retour au suivi.

Des interventions conçues séparément pour les hommes avec renforcement du counseling pour qu'ils restent dans le circuit de soins, et chez les femmes avec nécessité d'insister sur la lutte contre la discrimination et/ou stigmatisation pour favoriser le retour au suivi après la perte de vue s'avèrent indispensables.

### IV. L'âge

L'âge de toutes les PVVIH perdues de vue variait entre 18 et 70 ans, avec une moyenne de 30,7 ans. Nous avons noté une proportion importante de PVVIH perdues de vue pour la tranche d'âge de 15 à 35 ans, avec un pic dans la tranche d'âge de 26 à 35 ans. Donc plus notre population était jeune, plus elle était susceptible d'être perdue de vue. Mais aucune association statistiquement significative n'a été observée. Dans la littérature, une association entre l'âge inférieur à 30 ans et la perte de vue [44, 49] a été mentionnée. Dalal RP et al retrouvait un âge moyen de 36,6 ans chez les PVVIH perdues de vue [40]. Il a souligné dans son étude que les PVVIH suivies à la clinique étaient des adultes, d'où cette moyenne plus élevée que la notre.

Ce qui expliquerait le pic dans cet intervalle de jeune âge serait la découverte de la maladie au moment de la contraction du virus car selon la physiopathologie et l'histoire naturelle de l'infection à VIH [14, 15], il faudrait en général plusieurs années

d'évolution pour que l'état immunitaire soit en déficit de ses éléments. Donc, une contamination à un âge précoce des sujets de notre étude pourrait en être la cause, ceci en concordance avec les études réalisées antérieurement à Madagascar [50]. D'autre part, la faible adhérence des jeunes au port de préservatif lors des rapports sexuels les exposant ainsi au risque de contracter le virus peut être évoquée. Les résultats des dernières enquêtes nationales sur le suivi des objectifs du millénaire pour le développement auprès de la population générale, des jeunes et des professionnels du sexe à Madagascar (ENSOMD 2012-2013) ont montré que moins d'un adulte sur 10 âgé de 15 à 49 ans ont déclaré avoir utilisé un préservatif lors du dernier rapport sexuel [8].

Nous suggérons donc de renforcer l'action des services de prise en charge des PVVIH sur les adolescents et les jeunes adultes avec des programmes attractifs qui favoriseraient le maintien dans le circuit de soins.

## **V. La profession**

Dans notre étude, la grande majorité des PVVIH perdues de vue avaient un emploi, soit 64,6%. Dans l'étude de Dalal RP en Afrique du Sud, au contraire, plus de la moitié des PVVIH perdues de vue n'avaient pas d'emploi [40]. Dans notre étude, ce qui justifierait la perte de vue chez des PVVIH qui ont un emploi serait le fait que par manque de temps du fait des occupations professionnelles, nos PVVIH perdues de vue ne se rendaient pas dans un centre de prise en charge pour effectuer le suivi de leur maladie. Dans la littérature, il est observé qu'avoir un travail peut emmener la PVVIH à abandonner le suivi [39]. Par-contre, chez les PVVIH qui n'ont pas d'emploi, la perte de vue pourrait s'expliquer par le manque d'argent pour le transport au centre de prise en charge [51].

Pour ces PVVIH qui ont un emploi, pour limiter la perte de vue, il serait indispensable de distribuer des médicaments pour une période cumulée de plusieurs mois pour celles qui sont sous traitement, ou espacer les visites pour celles qui ne reçoivent pas d'ARV. Donc il y a nécessité d'adopter une prise en charge adaptée à chaque situation socio-professionnelle des PVVIH.

## **VI. Le statut matrimonial**

Le statut matrimonial prédominant observé chez les PVVIH perdues de vue de notre étude était celui de célibataire mais il n'y avait pas de lien statistiquement significatif entre le statut matrimonial et le retour au suivi. Ce résultat corrobore celui de Dalal RP et al [40]. Il a été constaté la pratique de multipartenariat sexuel qui est un facteur de risque de contraction du virus au sein de la population malgache qui d'ailleurs adhère faiblement au port du préservatif lors des rapports sexuels [8], ce qui expliquerait cette prédominance des célibataires.

L'intensification des efforts visant à promouvoir les comportements et pratiques sexuelles à faible risque s'avère indispensable.

## **VII. Le mode de contamination**

Le mode de contamination dominant était le mode hétérosexuel. Une faible proportion de 1,7% de PVVIH consommatrices de drogues injectables perdues de vue a été observée. Aucune association significative n'a été retrouvée entre ce mode hétérosexuel et le retour au suivi. Par-contre dans la littérature, on retrouvait une prédominance du mode homosexuel [42] ou du mode de contamination par consommation de drogues injectables [33]. Ndiaye B et al a observé que le mode de contamination par consommation de drogues injectables était associé à un risque accru de perte de vue [44].

Avec la grande proportion des célibataires dans notre étude, notre population étant en majorité jeune (prédominance de la tranche d'âge de 15 à 35 ans) et avec la pratique du multipartenariat sexuel et la faible adhérence au port du préservatif lors des rapports sexuels observé chez les jeunes à Madagascar [8], cette prédominance du mode hétérosexuel est justifiée. Lors de l'IEC, insister sur le port de préservatif aussi bien masculin que féminin et étendre le réseau de distribution de ces préservatifs.

## **VIII. Les taux de LTCD4 au début de la prise en charge, lors de la perte de vue et lors de la réintégration dans le système de soins**

Le taux moyen de LTCD4 au début de la prise en charge était de 352 /mm<sup>3</sup> chez les PVVIH perdues de vue, avec une proportion de 56,9% qui avait un taux de CD4 supérieur ou égal à 200 /mm<sup>3</sup>. Mais il n'y avait pas d'association statistiquement

significative entre le taux de CD4 supérieur ou égal à 200 /mm<sup>3</sup> et le retour au suivi. Avec un taux moyen de LTCD4 supérieur à 200 /mm<sup>3</sup>, notre résultat se rapproche de celui de Mocroft A et al qui retrouvait un taux moyen de 291 /mm<sup>3</sup> [5], contrairement aux résultats de Dalal RP et al et Geng EH et al qui trouvaient un taux moyen de LTCD4 beaucoup plus bas [39, 40], respectivement de 76 /mm<sup>3</sup> et 72 /mm<sup>3</sup>. Nos données montrent donc que moins la PVVIH est immunodéprimée, plus elle a des chances d'être perdue de vue. Ndiaye B et al signalait que le risque d'être perdue de vue diminue si la PVVIH a un taux de LTCD4 inférieur à 200 /mm<sup>3</sup> [44] au début de la prise en charge.

