

## RAPPORT DE LA RECHERCHE ET EVALUATION

---

# Facteurs Influençant la Sortie des Patients Vivant avec le VIH du Circuit de Traitement en Côte d'Ivoire

JANVIER 2014

---

Ce rapport de recherche a été préparé par University Research Co., LLC (URC) pour une revue par l'Agence des États-Unis pour le développement international (l'USAID). Ses auteurs sont : Victor Kouassi Kan, Astou Coly, Jean N'Guessan, Sonia Dobé, Serge Agbo, Thierry Zimin, Youssef Dosso, Ackah Alain et Virginie Traoré. L'évaluation a été soutenue par le peuple américain à travers le Projet d'amélioration des soins de santé de l'USAID (HCI), qui est géré par URC. Cette étude de perdus de vue en Côte d'Ivoire a été financée par le Plan d'urgence du Président des États-Unis pour la lutte contre le SIDA (PEPFAR).



RAPPORT DE RECHERCHE ET EVALUATION

# Facteurs Influençant la Sortie des Patients Vivant avec le VIH du Circuit de Traitement en Côte d'Ivoire

JANVIER 2014

Victor Kouassi Kan, University Research Co., LLC  
Astou Coly, University Research Co., LLC  
Jean N'Guessan, University Research Co., LLC  
Sonia Dobé, University Research Co., LLC  
Serge Agbo, University Research Co., LLC  
Thierry Zimin, University Research Co., LLC  
Youssef Dosso, University Research Co., LLC  
Ackah Alain, University Research Co., LLC  
Virginie Traoré, Programme National de Prise en Charge Médicale des PVVIH

## AVERTISSEMENT

Les vues exprimées dans cette publication ne reflètent pas nécessairement celles de l'Agence des États-Unis pour le Développement International ou du Gouvernement des États-Unis.

## Remerciements

Les auteurs remercient Dr. Lynn Franco et Dr. Edward Broughton pour avoir élaboré le premier document conceptuel de l'étude. Les auteurs remercient le Directeur du Programme National de Prise en Charge Médicale des Personnes Vivant avec le VIH (PNPEC) en Côte d'Ivoire et son équipe, les Directeurs régionaux et départementaux de la santé des sites de l'étude, les chefs des services Soins et Traitement, et Recherche des missions de PEPFAR, USAID et du CDC en Côte d'Ivoire, les partenaires techniques et de mise en œuvre impliqués dans la lutte contre le VIH en Côte d'Ivoire. Les auteurs remercient également l'équipe HCI : Mr. Daniel Zirignon, Mme. Lucie N'zian-Dagry, Dr. Franck-Olivier Kablan, Mr. Mathieu Clegban, Mlle Anne-Grâce Yokoi, et Mlle Flora Ehouman. Nous remercions également toutes les équipes d'amélioration de la qualité des sites de prise en charge, les conseillers communautaires, les enquêteurs et les consultants ayant participé à cette étude. Nous remercions également Haneefa Salem pour son apport dans la portion qualitative des outils de collecte de données. Cette étude n'aurait pas eu lieu si les participants n'avaient pas pris le temps de répondre aux questionnaires. Nous les remercions vivement.

Cette étude a été soutenue par le peuple américain à travers l'Agence des États-Unis pour le Développement International (USAID) et le Projet d'Amélioration des Soins de Santé. Le Projet d'Amélioration des Soins de Santé est géré par la société University Research Co, LLC (URC), sous contrat numéro GHN-I-03-07-00003-00. Les sous-contractants pour le Projet d'Amélioration de la Qualité incluent EnCompass LLC, FHI 360, Health Research Inc, Initiatives Inc, Institute for Healthcare Improvement et Johns Hopkins University Center for Communication Programs. Pour plus d'informations sur le travail du projet, prière de visiter [www.hciproject.org](http://www.hciproject.org) ou écrire à [hci-info@urc-chs.com](mailto:hci-info@urc-chs.com).

**Citation recommandée :** Kouassi Kan V, Coly A, Nguessan J, Dobé S, Agbo S, Zimin T, Dosso Y, Ackah A, Traoré V. 2014. Facteurs influençant la sortie des patients vivant avant avec le VIH du circuit de traitement en Côte d'Ivoire. *Rapport de Recherche et Evaluation*. Publié par le Projet d'Amélioration des Soins de Santé, Bethesda, MD : University Research Co, LLC (URC).

## SOMMAIRE

Liste des Tableaux et Figures .....	i
Abréviations.....	ii
RESUME EXECUTIF.....	iii
I. INTRODUCTION.....	1
A. Objectifs de recherche.....	2
II. METHODOLOGIE.....	2
A. Type d'étude.....	2
B. Population d'étude et échantillonnage.....	3
C. Collecte des données .....	4
D. Considérations éthiques .....	5
E. Analyse des données.....	6
III. RESULTATS.....	7
A. Description de la population d'étude.....	7
B. Facteurs associés au statut de perdu de vue.....	11
IV. DISCUSSION .....	27
A. Résumé.....	27
B. Interprétation .....	28
C. Limites de l'étude.....	29
V. RECOMMANDATIONS ET CONCLUSION .....	30
VI. REFERENCES.....	31
VII. ANNEXE .....	33

### Liste des Tableaux et Figures

Tableau 1 : Caractéristiques sociodémographiques des patients de l'étude (N=1264) .....	9
Tableau 2 : Caractéristiques cliniques des patients à l'initiation .....	10
Tableau 3 : Durée du traitement ARV et du statut de perdu de vue.....	11
Tableau 4 : Facteurs sociodémographiques associés au statut de perdu de vue (N=1264).....	12
Tableau 5 : Bien être économique et statut de perdu de vue (N=1264).....	13
Tableau 6 : Durée sous ARV et le statut de perdu de vue (N=1264).....	13
Tableau 7 : Statut clinique à l'initiation et statut de perdu de vue (N=1264).....	14
Tableau 8 : Caractéristiques cliniques à six mois de traitement et statut de perdu de vue.....	15
Tableau 9 : Caractéristiques cliniques à douze mois de traitement et statut de perdu de vue.....	15
Tableau 10 : Perception de l'état de santé et statut de perdu de vue (1264) .....	16
Tableau 11 : Effets secondaires pendant le traitement et statut de perdu de vue (N=1264).....	16
Tableau 12 : Pratiques pendant le traitement et statut de perdu de vue (N=1264).....	16
Tableau 13 : Connaissances sur le VIH/SIDA et statut de perdu de vue (N=1264) .....	17
Tableau 14 : Révélation du statut sérologique et statut de perdu de vue (N=1264) .....	18
Tableau 15 : Tabagisme, alcool et statut de perdu de vue (N=1264).....	18
Tableau 16 : Stigmatisation intériorisée et statut de perdu de vue.....	19
Tableau 17 : Support social et statut de perdu de vue.....	19

Tableau 18 : Obligations professionnelles et sociales et statut de perdu de vue.....	20
Tableau 19 : Distance, transport et statut de perdu de vue (N=1264).....	20
Tableau 20 : Horaires, temps d'attente, disponibilité et statut de perdu de vue (N=1264).....	21
Tableau 21 : Perception de la qualité des services reçus et statut de perdu de vue .....	21
Tableau 22 : Association de PVVIH et statut de perdu de vue (N=1264).....	22
Tableau 23 : Indisponibilité des médicaments et statut de perdu de vue (N=1264).....	22
Tableau 24 : Résultats du modèle de régression logistique multivariée : facteurs indépendamment associés au statut de perdue de vue .....	23
Figure 1 : Méthode d'échantillonnage de la population cible .....	4
Figure 2 : Répartition géographique des sites de l'étude .....	7
Figure 3 : Raisons de sortie du circuit de traitement évoquées par les PDV .....	25
Graphique 1 : Cascade des patients perdus de vue (PDV) de l'étude .....	8

## Abréviations

ARV	Antirétroviraux
CD4	Cluster de Différenciation 4
HCI	Projet d'Amélioration des Soins de Santé de l'USAID
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
ONUSIDA	Organisation commun des Nations Unies pour la lutte contre le VIH/sida
PDV	Perdu de Vue
PDS	Patients Dans les Soins
PEPFAR	Plan d'urgence du Président des États-Unis pour la lutte contre le SIDA
PNPEC	Programme National de Prise en Charge Médicale des Personnes Vivant avec le VIH
PVVIH	Personnes Vivant avec le VIH
TARV	Traitement antirétroviral
URC	University Research Company, LLC
USAID	Agence des Etats Unis pour le Développement International
VIH/SIDA	Virus d'Immunodéficience Humaine / Syndrome Immunodéficience Acquise

# RESUME EXECUTIF

## Introduction

Le problème de perdus de vue est d'autant plus pertinent en Côte d'Ivoire que les taux de perdus de vue se présentent comme les plus élevés comparativement à ceux d'autres pays à faibles et moyens revenus. En outre, l'évaluation de base, réalisée par le Projet d'Amélioration des Soins de Santé de l'USAID ou Health Care Improvement Project (HCI) sur 41 structures sanitaires du projet, a révélé que 66% des patients pré-TARV et 45% des patients TARV étaient perdus de vue dans les 7 mois qui suivent le bilan initial et le traitement ARV respectivement. La rétention des patients dans le circuit de traitement constitue donc un défi pour le Programme National de Prise En Charge Médicale des Personnes Vivant avec le VIH (PNPEC) et les partenaires de soins.