Lors de la perte de vue, le taux moyen de LTCD4 était de 383,7 /mm<sup>3</sup> chez nos PVVIH perdues de vue, augmenté par rapport au début de la prise en charge. Il persistait une prédominance de la proportion des PVVIH perdues de vue qui avait un taux de LTCD4 supérieur ou égal à 200 /mm<sup>3</sup>. Ces résultats se rapprochent de ceux de Ndiaye B qui retrouvait un taux moyen de 401 /mm<sup>3</sup>, avec 63,5% des PVVIH qui avaient un taux de LTCD4 supérieur à 350 /mm<sup>3</sup> [41]. Avec une durée moyenne de suivi de 12 mois seulement observée chez notre population, on peut comprendre la faible augmentation du taux de LTCD4 au moment de la perte de vue. En effet, l'objectif du traitement ARV est en partie de restaurer un taux de LTCD4 supérieur à 500 /mm<sup>3</sup> en rendant la charge virale indétectable, ce qui maximalise la restauration immunitaire [26], mais cette restauration immunitaire est souvent lente et incomplète [52]. Nos résultats montrent encore que la PVVIH perdue de vue est celle qui est moins immunodéprimée.

Les PVVIH perdues de vue retrouvées revenaient avec un taux moyen de CD4 de 308,8 /mm<sup>3</sup>. On constate une dégradation des chiffres par rapport à ceux observés au début de la prise en charge, le risque étant de développer des maladies opportunistes qui accéléreraient la survenue de la mort [36]. Ndiaye B et al retrouvait des résultats similaires aux nôtres, avec un taux moyen de LTCD4 de 305 /mm<sup>3</sup> au retour [44]. Dans notre population, la durée moyenne de la perte de vue était de 29,4 mois. Or il y a une perte progressive de 50 à 100 LTCD4 /mm<sup>3</sup> par an en l'absence de traitement [10], ce qui expliquerait bien cette baisse de LTCD4 observé dans notre étude.

Nous constatons donc que lorsque l'état immunitaire s'améliorait, les patients étaient plus susceptibles d'abandonner le suivi et revenaient lorsque cet état commençait à se dégrader. D'où la nécessité de renforcer l'éducation des PVVIH sur le bien fondé de poursuivre le suivi même s'ils se sentent bien.

### **IX. Les motifs de consultation au début de la prise en charge, lors de la perte de vue et lors de la réintégration dans le système de soins**

Au début de la prise en charge, plus de la moitié des PVVIH perdues de vue (52,6%) consultait parce qu'elles avaient des symptômes et une proportion de 2,6% consultait dans le cadre de la PTME. Boyles TH et al retrouvait dans son étude menée en Afrique du Sud en 2011 un risque élevé entre la grossesse et la perte de vue [53]. Nous n'avons retrouvé aucune association statistiquement significative entre la présence de symptômes au début de la prise en charge et le retour au suivi.

Lors de la perte de vue, cette proportion des PVVIH symptomatiques avait diminué, passant de 52,6% à 41,4%. La grande majorité des PVVIH était asymptomatique. Cependant, dans la littérature, nous avons observé qu'au moment de la perte de vue, beaucoup de PVVIH sont asymptomatiques [39, 41]. On pourrait évoquer le fait qu'avec la diminution des symptômes, les PVVIH se sont mieux senties et ne trouvaient pas l'intérêt de rester dans le circuit de soins. Cette hypothèse a également été émise dans une étude [46].

Lors de la réintégration dans le système de soins, plus de la moitié des PVVIH perdues de vue retrouvées présentait des symptômes (72,2%), la proportion étant plus importante que celle du début de la prise en charge (55,6%). Donc, elles revenaient plus malades que lors de la première visite, confirmant l'évolution naturelle de la maladie en l'absence de traitement [16].

Le niveau de soins devrait donc être considéré en fonction des résultats cliniques des PVVIH.

### **X. Les maladies opportunistes au début de la prise en charge, lors de la perte de vue et lors de la réintégration dans le système de soins**

Au début de la prise en charge, seulement 12,1% des PVVIH perdues de vue présentaient des maladies opportunistes. Cette proportion était comparable à celles

rencontrées dans la littérature qui allaient de 10,8% à 11,8% [41, 54]. Il n'y avait pas d'association statistiquement significative entre la présence de maladies opportunistes au début de la prise en charge et le retour au suivi. Saka B signalait dans son étude que l'existence de maladies opportunistes était un facteur associé à la perte de vue précoce sous traitement ARV [54].

Lors de la perte de vue, la proportion des PVVIH perdues de vue qui présentaient une maladie opportuniste avait diminué, cette proportion était de 10,5%, comparable à ce qui est retrouvé dans la littérature : 10,8% [41]. Ceci montre qu'il y avait une amélioration de l'état général, ayant probablement motivé l'abandon du suivi. Dans la littérature, certaines PVVIH évoquaient, lorsqu'on leur demandait les raisons de l'abandon du suivi, que l'amélioration de leur état de santé les avait poussé à quitter le circuit de soins [51].

Lors de la réintégration dans le système de soins, les maladies opportunistes étaient observées dans 16,8% des cas, cette proportion étant plus élevée que celle observée au début de la prise en charge. Ce résultat rejoint celui de Ndiaye B et al (27%) [41]. Les PVVIH revenaient donc lorsque leur état de santé commençait à se dégrader, confirmant encore l'évolution naturelle de la maladie en l'absence de traitement [16].

Au cours de l'IEC, il ya nécessité d'expliquer à la PVVIH l'importance de rester dans le circuit de soins pour lutter contre la survenue des maladies opportunistes qui évoluerait incontestablement vers la mort.

## **XI. Les stades de l'OMS au début de la prise en charge, lors de la perte de vue et lors de la réintégration dans le système de soins**

Au début de la prise en charge, une proportion importante de PVVIH perdues de vue était surtout observée au stade 1 de l'OMS, dû au fait que la plupart était asymptomatique comme observé plus haut. Aucune association statistiquement significative n'a été retrouvée entre un stade quelconque de l'OMS et le retour au suivi. Contrairement à notre résultat, au Nigéria, Odafe S a observé que les PVVIH au stade 2 de l'OMS avaient un risque élevé de perte de vue [46] et au Togo, Saka B et al montrait qu'être au stade 3 ou 4 de l'OMS représentait un facteur associé à la perte de vue [54].

Lors de la perte de vue, la proportion des PVVIH perdues de vue au stade 1 de l'OMS avait diminué tandis qu'il y avait une augmentation de la proportion de PVVIH perdues de vue aux stades 2 et 4 alors que nous avons retrouvé une proportion de PVVIH asymptomatiques plus importante lors de la perte de vue qu'au début de la prise en charge. Dans la littérature, il est dit que la catégorisation des PVVIH est hiérarchique, c'est-à-dire qu'une PVVIH ne peut appartenir simultanément à deux stades ni revenir au cours de son évolution à un stade classant antérieur [16], ce qui expliquerait nos résultats.

Lors de la réintégration dans le système de soins, nous avons observé une augmentation de la proportion des PVVIH perdues de vue aux stades 3 et 4, la proportion au stade 4 ayant triplé par rapport à celle du début de la prise en charge. Ceci est la conséquence de l'augmentation de la proportion des PVVIH perdues de vue qui avaient des maladies opportunistes au retour. Nos résultats sont comparables à ceux de Geng EH et al qui, en 2013, a observé une proportion plus importante de PVVIH perdues de vue retrouvées aux stades 2 et 4 de l'OMS au retour [55].

Nous constatons que lorsque la PVVIH abandonne le suivi, elle revient plus malade qu'au début de la maladie. Le niveau de soins devrait donc être considéré en fonction des résultats cliniques et paracliniques des PVVIH.

## **XII. Le traitement initié ou non au début de la prise en charge**

La grande majorité des PVVIH perdues de vue n'était pas sous traitement au début de la prise en charge. Une proportion non négligeable de 32,8% était sous traitement ARV. Lamb MR et al dans son étude a montré que plus la PVVIH était jeune, plus on pouvait observer la perte de vue avant ou après l'instauration du traitement antirétroviral [56], ce qui corrobore nos résultats car notre population d'étude était en majorité jeune (15 à 35 ans). Nos résultats ont montré que le risque d'être perdu de vue non retrouvé augmentait avec le fait que le traitement était non initié au début de la prise en charge ( $p = 0,01174$ , 95% IC 1,28-13,8).

Parmi les PVVIH perdues de vue retrouvées, nous avons pu interviewer 4 PVVIH dont 2 avaient été mises sous traitement au début de la prise en charge. Elles avaient évoqué la discrimination et/ou la stigmatisation motivant le transfert dans un

autre centre de prise en charge et la distance comme motifs d'abandon du suivi. Dans des études malgaches, l'existence des attitudes de discrimination et de stigmatisation venant de certains personnels de santé surtout les paramédicaux [48, 57] a été évoquée. Randriatsarafara F.M. et al dans son étude menée à Antananarivo en 2012 a montré une corrélation entre l'attitude discriminatoire du professionnel de santé envers les PVVIH et le genre féminin [48], notre PVVIH qui s'est plaint de discrimination étant de sexe féminin. La PVVIH ayant évoqué la distance comme raison d'abandon de suivi habitait dans une région où existe un centre de prise en charge. Une étude menée au Nigeriasignalaitque les PVVIHn'utilisent pasforcément les services des établissementsproches de leurscommunautésen raison dela stigmatisation[58], ce qui pourrait expliquer le cas de cette PVVIH. Plusieurs études ont étudié les PVVIH perdues de vue sous traitement ARV [39, 40, 51] et en plus du transfert et de la distance, elles ont mentionné d'autres raisons possibles de l'abandon du suivi sous traitement après recherche active des PVVIH perdues de vue, telles que l'existence d'autres sources d'approvisionnement des ARV, le décès, le manque de moyens financiers pour le transport, le voyage, les effets secondaires des ARV, l'état de santé ne permettant pas de se déplacer pour récupérer les ARV car la PVVIH était très malade, les emplois.

Les deux autres PVVIH interviewées n'étaient pas sous traitement. Les raisons d'abandon étaient l'emploi et la distance. Dans notre population, la grande majorité avait un emploi. Geng EH et al a souligné que l'emploi pouvait constituer une barrière à la rétention des PVVIH en phase pré-thérapeutique dans le circuit de soins [55]. Il a également mentionné qu'en Afrique en général, 2 à 3 séances de counseling sont recommandées avant le traitement mais ceci pourrait aussi constituer une barrière à l'initiation des ARV [55].

La lutte contre la discrimination et la stigmatisation des PVVIH par l'adoption d'une loi par l'état pour la protection de ces PVVIH est indispensable. Et concernant le problème de distance, nous proposons d'étendre le réseau d'administration de soins ou de créer des programmes pour le suivi des PVVIH à domicile dans la mesure du possible.

## **CONCLUSION**

## CONCLUSION

Cette étude réalisée dans le service des Maladies Infectieuses de l'HUJR de Befelatanana sur une période de 8,6 ans a montré une fréquence élevée des PVVIH perdues de vue de 36% parmi les PVVIH enregistrées. Il y'avait une faible incidence des PVVIH perdues de vue retrouvées qui était de 15,5%. Nos résultats montraient que les PVVIH perdues de vue étaient à prédominance masculine (68,1%) et jeunes. La majorité avait un emploi (64,6%) et était célibataire (56%). Moins la PVVIH était malade c'est-à-dire plus le taux de CD4 était élevé, plus elle avait un risque d'être perdue de vue. Le traitement non initié au début de la prise en charge avait un lien avec le non retour des PVVIH perdues de vue.