De réelles possibilités d'améliorer la rétention dans la prise en charge des PVVIH existent lorsque les raisons qui sont liées à la sortie du circuit de traitement sont élucidées. A cet effet, cette étude vise à identifier les facteurs influençant la sortie des patients ayant débuté un traitement ARV du circuit de traitement en Côte d'Ivoire afin d'éclairer les décisions programmatiques pour la Côte d'Ivoire.

## Méthodologie

La présente étude est une étude transversale de type cas-témoins qui inclut des entretiens approfondis avec un sous-échantillon des participants. Pour l'étude cas-témoins, nous avons utilisé un échantillonnage aléatoire à deux degrés de 632 patients PDV appariés à 632 patients sous traitement ARV. En outre, parmi ces participants, 23 cas et 23 témoins ont été sélectionnés de manière aléatoire pour des entretiens approfondis afin de recueillir des informations qualitatives sur les circonstances qui influencent la sortie du circuit de traitement.

Les données collectées étaient relatives aux caractéristiques sociodémographiques, cliniques, et biologiques des patients ainsi que leur perception des facteurs sociaux, programmatiques et structurels qui pourraient influencer la rétention ou la sortie des patients du circuit de traitement. Le protocole de l'étude a été validé par le Comité National d'Éthique du Ministère de la Santé et de la Lutte contre le Sida de la Côte d'Ivoire et par le Comité d'Éthique de University Research Company, LLC (URC).

Des analyses descriptives et des régressions logistiques univariée et multivariée ont été conduites sur le logiciel STATA 12. Les données des entretiens approfondis ont fait l'objet d'une analyse de contenu du discours livré par les participants. Pour chaque thème, une hiérarchisation a été d'abord faite selon des messages clés tels qu'exprimés par les participants et ce, en fonction de leur fréquence d'apparition dans chacun des groupes et dans l'ensemble.

## Résultats

Au total 7070 patients ont été recherchés par appels téléphoniques ou par visites à domicile dans les 42 sites de l'étude. Pour les 3037 patients dont on a pu obtenir des informations (43,0% des patients recherchés), 22,5% étaient décédés, 21,9% s'étaient auto-transférés dans d'autres centres de prise en charge, 31,6% ont refusé de participer à l'étude et 24,0% (730) ont été interviewés. Après apurement des questionnaires saisis, 632 questionnaires de patients perdus de vue (PDV) ont été validés et appariés à 632 patients sous traitement ARV (TARV).

Les analyses quantitatives des personnes interviewées ont montré qu'en Côte d'Ivoire en plus des facteurs personnels, socio-économiques, sociaux et psychosociaux, des facteurs cliniques mais aussi ceux liés au système de santé sont associés à la sortie des PVVIH du circuit de traitement. Les facteurs personnels qui augmentent la susceptibilité de sortie du circuit de traitement incluent les connaissances erronées sur le VIH et le traitement, qui malheureusement demeurent répandues et l'utilisation de médicaments traditionnels non prescrits par les médecins. Les problèmes de transport et les obligations sociales et professionnelles semblent aussi représenter une barrière à la rétention dans le circuit de

traitement. La stigmatisation intériorisée ainsi que la peur d'être reconnu sont aussi liés à moins de chances de rétention. D'un point de vue clinique, l'absence d'amélioration de l'état de santé est liée à une plus grande susceptibilité de sortie du circuit de traitement. Les patients qui n'avaient pas de gain en poids ou en CD4 après six mois de traitement ou qui ne percevaient pas d'amélioration dans leur état de santé avaient davantage tendance à sortir du circuit de traitement. Les effets secondaires des médicaments représentent aussi une barrière à la rétention. En outre, les patients qui ratent occasionnellement leurs rendez-vous et ceux qui ne sont pas membres d'associations de PVVIH ont moins de chances de rester dans le circuit de traitement.

Les facteurs au niveau du système de santé liés à une plus grande susceptibilité de sortie du circuit de traitement incluent les longs temps d'attente, la non-disponibilité des prestataires et les heures de rendez-vous non convenables. En outre la perception de faiblesses dans la qualité des services reçus par les patients est aussi liée à de plus fortes chances d'interruption du circuit de traitement. En effet, les patients qui estiment ne pas avoir reçu assez d'informations sur la maladie et le traitement, ceux qui estiment ne pas avoir été bien préparés dans la prise des ARV, ou ceux qui ont de mauvaises relations avec le personnel de santé et qui ne sont pas satisfaits des services reçus sont plus susceptibles de sortir du circuit de traitement. Les facteurs liés au service de santé tels que avoir bien été préparé par le personnel avant le début du traitement, être satisfait des services reçus et être membre d'une association de PVVIH demeurent statistiquement associés à la sortie du circuit de traitement même lorsque les facteurs de confusion sont ajustés dans le modèle de régression logistique multivariée.

L'analyse des entretiens approfondis a confirmé les conclusions des analyses quantitatives. Ainsi elle a démontré que la disponibilité des patients à suivre leur traitement s'avère difficilement compatible avec la gestion des activités professionnelles et les obligations familiales. Les difficultés du déplacement et le temps mis pour se rendre à l'hôpital favorisent la sortie du circuit de traitement. Les patients trouvent contraignante la prise des comprimés. Cela est en partie dû aux effets secondaires réels et anticipés, par les patients mais aussi la taille des comprimés et la lassitude des patients. La peur d'être reconnu et le temps d'attente pour les consultations gênent aussi le processus de traitement.

### **Conclusion et recommandations**

Une meilleure compréhension des raisons pour lesquelles les patients sortent du circuit de traitement permet de développer des stratégies et interventions de santé publique plus adaptées aux besoins des patients pour promouvoir la rétention dans le circuit de traitement. Cette étude a révélé qu'en Côte d'Ivoire, des facteurs spécifiques au patient mais aussi des facteurs structurels et cliniques ainsi que des facteurs liés au système de santé sont associés à la sortie du circuit de traitement. Aussi, la présente étude recommande entre autres que:

- Les efforts des partenaires pour la surveillance systématique des patients sous traitement ARV devraient inclure des activités visant à évaluer et documenter le devenir des patients perdus de vue dans la communauté afin de quantifier avec précision l'ampleur de la sortie du circuit de traitement et contribuer à un transfert efficace de ces patients vers leurs nouveaux centres de prise en charge.
- Les programmes devraient inclure une composante communautaire à l'aide d'agents de santé communautaire avec des rôles clairement définis. Ainsi, l'éducation pour la santé par les communautaires ainsi que les pairs pourrait permettre de corriger ces croyances erronées répandues chez les PVVIH.
- Les programmes d'intervention devraient considérer une démarche d'amélioration de la qualité afin de s'adresser aux déterminants de la rétention au niveau des centres de prise en charge tels que les longs temps d'attente et les heures de consultation. Un diagramme de processus au niveau des centres de prise en charge pourrait fournir des informations importantes.
- En plus de renforcer leur volet éducatif comprenant des informations sur le VIH, les avantages du traitement et les conseils en continu, les programmes devraient mettre l'accent sur une approche axée sur le patient pour s'assurer que les besoins des patients sont satisfaits.