Les conséquences de cet abandon du suivi sont la dégradation de l'état de santé de la PVVIH avec la mort comme issue. Pour la société, la conséquence de cette perte de vue est l'augmentation du risque de dissémination de la maladie.

Des stratégies efficaces pour maintenir les PVVIH dans le circuit de soins, basées sur l'IEC sur l'infection à VIH essentiellement amélioreraient la rétention, sans oublier la nécessité d'une approche multidisciplinaire (soutien psychologique) et multisectorielle (tradipraticiens, ONG, associations,...).

## **REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES**

## REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Lacombe K, Girard PM. Infection à VIH. Rev Prat. 2003; 53: 1479-87.
2. Morlat P. Prise en charge médicale des personnes vivant avec le VIH : Recommandations du groupe d'experts. Paris: la documentation française; 2013
3. WHO. Consolidated guidelines on the use of antiretroviral drugs for treating and preventing HIV infection: recommendations for a public health approach. 2013. Disponible à <http://www.who.int/hiv/pub/guidelines/arv2013/download/en/> (accès le 18 Avril 2014).
4. Yu JK, Chen SC, Wang KY, Chang CS, Makombe SD, Schouten EJ et al. True outcomes for patients on antiretroviral therapy who are "lost to follow-up" in Malawi. Bull World Health Organ. 2007 Jul; 85(7): 550-4.
5. Mocroft A, Kirk O, Aldins P, Chies A, Blaxhult A, Chentsova N et al. Loss to follow-up in an international, multicentre observational study. HIV Med. 2008; 9: 261-9.
6. ONUSIDA. Rapport ONUSIDA sur l'épidémie mondiale de sida 2013. Genève: ONUSIDA; 2013.
7. OMS. VIH/SIDA-Aide mémoire N°360. Octobre 2013. Disponible à <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs360/fr/index.html> (accès le 27 février 2014).
8. SE/CNLS. Rapport d'activité sur la riposte au SIDA à Madagascar. Antananarivo: SE/CNLS; 2014.

9. SE/CNLS. Rapport annuel de suivi de la mise en œuvre du plan national de réponse au VIH et au SIDA 2012. Antananarivo: SE/CNLS; 2013.
10. CMIT. Infection à VIH et sida. In : E PILLY, dir. Maladies Infectieuses et Tropicales. Paris: Vivactis Plus; 2012. p. 384-98.
11. Roquebert B, Damond F, Brun-Vézinet F, Descamps D. Diversité génétique des VIH et ses conséquences. Pathol Biol. 2009 Mars; 57: 142-8. DOI 10.1016/j.patbio.2008.04.004.
12. Barré-Sinoussi F. Virologie fondamentale de l'infection VIH. In : Girard PM, Katlama C, Pialoux G, dir. VIH. Paris: Doin; 2007. p. 3-10.
13. Peigue H, Nicolas J, Huraux J. Structure des virus. In : Huraux J, dir. Traité de virologie médicale. Paris: ESTEM; 2003. p. 15-29.
14. Carcelain G, Autran B. Mécanismes immunopathologiques de l'infection VIH. In: Girard PM, Katlama C, Pialoux G, dir. VIH. Paris: Doin; 2007. p. 23-42.
15. Katlama C. Qu'est-ce que le VIH ? Histoire naturelle de la maladie. In : Katlama C, Ghosn J, dir. VIH et sida. Paris: Masson; 2008. p. 3-7.
16. Fonquernie L, Costagliola D, Girard PM. Classifications, définitions et facteurs prévisionnels d'évolution de l'infection VIH-1 chez l'adulte. In: Girard PM, Katlama C, Pialoux G, dir. VIH. Paris: Doin; 2007. p. 53-6.

17. HoenB. Primo-infection par le VIH. In: Girard PM, Katlama C, Pialoux G, dir. VIH. Paris: Doin; 2007. p. 71-6.
18. MarcelinAG. Comment faire le diagnostic de l'infection par le VIH ? In : Katlama C, Ghosn J, dir. VIH et sida. Paris: Masson; 2008. p. 8-15.
19. GrederBA, Chaplain C, Boussairi A. Suivi biologique de l'infection à VIH chez l'adulte. *Immunoanal Biol Spéc.* 2008; 23: 95-102. DOI: 10.1016/j.immbio.2008.03.002.
20. PNL.S. Counseling et dépistage du VIH à Madagascar. Normes et procédures. Antananarivo: Ministère de la santé publique; 2011.
21. MénardD, Maïro A, Mandeng MJ, Doyemet P, Koyazegbe TD. Evaluation of rapid HIV testing strategies in under equipped laboratories in the Central African Republic. *J Virol Methods.* 2005 Jun; 126: 75-80.
22. PNLIST/SIDA. Protocole de prise en charge médicale des personnes vivant avec le VIH à Madagascar. Antananarivo: Ministère de la santé publique; 2013.
23. Katlama C, Pialoux G, Girard PM. Traitements antirétroviraux. In: Girard PM, Katlama C, Pialoux G, dir. VIH. Paris: Doin; 2007. p. 335-69.
24. WHO. Antiretroviral therapy for HIV infection in adults and adolescents: recommendations for a public health approach. 2010. Disponible à <http://www.who.int/hiv/pub/arv/adult2010/en/> (accès le 27 Février 2014).

25. Zongo M, Capochichi J, Gandaho P, Coppieters Y. Prise en charge psychosociale des personnes vivant avec le VIH au Bénin. *Santé publique*. 2009 Juin; 21: 631-9.
26. SE/CNLS. Rapport d'activité sur la riposte au SIDA à Madagascar. Antananarivo: SE/CNLS; 2012.
27. Chi BH, Yiannoutsos CT, Westfall AO, Newman JE, Zhou J, Cesar C et al. Universal Definition of Loss to Follow-Up in HIV Treatment Programs: A Statistical Analysis of 111 Facilities in Africa, Asia, and Latin America. *PLoS Med*. 2011 Oct; 8(10): e1001111. DOI: 10.1371/journal.pmed.1001111.
28. Brinkhof MW, Pujades-Rodriguez M, Egger M. Mortality of patients lost to follow-up in antiretroviral treatment programmes in resource-limited settings: systematic review and meta-analysis. *PLoS ONE*. 2009 Jun; 4(6): e5790. DOI: 10.1371/journal.pone.0005790.
29. Brinkhof MW, Dabis F, Myer L, Bangsberg DR, Boulle A, Nash D, et al. Early loss of HIV-infected patients on potent antiretroviral therapy programmes in lower-income countries. *Bull World Health Organ*. 2008 Jul; 86(7): 559-67.
30. Maskew M, MacPhail P, Menezes C, Rubel D. Lost to follow up: contributing factors and challenges in South African patients on antiretroviral therapy. *S Afr Med J*. 2007 Sep; 97(9): 853-7.
31. Zhou J, Tanuma J, Chaiwarith R, Lee CK, Law MG, Kumarasamy N et al. Loss to Follow-up in HIV-Infected Patients from Asia-Pacific Region: Results from TAHOD. *AIDS Res Treat*. 2012; 2012: 1-10. DOI: 10.1155/2012/375217.

32. Karcher H, Omondi A, Odera J, Kunz A, Harms G. Risk factors for treatment denial and loss to follow-up in an antiretroviral treatment cohort in Kenya. *Trop Med Int Health*. 2007 May; 12(5): 687-94. DOI: 11/j.1365-3156.2007.01830.x.
33. Lebouché B, Yazdanpanah Y, Gérard Y, Sissoko D, Ajana F, Alcaraz I et al. Incidence rate and risk factors for loss to follow-up in a French clinical cohort of HIV-infected patients from January 1985 to January 1998. *HIV Med*. 2006 Apr; 7(3): 140–5.
34. Tuller DM, Bangsberg DR, Senkungu J, Ware NC, Emenyonu N, Weiser SD. Transportation Costs Impede Sustained Adherence and Access to HAART in a Clinic Population in Southwestern Uganda: A Qualitative Study. *AIDS Behav*. 2010 Aug; 14(4): 778-84. DOI: 10.1007/s10461-009-9533-2.
35. Carillon S. Les ruptures de suivi médical des personnes vivant avec le VIH à Kayes (Mali). Approche anthropologique. *Sci Soc Santé*. 2011; 29: 5. DOI: 10.3917/sss.292.0005.
36. Girardi E, Sabin CA, Monforte AD. Late diagnosis of HIV infection: epidemiological features, consequences and strategies to encourage earlier testing. *J Acquir Immune Defic Syndr*. 2007 Sept; 46: S3–S8.
37. Mocroft A, Lundgren JD, Sabin ML, Monforte AA, Brockmeyer N, Casabona J et al. Risk Factors and Outcomes for Late Presentation for HIV-Positive Persons in Europe: Results from the Collaboration of Observational HIV Epidemiological Research Europe Study (COHERE). *PLoS Med*. 2013 Sept; 10(9): e1001510. DOI: 10.1371/journal.pmed.1001510.
38. Hane F. L'observance des traitements dans le cadre du VIH. Un nouvel enjeu pour la prise en charge. *Sci Soc Santé*. 2011 Fev; 29: 41-46. DOI: 10.3917/sss.292.0041.

39. Geng EH, Bangsberg DR, Musinguzi N, Emenyonu N, Bwana MB, Yiannoutsos CT et al. Understanding Reasons for and Outcomes of Patients Lost to Follow-Up in Antiretroviral Therapy Programs in Africa Through a Sampling-Based Approach. *J Acquir Immune Defic Syndr*. 2010 Mar; 53(3): 405-11. DOI: 10.1097/QAI.0b013e3181b843f0.
40. 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 Jan; 47: 101-7.
41. Ndiaye B, Ould-Kaci K, Salleron J, Bataille P, Bonnevie F, Cochon K et al. Characteristics of and outcomes in HIV-infected patients who return to care after loss to follow-up. *AIDS*. 2009 May; 23: 1781-9. DOI: 10.1097/QAD.0b013e32832e3469.
42. Van Cutsem G, Ford N, Hildebrand K, Goemaere E, Mathee S, Abrahams M et al. Correcting for Mortality Among Patients Lost to Follow Up on Antiretroviral Therapy in South Africa: A Cohort Analysis. *PLoS ONE*. 2011 Feb; 6(2): e14684. DOI: 10.1371/journal.pone.0014684.
43. Marson KG, Tapia K, Kohler P, McGrath CJ, John-Stewart GC, Richardson BA et al. Male, Mobile, and Moneyed: Loss to Follow-Up vs. Transfer of Care in an Urban African Antiretroviral Treatment Clinic. *PLoS ONE*. 2013 Oct; 8(10): e78900. DOI: 10.1371/journal.pone.0078900.
44. Ndiaye B, Ould-Kaci K, Salleron J, Bataille P, Bonnevie F, Choisy P et al. Incidence rate and risk factors for loss to follow-up in HIV-infected patients from five French clinical centers in Northern France-January 1997 to December 2006. *Antivir Ther*. 2009; 14: 567-75.