## I. INTRODUCTION

Bien que la rétention dans les programmes de prise en charge VIH, particulièrement celle des patients sous ARV soit un facteur important pour garantir des résultats cliniques satisfaisants pour ces patients, un examen systématique des patients ayant commencé un traitement ARV à travers l'Afrique subsaharienne a révélé qu'environ 25% ne sont plus pris en charge un an après l'initiation, un chiffre en hausse (40%) après deux ans. (Sterne et al., 2005; Egger M. et al., 2002 ; Rosen et al., 2007). Au niveau individuel, l'absence ou l'arrêt de traitement engendre une dégradation de l'état clinique, biologique et immunologique plus sévère que celles des patients encore sous traitement. (Brown et al, 2006 ; Geng et al. 2011 ; Touloumi et al, 2002). En Côte d'Ivoire, malgré les mesures prises pour faciliter et améliorer l'accès au traitement à travers la gratuité des médicaments (*Arrêté N° 213/CAB/MSHP/du 20 Août 2008*) et le passage à échelle de la prise en charge, l'atteinte de cet objectif risque d'être compromise par la faible rétention des patients dans le système de soins.

Le problème de perdus de vue est d'autant plus pertinent en Côte d'Ivoire que les taux de perdus de vue se sont plus élevés comparativement à ceux d'autres pays à faibles et moyens revenus. Les données de cohorte disponibles dans les pays en développement montrent qu'environ 18% des patients qui débutaient le traitement étaient perdus de vue pendant la première année et une grande proportion d'entre eux mouraient à cause du démarrage tardif du traitement (ONUSIDA, 2010). Cependant, les données de la Côte d'Ivoire indiquent qu'en 2007, 2008 et 2009 le taux de perdus de vue était respectivement de 35%, 40% et 38,8%, à 12 mois de traitement (Ministère de la Santé et de la Lutte contre le Sida, 2009). En outre, l'évaluation de base réalisée par *University Research Company* (URC) en 2008, sur 41 structures sanitaires du projet d'Amélioration des Soins de Santé (ou HCI) de l'USAID, a révélé que 66% des patients pré-TARV et 45% des patients sous TARV étaient perdus de vue dans les 7 mois qui suivent le bilan initial et le début du traitement ARV respectivement. La rétention des patients dans le circuit de traitement constitue un défi pour le Programme National de Prise En Charge Médicale des Personnes Vivant avec le VIH (PNPEC) et les partenaires de soins.

Des données provenant d'Afrique du Sud montrent que dans les cliniques en milieu professionnels, les patients perdus de vue à 7 mois se présentent comme suit : hommes ayant un âge médian de 46 ans, un niveau moyen d'éducation de 5 ans et un taux moyen de CD4 de 171 cellules par microlitres à l'initiation du traitement. Les perdus de vue des hôpitaux publics à 7 mois se présentent comme suit : femmes avec un âge moyen et un niveau moyen d'éducation de 37,5 ans et 11 ans respectivement et un taux moyen de CD4 de 104 cellules par microlitre (Dahab et al, 2011). Selon cette étude, les facteurs contribuant à la sortie du circuit de traitement des patients sous ARV à 7 mois, pour les individus fréquentant les cliniques en milieu professionnels, étaient l'incroyance au VIH et aux ARV, la faible interaction et communication entre le patient et le prestataire de soins, la peur de la discrimination en milieu de travail et l'utilisation des thérapies non médicales. Pour ce qui est des individus fréquentant les hôpitaux publics, les facteurs étaient les contraintes financières et logistiques. En outre, une étude qualitative réalisée en Afrique du Sud indique que le coût du transport, le temps mis pour suivre le traitement, la stigmatisation par rapport au VIH et les effets secondaires des ARV étaient des facteurs influençant plus ou moins l'arrêt du traitement ARV (Miller et al, 2010).

Les études qui ont cherché à appréhender les facteurs liés à la sortie du circuit de traitement dans les pays en développement ont révélé que les facteurs économiques tels que ceux liés à la pauvreté, y compris les frais de visites médicales fréquentes et les coûts de transport sont des considérations importantes qui entravent la rétention dans le circuit de traitement (Coetzee D. et al., 2004; Brinkhof et al., 2009). En outre, les facteurs liés à l'état clinique tels que une faible valeur de CD4 ou une valeur élevée de charge virale à l'initiation, la perte de poids, ou plus globalement l'amélioration ou la détérioration de l'état de santé pendant le traitement ainsi que les effets secondaires du traitement peuvent aussi influencer la sortie du circuit de traitement (Brinkhof et al., 2009, Coetzee et al., 2004 Dalal et al., 2008, Brennan et al., 2010 ; Miller et al, 2010) . L'état psychologique du patient, par exemple

l'état dépressif, peut aussi influencer le statut de perdu de vue (Hartzell, Janke & Weintrob, 2008). Les facteurs sociodémographiques comme l'âge à l'enrôlement, le sexe, l'activité professionnelle ont également été liés à la sortie du circuit de traitement (Dalal et al., 2008, Cornell, et al., 2009, Larson et al., 2010). Les études ont en outre relevé une association entre les comportements tels que la consommation d'alcool et l'abus de stupéfiants et le statut de perdus de vue (Deribe et al., 2008.). Les croyances telles que l'utilisation de médicaments traditionnels sont aussi liées au statut de perdu de vue (Reid et al., 2008 ; Dahab et al, 2011). Le temps mis pour suivre le traitement, la stigmatisation par rapport au VIH, la relation soignant-soigné, le délai d'attente dans les structures de soins, la complexité du circuit de soins, peuvent aussi influencer l'arrêt du traitement ARV (Miller et al, 2010 ; Tanoh, 2011 ; Dahab et al, 2011). Le risque de décès et d'auto-transfert vers d'autres établissements ont également été cités pour expliquer le statut de perdue de vue de certains patients sous traitement (Brinkhof et al., 2009).

L'ampleur et les déterminants de la rétention des patients dans le circuit de traitement VIH varient considérablement selon les régions et systèmes de santé. Peu d'études ont décrit le profil des patients perdus de vue sous traitement ARV en Côte d'Ivoire. Selon l'une des rares études conduites en Côte d'Ivoire, les patients perdus de vue ont tendance à être des patients de sexe féminin, célibataires, non scolarisés, dont l'âge est compris entre 35 et 49 ans (Akattia, 2010). Cependant cette étude n'a pas examiné les raisons qui pourraient influencer la sortie du circuit de traitement des patients sous TARV. De réelles possibilités d'améliorer la rétention dans la prise en charge des PVVIH existent si les raisons qui sont liées à la sortie du circuit du traitement sont élucidées. Aussi, la recherche des déterminants de sortie ainsi que les raisons de sortie du circuit de traitement VIH chez les patients sous ARV en Côte d'Ivoire est cruciale afin d'éclairer les décisions programmatiques et aider les fournisseurs de soins dans le ciblage des interventions et des services de proximité. D'autant plus, qu'il a été démontré, en Côte d'Ivoire notamment, qu'il est plus rentable de prévenir la sortie des patients du circuit de traitement que de ramener les personnes qui ont interrompu leur traitement dans le circuit des soins (Losina et al., 2009).

URC en collaboration avec le PNPEC se sont attelés à déterminer les facteurs favorisant la sortie du patient VIH du circuit de traitement ARV selon la perception des patients eux-mêmes. La réponse à cette interrogation permettra de mieux comprendre les raisons qui entravent l'atteinte des objectifs du programme à savoir le contrôle de l'infection à VIH, du point de vue des perdus de vue. Les facteurs associés au statut de perdue de vue nous permettront d'avoir des indicateurs d'alerte précoce afin de mieux prévenir le phénomène.

## **A. Objectifs de recherche**

L'objectif de cette étude est d'identifier les facteurs influençant la sortie des patients ayant débuté un traitement ARV du circuit de traitement. De manière spécifique, le présent rapport adresse les objectifs suivants :

- Déterminer le profil des patients sortis du circuit de traitement
- Déterminer les facteurs influençant la sortie des patients sous ARV du circuit de traitement

## **II. METHODOLOGIE**

### **A. Type d'étude**

La présente étude est une étude transversale qui inclut les composantes suivantes :

- Etude de type cas-témoin : Les cas sont les patients perdus de vue (patients auparavant sous traitement antirétroviral et qui l'ont interrompu). Les témoins sont constitués de patients encore dans le circuit de traitement. Des données quantitatives et qualitatives ont été collectées

auprès des participants. En outre, des entretiens approfondis ont été menés avec un sous-échantillon de participants.

- Discussions de groupes (focus group): Des discussions de groupes ont été organisées avec les groupes suivants : médecins impliqués dans la prise en charge des PVVIH, conseillers communautaires et les patients sortis du circuit de traitement (PDV).

Le présent rapport présente les résultats de l'étude de type cas-témoin et des entretiens approfondis. Les résultats des discussions de groupes seront présentés dans un second rapport.