45. Ochieng-Ooko V, Ochieng D, Sidle JE, Holdsworth M, Wools-Kaloustian K, Siika AM et al. Influence of gender on loss to follow-up in a large HIV treatment programme in western Kenya. *Bull World Health Organ.* 2010 Sep; 88(9): 681-8. DOI: 10.2471/BLT.09.064329.
46. Odafe S et al. Patients' demographic and clinical characteristics and level of care associated with lost to follow-up and mortality in adult patients on first-line ART in Nigerian hospitals. *J Int AIDS Soc.* 2012, <http://dx.doi.org/10.7448/IAS.15.2.17424>.
47. Geng EH, Glidden DV, Bangsberg DR, Bwana MB, Musinguzi N, Nash D et al. A Causal Framework for Understanding the Effect of Losses to Follow-up on Epidemiologic Analyses in Clinic-based Cohorts: The Case of HIV-infected Patients on Antiretroviral Therapy in Africa. *Am J Epidemiol.* 2012 Feb; 175(10): 1080–7. DOI: 10.1093/aje/kwr444.
48. Randriatsarafara FM, Rasoloarimanana AR, Ralamboson S, Rakotonirina EJ, Ranjalahy RJJ, Rakotomanga JDM. Attitudes discriminatoires du professionnel de santé vis-à-vis des personnes vivant avec le virus de l'immunodéficience humaine à Antananarivo. *Rev Méd Madag.* 2012; 2(1): 95-104.
49. Vinikoor MJ, Joseph J, Mwale J, Marx MA, Goma FM, Mulenga LB et al. Age at Antiretroviral Therapy Initiation Predicts Immune Recovery, Death, and Loss to Follow-Up Among HIV-Infected Adults in Urban Zambia. *AIDS Res Hum Retroviruses.* 2014 Oct; 30(10): 949-55. DOI: 10.1089/AID.2014.0046.
50. PNL. Rapport final des recherches opérationnelles. Antananarivo: Ministère de la santé publique; 2012.

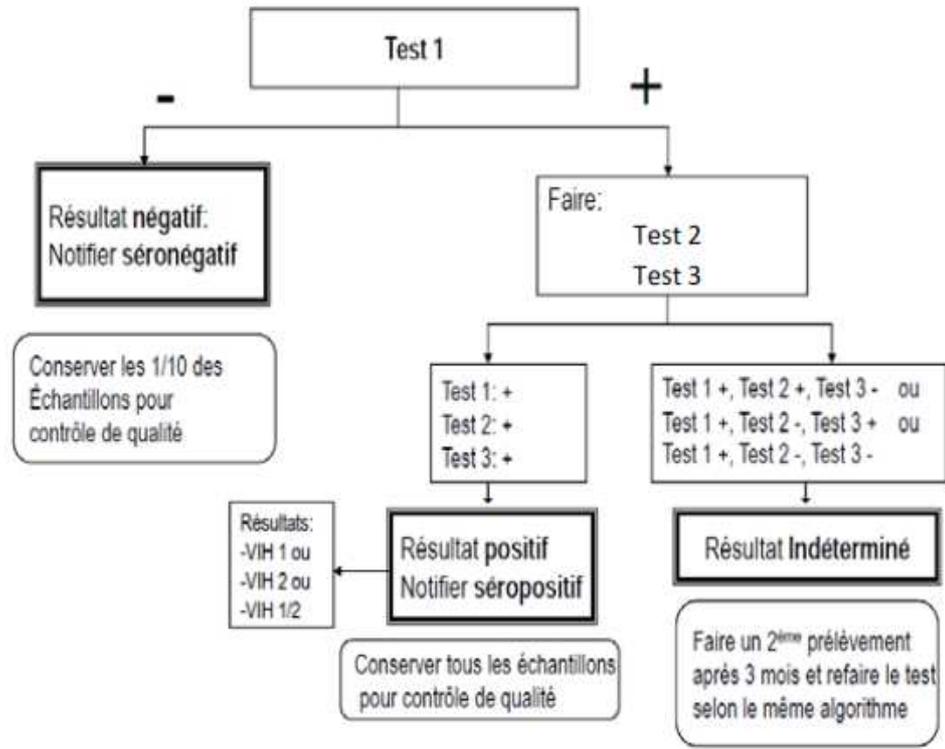
51. Tweya H, Feldacker C, Estill J, Jahn A, Ng'ambi W, Bensmith A et al. Are They Really Lost? "True" Status and Reasons for Treatment Discontinuation among HIV Infected Patients on Antiretroviral Therapy Considered Lost to Follow Up in Urban Malawi. *PLoS ONE*. 2013 Sept; 8(9): e75761. DOI: 10.1371/journal.pone.0075761.
52. Zeng M, Southern PJ, Reilly CS, Beilman GJ, Chipman JG, Schacker TW et al. Lymphoid Tissue Damage in HIV-1 Infection Depletes Naïve T Cells and Limits T Cell Reconstitution after Antiretroviral Therapy. *PLoS Pathog*. 2011 Jul; 8(1): e1002437. DOI: 10.1371/journal.ppat.1002437.
53. Boyles TH, Wilkinson LS, Leisegang R, Maartens G. Factors Influencing Retention in Care after Starting Antiretroviral Therapy in a Rural South African Programme. *PLoS ONE*. 2011 May; 6(5): e19201. DOI: 10.1371/journal.pone.0019201.
54. Saka B, Landoh DE, Patassi A, D'Almeida S, Singo A, Gessner BD et al. Loss of HIV-infected patients on potent antiretroviral therapy programs in Togo: risk factors and the fate of these patients. *PAMJ*. 2013; 15: 35. DOI: 10.11604/pamj.2013.15.35.2198.
55. Geng EH, Bwana MB, Muyindike W, Glidden DV, Bangsberg DR, Neilands TB et al. Failure to Initiate Antiretroviral Therapy, Loss to Follow-up and Mortality among HIV-infected Patients during the Pre-ART period in Uganda. *J Acquir Immune Defic Syndr*. 2013 Jun; 63(2): e64-e71. DOI: 10.1097/QAI.0b013e31828af5a6.
56. Lamb MR, Fayorsey R, Nuwagaba-Biribonwoha H, Viola V, Mutabazi V, Alwar T et al. High attrition before and after ART initiation among youth (15-24 years of age) enrolled in HIV care. *AIDS*. 2014 Feb; 28(4): 559-68. DOI: 10.1097/QAD.0000000000000054.

57. Andrianasolo RL, Rakotoarivelo RA, Randrianarimanana D, Angijiro PG, Randria MJD. Discrimination des personnes infectées par le VIH en milieu médical à Madagascar. *Méd Mal Infect.* 2011 Jan; 41: 2-6. DOI: 10.1016/j.medmal.2010.06.010.
  
58. Charurat M, Oyegunle M, Benjamin R, Habib A, Eze E, Ele P et al. Patient Retention and Adherence to Antiretrovirals in a Large Antiretroviral Therapy Program in Nigeria: A Longitudinal Analysis for Risk Factors. *PLoS ONE.* 2010 May; 5: e10584. DOI: 10.1371/journal.pone.0010584.

## **ANNEXES**

## ANNEXES

### Annexe 1 : Algorithme de dépistage national du VIH à Madagascar



**Source:** PNLS. Counseling et dépistage du VIH à Madagascar. Normes et procédures. Antananarivo: Ministère de la santé publique ; 2011.

**Annexe 2** :Fiche de transfert d'échantillons pour le contrôle qualité externe de routine de VIH

**FICHE DE TRANSFERT D'ÉCHANTILLONS POUR LE COE DE ROUTINE de VIH**  
**(EN 3 EXEMPLAIRES : 2 ENVOIS au LRR ET 1 ARCHIVE du Centre de dépistage)**

Région : \_\_\_\_\_

LRR superviseur (destinataire) : \_\_\_\_\_ Tél LRR : \_\_\_\_\_

Centre de dépistage de VIH: \_\_\_\_\_

Nom du Responsable de dépistage de VIH au Centre : \_\_\_\_\_

Contact du Responsable (adresse personnelle, Téléphone/mail) : \_\_\_\_\_

Date d'envoi : \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

N°	Code d'identification patient	Résultat final du site de dépistage			Date de la collecte d'échantillon	Type d'échantillon (sérum ou plasma)	Date d'arrivée au LRR superviseur	Résultat final du contrôle au LRR			Résultat final d'un autre test réalisé au LRR	Date de réception du RETOUR des résultats COE au centre dépistage
		T1	T2	T3				T1	T2	T3		
Nombre Total (ou report)												

**Commentaires (à remplir par le Centre de dépistage VIH):**

Tests: T1 \_\_\_\_\_ T2 \_\_\_\_\_ T3 \_\_\_\_\_  
 Lot: \_\_\_\_\_ Lot \_\_\_\_\_ Lot \_\_\_\_\_  
 Exp. \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Exp. \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Exp. \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

**Observations, date et signature du Responsable du Centre de dépistage VIH :**

**Commentaires (à remplir par le LRR superviseur):**

Tests: T1 \_\_\_\_\_ T2 \_\_\_\_\_ T3 \_\_\_\_\_ T3 Bis IMMUNOCOMB II \_\_\_\_\_  
 Lot \_\_\_\_\_ Lot \_\_\_\_\_ Lot \_\_\_\_\_ Lot \_\_\_\_\_  
 Exp. \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Exp. \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Exp. \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Exp. \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

T4 VIRONOSTIKA HIV Ag/Ab Lot \_\_\_\_\_ Exp. \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  
 T5 GENSCREEN ULTRA HIV Ag/Ab Lot \_\_\_\_\_ Exp. \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  
 T6 HIV BLOT 2.2 (Western Blot) Lot \_\_\_\_\_ Exp. \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

**Observations, date et signature du Responsable du LRR :**

**Source** : Service de Laboratoire National de Référence, Antananarivo.

### Annexe 3 : Schéma thérapeutique de l'adulte

	Schéma de première ligne	Schéma de deuxième ligne
<b>Priorité</b>	(TDF + FTC + EFV) (0-0-1)	(ABC + 3TC + AZT) + ATV/r (1-0-1-) + (0-0-1)
<b>Alternatif</b>	(TDF + 3TC + EFV) (0-0-1)	(ABC + 3TC) + AZT + ATV/r (0-0-1) + (1-0-1) + (0-0-1)

**Source:** PNLIST/SIDA. Protocole de prise en charge médicale des personnes vivant avec le VIH à Madagascar. Antananarivo: Ministère de la santé publique ; 2013.

### Annexe 4: Schéma thérapeutique de première ligne chez l'enfant

Enfant < 3 ans	Enfant 3-10 ans et <35 kg	Enfant >10 ans ou enfant >10kg
(ABC + 3TC) + LPV/r	(ABC + 3TC) + EFV	voir schéma de l'adulte

**Source:** PNLIST/SIDA. Protocole de prise en charge médicale des personnes vivant avec le VIH à Madagascar. Antananarivo: Ministère de la santé publique ; 2013.

### Annexe 5: Schéma thérapeutique de deuxième ligne chez l'enfant

Enfant < 3 ans	Enfant > 3 ans
Voir 1 <sup>ère</sup> ligne mais améliorer l'observance	(AZT + 3TC) + LPV/r

**Source:** PNLIST/SIDA. Protocole de prise en charge médicale des personnes vivant avec le VIH à Madagascar. Antananarivo: Ministère de la santé publique ; 2013.

**Annexe 6 : Fiche de collecte des données**

**Fiche N°: .....**

**SECTION 1 : Données des PVVIH au début de la prise en charge**

**Q1-Sexe :** 1= M ; 2= F /...../

**Q2-Age :** ..... ans

**Q3-Profession :** .....

**Q4-Adresse :** Fokontany..... Commune.....

**Q5-Niveau scolaire :**

**Q6-Statut matrimonial**

1=Marié ou en union ; 2= Célibataire; 3= Divorcé; 4= Veuf /...../

**Si fiancé, marié ou en concubinage :**

Partenaire au courant du diagnostic : Oui..... Non.....

Famille au courant du diagnostic : Oui..... Non.....

**Q7-Ethnie** /...../

**Q8- Mode de transmission**

1-Hétérosexuel; 2-Homosexuel ; 3-Toxicomanie iv /...../

**Q9- Taux de CD4 :**.....mm3

**Q10-Taux d'hémoglobine :**.....g /dl

**Q11-Classification OMS**

Manifestations cliniques :.....

Maladies opportunistes :.....

Stade OMS :.....

**Q12-Sous ARV : oui..... non.....**

**Q13- Si sous ARV, Date du début du traitement ARV .....**

**Q14-Date de la première visite .....**

**DEVENIR :**

1-Régulièrement suivi      2- Décédé      3-Perdu de vue      /\_\_\_\_\_/

**SECTION 2 : Données des PVVIH lors de la perte de vue**

**Q15-Date de la dernière visite : .....**

**Q16- Nombre de consultations avant la perte de vue : .....**

**Q17-Dernier taux de CD4 :.....mm 3**

**Q18-Taux d'hémoglobine :.....g/dl**

**Q19-Classification OMS**

Manifestations cliniques :.....