## **B. Population d'étude et échantillonnage**

Pour le volet cas-témoins, la population de l'étude est composée de patients âgés de 18 ans et plus, infectés par le VIH, ayant débuté un traitement antirétroviral à partir du 1<sup>er</sup> Juin 2009 et sous traitement pendant au moins 4 mois. Il s'est agi aussi et surtout de ceux qui avaient un dossier médical avec des informations relatives à la date de mise sous traitement et à la date de la dernière visite. Deux groupes de patients ont été sélectionnés : les patients perdus de vue (cas) et les patients encore sous traitement ARV lors de la collecte des données (témoins).

Les patients perdus de vue inclus dans l'analyse sont ceux ayant observé une interruption thérapeutique de 3 mois successifs ou plus au moment de la collecte de données.

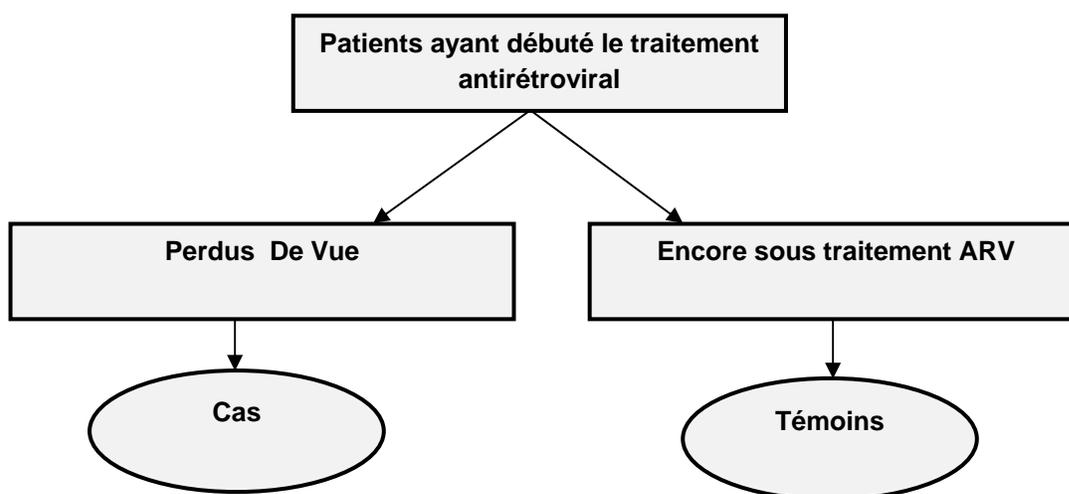
Les patients sous ARV encore dans le circuit de traitement qui ont été inclus dans cette analyse sont les patients n'ayant jamais observé d'interruption thérapeutique de 3 mois successifs ou plus.

Pour augmenter les chances d'obtenir un échantillon national représentatif des patients atteints du VIH, nous avons utilisé un échantillonnage à deux degrés. Le premier degré concerne le tirage des sites. Quarante-deux (42) structures sanitaires soit un peu plus de 10% des 377 structures sanitaires de prise en charge VIH opérationnels de notre base de sondage ont été systématiquement tirés et proportionnellement au nombre de patients suivis par structure de prise en charge.

Le deuxième degré a consisté à sélectionner les patients pour l'examen des dossiers médicaux et les entretiens. Ainsi, 730 patients PDV ont été sélectionnés selon un tirage aléatoire à probabilité inégale (proportionnellement au nombre de patients suivis par le site de prise en charge). Les listes actualisées des patients VIH sous ARV ont été obtenues dans chaque site sélectionné après un dénombrement.

Un facteur de comparaison des deux sous-populations indique qu'en 2011, les proportions des patients aux stades 3 et 4 de l'OMS<sup>1</sup> en début de traitement, en Ouganda, représentaient 69,6% des patients dans le circuit de traitement et 79,5 % des PDV (Geng et al. 2011). L'utilisation de cette information dans le calcul de puissance et de taille de l'échantillon, nous donne la taille des différents échantillons de patients: 626 patients PDV et 626 patients encore sous ARV. Les PDV retrouvés et interviewés ont été matchés aux patients sous traitement selon les critères suivants : même site, même sexe, date d'initiation au traitement ARV (+/- 3 mois) et âge (+/- 5 ans).

Figure 1 : Méthode d'échantillonnage de la population cible



En outre, 23 cas et 23 témoins ont été sélectionnés de manière aléatoire dans 20 sites de l'étude pour des entretiens approfondis (enregistrés à l'aide d'un dictaphone) afin de recueillir des informations qualitatives détaillées sur les circonstances qui influencent la sortie du circuit de traitement des patients.

### C. Collecte des données

La phase de collecte des données s'est déroulée du 6 Février au 12 Avril 2013. Elle a consisté à collecter les informations auprès des patients vivant avec le VIH (volet cas témoins) et aussi auprès des prestataires de soins, des conseillers communautaires et des groupes de patients experts (volet focus group).

#### Volet cas témoins

Les données relatives aux caractéristiques sociodémographiques, cliniques, biologiques et immunologiques des patients ainsi que leur perception sur les facteurs sociaux, programmatiques, et structurels qui pourraient influencer la rétention ou la sortie des patients du circuit de soins ont été recueillies par le biais des questionnaires spécifiques lors des entretiens individuels. Pour ce faire, trois types de personnes sont intervenus dans la collecte. Ce sont : les conseillers communautaires, les enquêteurs et les superviseurs.

#### Les conseillers communautaires

Les conseillers communautaires, ce sont les agents para médicaux qui fournissent un soutien psychologique aux personnes vivant avec le VIH. En tant que conseillers, ces personnes ont été formées aux techniques de protection de la confidentialité des personnes vivant avec le VIH / sida (PVVIH) qu'ils soutiennent. Néanmoins, au cours de cette étude, tous les conseillers communautaires retenus ont reçu un rappel sur la confidentialité en rapport avec l'étude. Au total, 47 conseillers communautaires (au moins un par site), ont été recrutés et formés pour participer à l'étude. Ils avaient pour tâches d'abord de dresser la liste des patients vivant avec le VIH sortis du circuit de traitement respectant les conditions de l'étude à savoir : les patients atteints du VIH qui ont débuté le traitement ARV après le 1<sup>er</sup> juin 2009, puis l'ont arrêté pour une période de 3 mois consécutifs ou plus et dont l'on ne dispose plus d'informations dans les registres de traitement. Cette liste a été obtenue auprès du gestionnaire de données lorsque le site est informatisé ou à partir de la fiche de dénombrement conçue à cet effet pour les sites non informatisés. Dans chaque établissement de prise en charge VIH, lorsqu'un patient vivant avec le VIH sort du circuit de traitement, son dossier est mis de côté et rangé en dehors des autres

dossiers. Ainsi, sur les sites non informatisés, les communautaires ont dressé la liste de tous les patients vivant avec le VIH respectant les conditions de l'étude avec la fiche de dénombrement. Ensuite à partir de cette liste de patients vivant avec le VIH remplissant les critères, le nombre de patients sortis du circuit de soins demandé pour chaque site a été tiré de manière aléatoire. Enfin, les patients tirés ont été recherchés par les conseillers communautaires soit par relance téléphonique soit par visite à domicile. L'étude a doté les communautaires de cartes téléphoniques pour les appels et de frais de transport pour les visites à domicile. Les PDV retrouvés et invités à participer à l'étude ont été matchés (appariés) aux patients encore dans le circuit de traitement selon le sexe, l'âge et la date de mise sous traitement. Les communautaires ont invité les PDV retrouvés et les patients encore sous traitement consentant à participer à l'enquête selon une date et un lieu convenu.

### Les enquêteurs

Dans chaque localité des sites de l'étude, des enquêteurs ont été recrutés et formés. Un total de 38 enquêteurs a participé à l'étude. Un curriculum de formation des enquêteurs a été élaboré par l'équipe du projet de recherche. Ces agents de collecte de données ont été formés à l'éthique, à la méthodologie de l'étude et à la collecte des données. Ces enquêteurs sont des prestataires impliqués dans la prise en charge des PVVIH et /ou ayant participé à des enquêtes similaires. Il s'agit d'assistants sociaux, de médecins, pharmaciens, psychologues, sociologues, sages-femmes, infirmiers, bios techniciens ou économistes. Les enquêteurs ont procédé aux entretiens individuels des enquêtés sur rendez-vous obtenus au préalable par les communautaires. Ces entretiens se sont fait au moyen de questionnaires pour tous les entretiens et de dictaphones pour les entretiens approfondis. Afin de bénéficier d'une protection optimale de la confidentialité, les entretiens se sont déroulés en tous lieux (domicile patient, centre de santé, espace privé etc.) selon la préférence du patient. Lors des entretiens, les enquêteurs se sont vêtus de vêtements sans signes d'identification ni de logos. La langue de collecte des données était le français. Cependant, à la demande des patients qui ne pouvaient pas s'exprimer en français, dans certains sites, les enquêteurs se sont fait aider par des traducteurs locaux. Par exemple, dans un site de l'étude une patiente a demandé que l'aide-soignante qu'elle connaît dans le cadre de ses soins vienne traduire l'entretien dans sa langue locale. Aucune information d'identification n'a été enregistrée sur les formulaires de collecte de données.

Une enquête pilote sur 3 sites (en dehors des sites sélectionnés) a permis de tester les outils de collecte et procéder à leur correction avant de procéder à la collecte proprement dite de données.

### Les Superviseurs

Les superviseurs étaient composés du staff d'URC Côte d'Ivoire. Au nombre de Cinq (5) personnes, Ils avaient pour rôle de :

- Faire des visites d'orientation auprès des responsables des sites sélectionnés en vue d'expliquer les objectifs de l'enquête
- Former les conseillers communautaires
- Former les enquêteurs
- Aider au dénombrement et à la sélection des patients à rechercher
- Vérifier si les outils de collecte ont été entièrement renseignés et sont cohérents en vue de leur validation ou de leur correction

## **D. Considérations éthiques**

Le protocole de l'étude a été validé par le Comité National d'Éthique du Ministère de la Santé et de la Lutte contre le Sida de la Côte d'Ivoire et par le Comité d'Éthique de University Research Co, LLC (URC).

Les participants à la présente étude ont reçu une explication sur l'objet de la recherche, la nature, l'importance et la durée de leur participation, les assurances concernant la confidentialité de leur participation à l'étude et les réponses fournies lors de l'entrevue, le droit à l'anonymat, à la confidentialité et le droit de rétractation du participant à tout moment.

Tout ceci dans l'optique d'obtenir un consentement éclairé. Un formulaire de consentement leur a été soumis. Le nom et la profession du participant n'ont pas été collectés dans le questionnaire ou les bases de données. Il n'existe aucun lien entre le participant et les données qui ont été collectées. Les entretiens avec les patients se sont déroulés dans des lieux et à des moments choisis par les participants. L'entretien s'est fait selon la disponibilité du participant afin d'éviter les coûts liés à l'absentéisme au travail pour ceux qui travaillent. Les participants ont reçu une compensation financière équivalente à une journée de travail, soit 2000 FCFA environ (4 US dollars). De plus, les frais de transport et de communication des participants ont été pris en charge par le projet. Les formulaires de collecte sont gardés à URC dans une armoire fermée à clé et accessible qu'à l'équipe de recherche de URC. La base de données est protégée à l'aide d'un code secret.

## **E. Analyse des données**

### Volet quantitatif

Les données des questionnaires ont été saisies à l'aide d'un programme confectionné sur le logiciel EPI Data. Les données des questions ouvertes de l'étude cas-témoins ont aussi été saisies après avoir été préalablement codifiées. La saisie a été faite en double en vue de contrôler les erreurs. Les fichiers ont été ensuite fusionnés et apurés après contrôles et vérifications de la cohérence des données.

Concernant les analyses, elles se sont faites sur les logiciels STATA 12 et SPAD 5. Des analyses descriptives et de régressions logistiques univariées et multivariées ont été conduites. Les facteurs d'appariement ont été ajustés dans toutes les analyses logistiques. Les modèles de régression logistique ont permis d'obtenir le rapport des cotes (odds ratios) afin d'évaluer l'association entre les facteurs clés et la sortie des patients du circuit de traitement. Le modèle de régression logistique multivariée a permis aussi d'évaluer l'effet marginal des facteurs explicatifs liés au centre de prise en charge sur la sortie des patients du circuit de traitement en prenant en compte les facteurs de confusion. Ces estimations sont présentées avec leurs intervalles de confiance.

### Volet qualitatif

L'analyse des données des entretiens approfondis s'est faite sous forme d'une analyse de contenu du discours livré par les participants lors des entretiens selon la méthode suivante :

- Retranscription des données
- Codage des informations
- Synthèse des enregistrements pour déterminer les facteurs susceptibles d'influencer la sortie des patients du circuit de traitement

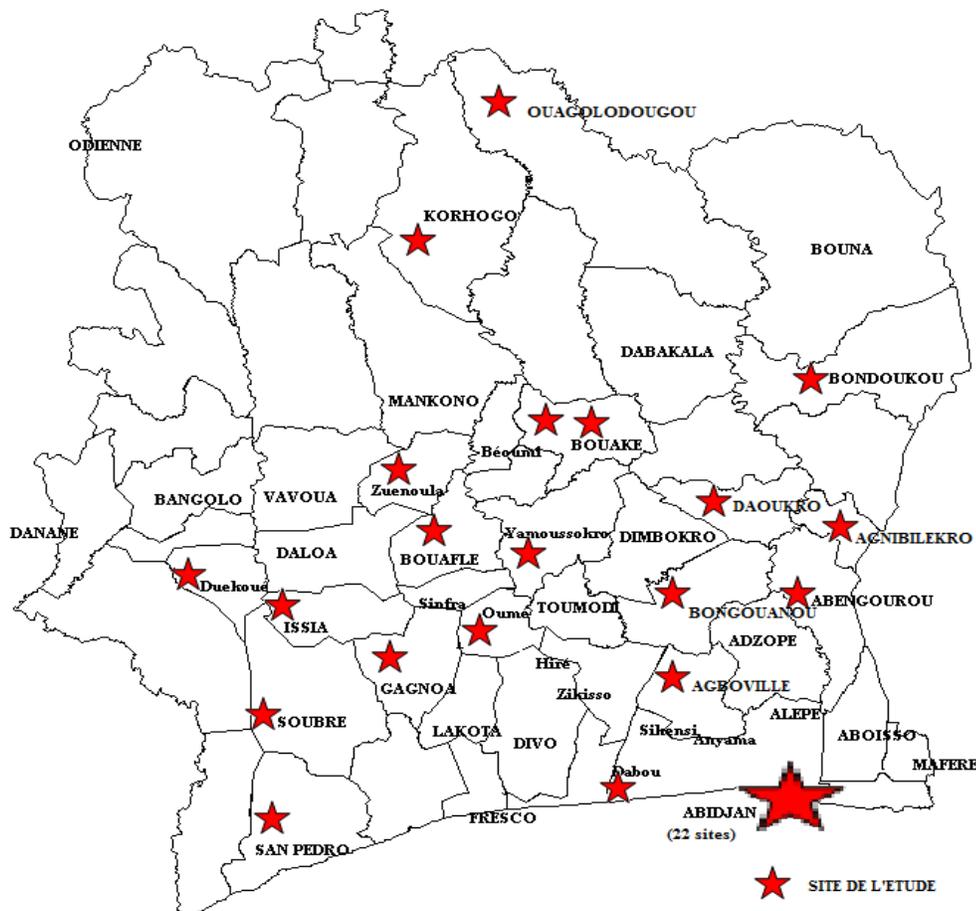
Pour chaque thème, une hiérarchisation a été d'abord faite selon des messages clés tels qu'exprimés par les participants et ce, en fonction de leur fréquence d'apparition dans chacun des groupes et dans l'ensemble. Ensuite, une comparaison a été effectuée entre les groupes de façon à dégager les différences et les convergences et enfin les messages clés ont été illustrés à l'aide de verbatim qui reflète la perception exprimée par les participants.

### III. RESULTATS

#### A. Description de la population d'étude

Au total 42 sites de prise en charge VIH ont été visités au cours de cette enquête dont 15 sites privés et 27 publics. Il y avait également 27 sites d'intervention du projet HCI et 15 de non intervention du projet HCI. Parmi ces 42 sites, 4 sites sont du niveau central, un du niveau intermédiaire ou régional et 37 du niveau périphérique ou district sanitaire. Ces sites sont représentés dans 30 des 79 districts sanitaires et 14 des 19 régions sanitaires que compte le pays (Figure 2).