Maladies opportunistes :.....

Stade OMS :.....

**SECTION3 : Données des PVVIH au retour**

**Q20- Date de retour à l'hôpital :.....**

**Q21-Taux de CD4 :.....mm3**

**Q22-Taux d'hémoglobine :.....g /dl**

**Q23-Classification OMS**

Manifestations cliniques:.....

Maladies opportunistes :.....

Stade OMS :.....

**Annexe 7 : QUESTIONNAIRE**

**Fiche N°: .....**

**Q24-Raisons présumées de la perte de vue :**

.....  
.....

**Q25-Raisons du retour au suivi :**

.....  
.....

## **SERMENT D'HIPPOCRATE**

En présence des maîtres de cette faculté, de mes chers condisciples, devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure au nom de l'Être Suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine.

Je donnerai mes soins gratuitement à l'indigent et n'exigerai jamais un honoraire au-dessus de mon travail.

Je ne participerai à aucun partage illicite d'honoraires.

Admise à l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime.

Je ne permettrai que des considérations de religion, de nation, de race, de parti ou de classe sociale viennent s'interposer entre mon devoir et mon patient.

Je garderai le respect absolu de la vie humaine, dès la conception.

Même sous la menace, je n'admettrai pas de faire usage de mes connaissances médicales contre les lois de l'humanité.

Respectueuse et reconnaissante envers mes maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses.

Que je sois couverte d'opprobre et méprisée de mes confrères si j'y manque.

**PERMIS D'IMPRIMER**

**LU ET APPROUVE**

Le Directeur de thèse

Signé : Professeur VOLOLONTIANA Hanta Marie Danielle

**VU ET PERMIS D'IMPRIMER**

Le Doyen de la faculté de Médecine d'Antananarivo

Signé: Professeur ANDRIAMANARIVO Mamy Lalatiana



**Name and first name:**CHEUKAK NGANGOM Jocelyne

**Title of the thesis:** «EPIDEMIOCLINICAL ASPECTS OF PLWH WHO RETURN TO CARE AFTER LOST TO FOLLOW-UP AT HUJRB, ANTANANARIVO»

**Category:** MEDICINE

**Number of appendices:** 07

**Number of tables:** 21

**Number of figures:** 25

**Number of pages:** 69

**Number of references:** 58

## SUMMARY

**Introduction:** HIV infection is a chronic disease which requires a treatment to be taken for life. It is situation where retention in care is difficult. Our aims study is to determine prevalence of PLWH who are lost to follow-up, determine the epidemioclinical factors of PLWH who return to care after lost to follow-up at HUJRB, Antananarivo and offer suggestions to improve retention.

**Methods:** We made a retrospective and descriptive study over a period of 8.6 years, going from January 1st, 2005 till July 1st, 2014.

**Results:** Of 322 PLWH followed during the period of study, we counted 116 PLWH lost to follow-up among whom 18 (15.5%) returned to care. The not return to care was significantly associated with the uninitiated treatment at the beginning of the care in the service of Infectious Diseases of HUJRB Antananarivo ( $p = 0.01174$ , 95% IC 1.28-13.8). The average duration of lost to follow-up was 29.4 months.

**Conclusion:** The loss to follow-up of the PLWH was important and the return to care was low. Effective strategies are necessary to improve retention in care.

**Keywords:** Loss to follow-up, return to care, AIDS, follow-up, treatment, HIV.

**Director of the thesis** : Professor VOLOLONTIANA Hanta Marie Danielle

**Reporter of the thesis** : Doctor RAKOTOARIVELO Rivo Andry

**Address of the author** : cheknganjoss@yahoo.fr



**Nom et prénom :** CHEUKAK NGANGOM Jocelyne

**Titre de la thèse :** «ASPECTS EPIDEMIO-CLINIQUES DES PVVIH PERDUES  
DE VUE RETROUVEES A L'HUJRB, ANTANANARIVO»

**Rubrique :** MEDECINE                      **Nombre d'annexes :** 07

**Nombre de tableaux :** 21                      **Nombre de figures :** 25

**Nombre de pages :** 69                      **Nombre de références bibliographiques :** 58

## RESUME

**Introduction :** L'infection par le VIH est une maladie chronique qui nécessite un traitement à prendre à vie. C'est une situation où la rétention des PVVIH dans le système de soins est difficile. Notre étude vise à déterminer la prévalence des PVVIH perdues de vue, déterminer les facteurs épidémio-cliniques des PVVIH perdues de vue retrouvées à l'HUJRB, Antananarivo et proposer des suggestions pour améliorer la rétention.

**Méthodes :** Nous avons effectué une étude rétrospective et descriptive sur une période de 8,6 ans, allant du 1<sup>er</sup> Janvier 2005 au 1<sup>er</sup> Juillet 2014.

**Résultats :** Des 322 PVVIH suivies durant la période d'étude, on dénombrait 116 PVVIH perdues de vue parmi lesquelles 18 (15,5%) ont été retrouvées. Le non retour au suivi était significativement associé au traitement non initié au début de la prise en charge dans le service des Maladies Infectieuses de l'HUJRB Antananarivo ( $p = 0,01174$ , 95% IC 1,28-13,8). La durée moyenne de la perte de vue était de 29,4 mois.

**Conclusion :** La perte de vue des PVVIH était importante et le retour au suivi, faible. Des stratégies efficaces sont nécessaires pour améliorer la rétention des malades aux soins.

**Mots clés :** Perte de vue, retour au suivi, SIDA, suivi, traitement, VIH.

**Directeur de thèse** : Professeur VOLOLONTIANA Hanta Marie Danielle

**Rapporteur de thèse** : Docteur RAKOTOARIVELO Rivo Andry

**Adresse de l'auteur** : cheknganjoss@yahoo.fr