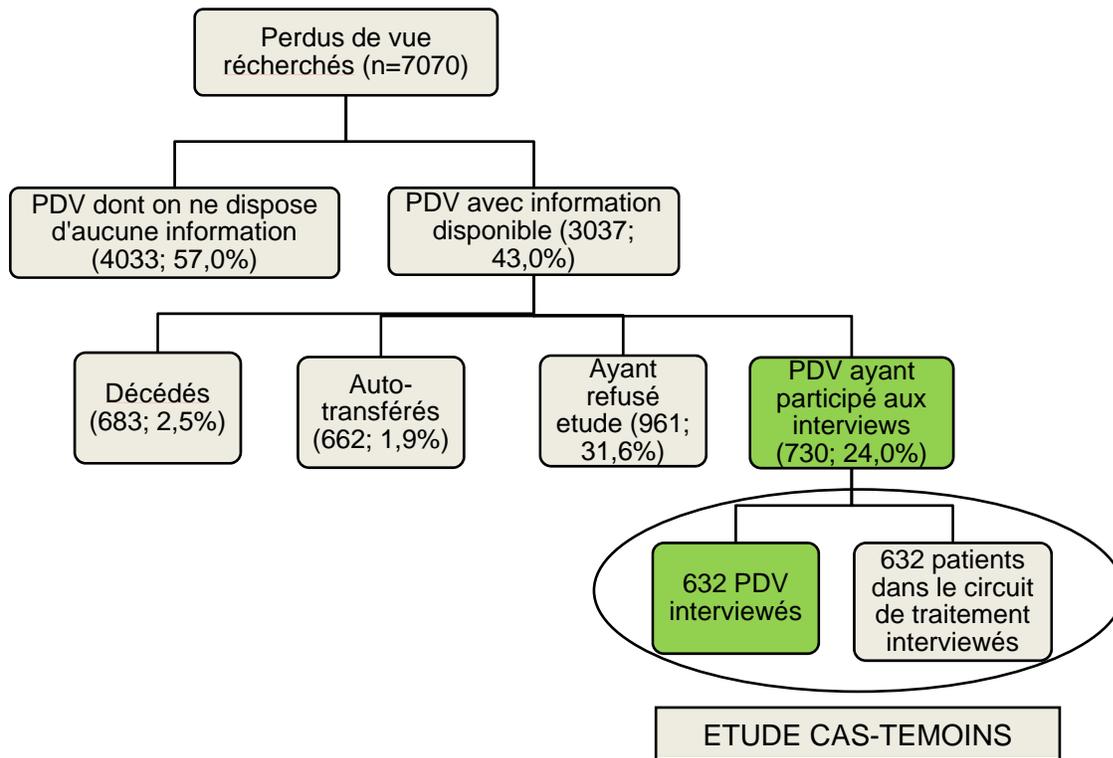
Figure 2 : Répartition géographique des sites de l'étude



#### a) Statut des personnes perdues de vue

Le graphique 1 décrit la cascade des patients perdus de vue ainsi que le statut des perdus de vue dont on disposait d'informations. Au total, 7070 patients ont été recherchés par appel téléphonique ou par visite à domicile dans les 42 sites de l'étude ayant servi à la collecte de données. Sur ces 7070 patients, des informations ont pu être obtenues sur 3037 patients (soit 43,0%). Parmi ceux-ci, 22,5% étaient décédés, 21,9% s'étaient auto-transférés dans d'autres centres de prise en charge, 31,6% ont refusé de participer à l'étude et 24,0% (730) ont été interviewés. Après apurement des questionnaires saisis, 632 questionnaires de patients perdus de vue (PDV) ont été validés et appariés à 632 patients sous traitement ARV (TARV).

**Graphique 1 : Cascade des patients perdus de vue (PDV) de l'étude**



**Auto-transferts :** Les principales raisons évoquées par les patients qui se sont auto-transférés sont :

- Déplacement ou voyage pour des raisons professionnelles, familiales ou autre comme le démontrent ces deux témoignages :  
 « Je suis partie aider ma mère à se soigner. » (PDV, Femme)  
 « Je suis allé faire la promotion d'un produit pendant plus de deux mois. » (PDV, Homme)
- La peur de se faire reconnaître. Voici deux exemples qui illustrent ce fait :  
 « J'ai rencontré des aides-soignantes que je connaissais, alors j'ai décidé d'aller ailleurs. » (PDV, Femme)  
 « J'ai changé d'hôpital dans le but d'échapper à des connaissances qui pourront me rencontrer sur le site de prise en charge. » (PDV, Homme)
- Mauvais accueil ou mauvais traitement qui sont mis en relief par ces récits :  
 « Ils m'ont mal reçue ici, une femme m'a même injuriée que je suis sidéenne. » (PDV, Femme)  
 « J'ai un de mes enfants qui était décédé ici faute de mauvais suivi de la part des médecins et de tout le corps. Depuis ce jour j'ai arrêté de suivre le traitement ici. » (PDV, Femme)
- Centre de prise en charge éloigné du domicile, coût du transport élevé selon les témoignages suivant :  
 « J'ai changé de centre parce que le centre est trop loin par rapport à (nom de la ville) où j'habite. » (PDV, Homme)  
 « ...la distance et le manque de moyen financier pour assurer le transport. » (PDV, Femme)

## b) Description des patients de l'étude

Caractéristiques sociodémographiques : Les caractéristiques sociodémographiques des patients de l'étude sont présentées dans le tableau 1.

A l'image des patients PVVIH du pays, notre échantillon comprend plus de femmes que d'hommes soit 71% de femmes. La moyenne d'âge de la population d'étude est 38,0 (écart-type= 9,5) pour les patients encore dans le circuit de traitement et 38,6 (écart-type=9) pour ceux perdus de vue. La tranche la plus représentée est celle des 30- 40 ans suivie de celle des 40-50 ans qui ensemble représentent plus de 70% de l'effectif de la population d'étude. La répartition du sexe et de la moyenne d'âge est pratiquement la même chez les PDV comme chez les patients sous TARV vu puisque l'appariement s'est fait sur la base du sexe et de l'âge.

S'agissant de l'état matrimonial, les célibataires sont les plus nombreux dans les deux types de population (41,0% chez les PDV contre 32,6% chez les patients dans le circuit de traitement), suivi de ceux qui sont en union libre, (25,5% chez les PDV contre 26,9% chez les patients sous TARV). Quant au niveau d'instruction, les patients n'ayant aucun niveau scolaire sont les plus nombreux dans les deux types de population (32,9% chez les PDV contre 32,4% chez les patients TARV). Approximativement 90% des patients dans les deux groupes vivent en milieu urbain. Il y a autant de patients qui résident dans l'aire sanitaire de la structure de prise en charge que de patients qui n'y résident pas. Ce constat est le même chez les PDV comme chez les patients sous TARV.

En termes d'occupation professionnelle, plus de la moitié des patients exercent une activité lucrative (59,3% des PDV et 63,3% des patients sous TARV). Ces patients travaillent pour la plus part dans le secteur tertiaire (secteur des services).

**Tableau 1 : Caractéristiques sociodémographiques des patients de l'étude (N=1264)**

Variables	PDV n(%)	TARV n(%)	TOTAL n(%)
<b>Sexe</b>			
Masculin	185(29,3%)	182(28,8%)	367(29,0%)
Féminin	447(70,7%)	450(71,2%)	897(71,0%)
<b>Age</b>			
[18,30[	123 (19,5%)	83 (13,1%)	206 (16,3%)
[30,40[	255 (40,4%)	296 (46,8%)	551 (43,6%)
[40,50[	176 (27,9%)	179 (28,3%)	355 (28,1%)
[50, + [	78 (12,3%)	74 (11,7%)	152 (12,0%)
<b>Etat matrimonial</b>			
Célibataire	259(41,0%)	206(32,6%)	465(36,8%)
Marié	147(23,3%)	165(26,1%)	312(24,7%)
Union libre	161(25,5%)	170(26,9%)	331(26,2%)
Divorcé	15(2,4%)	17(2,7%)	32(2,5%)
Veuf/veuve	50(7,9%)	74(11,7%)	124(9,8%)
<b>Niveau d'instruction</b>			
Aucun	208(32,9%)	205(32,4%)	413(32,7%)
Primaire	178(28,2%)	199(31,5%)	377(29,8%)
Secondaire	178(28,2%)	172(27,2%)	350(27,7%)

Variables	PDV n(%)	TARV n(%)	TOTAL n(%)
Supérieur	52(8,2%)	46(7,3%)	98(7,8%)
Coranique ou autodidacte	14(2,2%)	8(1,6%)	22(2,0%)
<b>Zone de résidence du patient</b>			
Urbain	573(90,7%)	564(89,2%)	1137(89,9%)
Rural	59(9,3%)	68(10,8%)	127(10,1%)
<b>Réside dans l'aire du site</b>			
Résident	306(48,4%)	317(50,2%)	623(49,3%)
Non résident	326(51,6%)	315(49,9%)	641(50,7%)
<b>Statut d'occupation</b>			
Travailleur	375(59,3%)	400(63,3%)	775(61,3%)
Chômeur	98(15,5%)	75(11,9%)	173(13,7%)
Elève/Étudiant	22(3,5%)	10(1,6%)	32(2,5%)
Retraité	8(1,3%)	7(1,1%)	15(1,2%)
Ménagère	129(20,4%)	140(22,2%)	269(21,3%)

#### Caractéristiques cliniques à l'initiation du traitement

Les caractéristiques cliniques à l'initiation du traitement telles que la valeur CD4, le score de Karnofsky et le stade clinique selon la classification de l'OMS ou de CDC ne figuraient pas dans les dossiers de 8% à 46% des patients selon les caractéristiques en question. Parmi les patients dont les données cliniques étaient disponibles, une proportion importante présentait des signes avancés de l'infection. Près de la moitié des patients avaient un CD4 inférieur à 200 à l'initiation et seulement 13% avaient un CD4 au moins égal à 350. En outre, 44% des patients étaient aux stades 3 ou 4 selon la classification de l'OMS et 82% au stade B ou C selon la classification de CDC à l'initiation. La moyenne de poids était de 57,0 Kg (écart-type= 11,1) pour les patients encore dans le circuit de traitement et 57,3Kg (SD: ±11,5) pour les PDV. Les caractéristiques cliniques des patients de l'étude à l'initiation du traitement sont présentées dans le tableau 2.

**Tableau 2 : Caractéristiques cliniques des patients à l'initiation**

Variables	PDV n(%)	TARV n(%)	TOTAL n(%)
<b>Valeur CD4(n=1162)</b>			
[0,200]	280 (48,3%)	296 (50,9%)	576 (49,6%)
[201,250]	97 (16,7%)	79(13,6%)	176(15,2%)
[251,300]	72(12,4%)	70(12,0%)	142(12,2%)
[301, 350]	53(9,1%)	60(10,3%)	113(9,7%)
[350, + [	78(13,5%)	77(13,2%)	155(13,3%)
<b>Score de Karnofsky (n=714)</b>			
[0,40[	49(13,8%)	53(14,7%)	102(14,3)
[40,80[	53(15,0%)	36(10,0%)	89(12,5)
[80,100]	252(71,2%)	271(75,3%)	523(73,2)
<b>Stade Clinique OMS (n=682)</b>			
1	75(22,3%)	91(26,4%)	166(24,3)
2	123(36,5%)	94(27,2%)	217(31,8)
3	124(36,8%)	146(42,3%)	270(39,6)

4	15(4,5%)	14(4,1%)	29(4,3)
<b>Stade Clinique CDC (n=977)</b>			
A	90(18,1%)	87(18,1%)	177(18,1%)
B	283(57,1%)	286(59,5%)	569(58,2%)
C	123(24,8%)	108(22,5%)	231(23,6%)

#### Durée du traitement ARV et du statut de perdu de vue

On définit la durée de traitement comme étant le temps qui sépare la date de début du TARV et la date de dernier contact avec le centre de prise en charge. La moyenne de la durée de traitement chez les PDV est de 348 jours (un peu moins d'un an soit 11 mois et 18 jours) avec un écart type de 12 jours. Chez les patients encore sous traitement, la moyenne de la durée de traitement est de 757 jours (soit 2 ans et 1 mois) avec un écart type de 14 jours.

On définit la durée de perdu de vue comme étant le temps entre la date de dernier contact avec la structure sanitaire et la date de l'interview avec le patient sorti du circuit de traitement. La moyenne de durée de perdu de vue dans cette étude était de 466 jours (soit 1 an et 3 mois) avec un écart type de 279 jours (9 mois). La médiane est de 385 jours (1 an et 20 jours).

Parmi les PDV, ceux qui étaient hors du circuit de traitement VIH pour une durée supérieure à 6 mois représentaient 88% des 632 PDV (Tableau 3).

**Tableau 3 : Durée du traitement ARV et du statut de perdu de vue**

Variables	PDV n(%)	TARV n(%)	TOTAL n(%)
<b>Durée de traitement en mois (n=1264)</b>			
0 - 6	237 (37,5%)	35 (5,5%)	272 (21,55)
6 - 12	135 (21,4%)	79 (12,5%)	214 (16,93)
12 – 24	168 (26,6%)	178 (28,2%)	346 (27,37)
24 et+	92 (14,6%)	340 (53,8%)	432 (34,18)
<b>Durée de perte de vue en mois (n=632)</b>			
[4,6]	76 (12,0%)		
] 6,12[	221 (35,0%)		
[12,24[	202 (32,0%)		
[24, 46]	133 (21,0%)		

## **B. Facteurs associés au statut de perdu de vue**

### **a) Facteurs individuels**

#### **Facteurs sociodémographiques**

Si l'âge comme variable continue n'est pas lié au statut de PDV à cause de l'appariement, on a par contre trouvé que les tranches d'âge sont liées à la rétention. Ainsi, les patients appartenant à la classe d'âges de 30 à 50 ans sont moins susceptibles de sortir du circuit de traitement par rapport à ceux de la classe de 18 à 30 ans. En d'autres termes, les jeunes patients sont plus susceptibles de sortir du circuit de traitement (Tableau 4). En outre, l'état matrimonial et l'occupation sont liés à la rétention. Les patients mariés ou veufs sont moins susceptibles d'être PDV que les célibataires (OR : 0,67 ; 95% IC : 0,48-0,92 et OR : 0,50 ; 95% IC : 0,32-0,79, respectivement).

Les résultats ont aussi démontré que l'occupation du patient est liée au statut de perdu de vue. Ainsi, les personnes qui ne travaillent pas sont plus susceptibles de sortir du circuit de traitement que celles qui

travaillent. En outre, les étudiants et les élèves sont environ 2,3 fois plus susceptibles de sortir de circuit de traitement par rapport aux travailleurs.

**Tableau 4 : Facteurs sociodémographiques associés au statut de perdu de vue (N=1264)**

Variables	PDV n(%)	TARV n(%)	OR [IC 95%] <sup>+</sup>	P. value
<b>Age</b>				
[18,30[	123 (19,5%)	83 (13,1%)	1	
[30,40[	255 (40,4%)	296 (46,8%)	0,63 [0,39 - 1,00]	0,053*
[40,50[	176 (27,9%)	179 (28,3%)	0,75 [0,36 - 1,60]	0,462
[50,+[	78 (12,3%)	74 (11,7%)	0,97 [0,30 - 3,14]	0,963
<b>Etat matrimonial</b>				
Célibataire	259(41,0%)	206(32,6%)	1	
Marié	147(23,3%)	165(26,1%)	0,67[0,48 - 0,92]	0,015*
Union libre	161(25,5%)	170(26,9%)	0,79 [0,58 - 1,07]	0,132
Divorcé	15(2,4%)	17(2,7%)	0,70 [0,32 - 1,51]	0,362
Veuf/veuve	50(7,9%)	74(11,7%)	0,50 [0,32 - 0,79]	0,003*
<b>Niveau d'instruction</b>				
Aucun	208(32,9%)	205(32,4%)	1	
Primaire	178(28,2%)	199(31,5%)	0,82 [0,60 - 1,11]	0,202
Secondaire	178(28,2%)	172(27,2%)	0,93 [0,68 - 1,28]	0,655
Supérieur	52(8,2%)	46(7,3%)	0,96 [0,59 - 1,57]	0,871
Coranique et autodidacte	16(2,2%)	10(2,1%)	1,77 [0,73 - 4,27]	0,204
<b>Réside dans l'aire du site</b>				
Résident	306(48,4%)	317(50,2%)	1	
Non résident	326(51,6%)	315(49,9%)	0,99 [0,75 - 1,30]	0,933
<b>Zone résidence</b>				
Urbain	573(90,7%)	564(89,2%)	1	
Rural	59(9,3%)	68(10,8%)	0,87 [0,54 - 1,40]	0,571
<b>Occupation</b>				
Travailleur	375(59,3%)	400(63,3%)	1	
Chômeur	98(15,5%)	75(11,9%)	1,50 [1,05 - 2,15]	0,027*
Elève/Étudiant	22(3,5%)	10(1,6%)	2,30 [1,01 - 5,22]	0,048*
Retraité	8(1,3%)	7(1,1%)	1,51 [0,50 - 4,56]	0,469
Ménagère	129(20,4%)	140(22,2%)	1,00 [0,72 - 1,38]	0,993

\* Odds ratio (OR) et intervalle de confiance à 95% (95% IC) corrigés pour tenir compte des variables d'appariement ; \*P value <0,05

Comme l'indique le tableau 4, l'étude n'a pas trouvé une association statistiquement significative entre la résidence dans la même aire géographique que le centre de santé, le niveau d'instruction, la localité de résidence du patient (rurale, urbain) et le statut de PDV.

Le bien-être économique est lié au statut de perdu de vue. Les personnes qui ont un revenu mensuel sont moins susceptibles de sortir du circuit de traitement que celles qui déclarent n'avoir aucun revenu (Tableau 5). La perception de sa classe sociale est aussi liée au statut de perdu de vue. Ainsi ceux qui perçoivent leur classe sociale comme pauvre sont 1,78 plus susceptibles d'être PDV que ceux qui perçoivent leur classe sociale comme riche. En outre, ceux qui ne pensent pas que l'argent ait rendu le suivi du traitement difficile sont moins susceptibles de sortir du circuit de traitement.

**Tableau 5 : Bien être économique et statut de perdu de vue (N=1264)**

Variables	PDV n(%)	TARV n(%)	OR [IC 95%] <sup>+</sup>	P. value
<b>Revenu mensuel en francs cfa</b>				
Aucun revenu	199 (32,6%)	169 (27,6%)	1	
<33000	97(15,9)	78(12,7)	1,03 [0,68 - 1,56]	0,892
[33 000; 100 000[	176 (28,8%)	203 (33,1%)	0,67 [0,49 - 0,94]	0,018*
[100 000; 200 000[	99 (16,2%)	126 (20,6%)	0,58 [0,40 - 0,85]	0,005*
[200 000 et plus	40 (6,6%)	37 (6,0%)	0,80 [0,46 - 1,39]	0,425
<b>Perception de sa classe sociale</b>				
Riche	28 (4,43%)	38 (6,0%)		1
Moyenne	259 (41,0%)	298(47,2%)	1,18 [0,67- 2,06]	0,572
Pauvre	339 (54,2%)	294 (46,7%)	1,78 [1,01- 3,12]	0,045*
<b>Influence négative du manque d'argent sur le traitement</b>				
Oui	115 (30,7%)	194 (18,2)		
Non	517 (69,3%)	438 (81,8%)	0,49 [0,37- 0,65]	0,000*

<sup>+</sup> Odds ratio (OR) et intervalle de confiance à 95% (95% IC) corrigés pour tenir compte des variables d'appariement ; \*P value <0,05

### **Facteurs cliniques**

#### Durée du traitement ARV et le statut de perdus de vue

Il existe une association significative entre la durée de traitement et le statut de perdu de vue. Les patients semblent plus susceptibles de sortir du circuit de traitement au début de leur traitement. Cette relation est prévisible vu la méthode d'échantillonnage utilisée par l'étude. En effet, les patients qui effectuent des durées de traitement égales ou supérieures à 6 mois sont moins susceptibles d'être PDV que les patients qui ont moins de six mois de traitement (Tableau 6).

**Tableau 6 : Durée sous ARV et le statut de perdu de vue (N=1264)**

Variables	PDV n(%)	SOINS n(%)	OR [IC 95%] <sup>+</sup>	P. value
<b>Durée de traitement (en mois)</b>				
4 mois-6 mois	237 (37,5%)	34 (5,4%)	1	
Plus de 6 mois	395 (62,5%)	598 (94,6%)	0,0007 [0,00008-0,0071]	<0,001

<sup>+</sup> Odds ratio (OR) et intervalle de confiance à 95% (95% IC) corrigés pour tenir compte des variables d'appariement ; \*P value <0,05

#### Caractéristiques cliniques à l'initiation

Les résultats de l'étude n'ont pas ressorti une association statistiquement significative entre le poids, le CD4, le score de Karnofsky, le stade clinique selon la classification du CDC à l'initiation et la sortie ou le maintien des patients du circuit de traitement (Tableau 7). L'association entre le stade clinique de

l'OMS et le statut de PDV est marginalement significative; les patients au stade II de la classification de l'OMS étant 60% plus susceptibles de sortir du circuit de traitement que ceux au stade I (p=0,05).

**Tableau 7 : Statut clinique à l'initiation et statut de perdu de vue (N=1264)**

Variables	PDV n(%)	TARV n(%)	OR [IC 95%] <sup>+</sup>	P. value
<b>Poids</b>				
[25,40[	16 (2,5%)	12 (1,9%)	1	
[40,50[	126 (19,9%)	136 (21,5%)	0,79 [0,35 - 1,81]	0,581
[50,60[	215 (34,0%)	229 (36,2%)	0,82 [0,37 - 1,86]	0,640
[60,70[	156 (24,7%)	147 (23,3%)	0,93 [0,40 - 2,12]	0,856
[70,80[	48 (7,6%)	47 (7,4%)	0,95 [0,39 - 2,34]	0,915
[80, + [	71 (11,2%)	61 (9,7%)	1,09 [0,45 - 2,66]	0,853
<b>Taux de CD4 (n=1162)</b>				
[0,200]	280 (48,3%)	296 (50,9%)	1	
[201,250]	97 (16,7%)	79(13,6%)	1,34[0,94 - 1,93]	0,105
[251,300]	72(12,4%)	70(12,0%)	1,10 [0,74 - 1,62]	0,646
[301, 350]	53(9,1%)	60(10,3%)	0,98 [0,63 - 1,53]	0,939
[350, + [	78(13,5%)	77(13,2%)	1,11 [0,76 - 1,63]	0,585
<b>Score de Karnofsky (n=714)</b>				
[0,40[	49 (13,8%)	53 (14,7%)	1	
[40,80[	53 (15,00%)	36 (10,00%)	2,62 [0,51 - 13,42]	0,247
[80,100]	252 (71,2%)	271 (75,3%)	1,71 [0,35 - 8,42]	0,511
<b>Stade clinique OMS (n=682)</b>				
Stade I	75(22,3%)	91(26,4%)	1	
Stade 2	123(36,5%)	94(27,3%)	1,64 [1,00 - 2,73]	0,050*
Stade 3	124(36,8%)	146(42,3%)	1,00 [0,58 - 1,72]	0,994
Stade 4	15(4,5%)	14(4,1%)	1,16 [0,45 - 2,96]	0,757
<b>Stade clinique CDC (n=977)</b>				
Stade A	90(18,1%)	87(18,1%)	1	
Stade B	283(57,1%)	286(59,5%)	1,03 [0,70 - 1,53]	0,882
Stade C	123(24,8%)	108(22,4%)	1,19 [0,76 - 1,86]	0,458

\* Odds ratio (OR) et intervalle de confiance à 95% (95% IC) corrigés pour tenir compte des variables d'appariement ; \*P value <0,05

#### Caractéristiques cliniques à six mois de traitement

Le tableau 8 décrit les caractéristiques cliniques après six mois de traitement. On parle ici de gain en poids à 6 mois si après 6 mois de traitement, le poids du patient augmente d'au moins 5 % par rapport à l'initiation. Pour le CD4, on parle aussi de gain si après six mois le taux de CD4 du patient augmente de

50 point au moins par rapport à l'enrôlement. Nous avons considéré les patients pour lesquels le dossier médical était renseigné et à jour.

A six mois de traitement, le poids des patients qui étaient encore dans le circuit de traitement lors de l'enquête avait augmenté en moyenne de 3,2 kg et leur taux de CD4 de 101. Quant aux patients qui étaient sortis du circuit de traitement (les PDV), leur poids au sixième mois de traitement avait augmenté en moyenne de 2,7 kg et leur taux de CD4 de 84. Le gain en poids et le gain en CD4 à six mois de traitement sont liés à la rétention (Tableau 8). Les patients qui ne présentent pas de gain en poids à 6 mois sont plus susceptibles de sortir du circuit de traitement que ceux qui ont eu un gain (OR=1,55 ; 95% IC : 1,11-2,15). Par ailleurs, les patients qui ne présentent pas un gain en CD4 à 6 mois de traitement sont presque 2 fois plus susceptibles de sortir du circuit de traitement que ceux qui en ont un (OR=1,88 ; 95% IC : 1,27-2,78).

**Tableau 8 : Caractéristiques cliniques à six mois de traitement et statut de perdu de vue**

Variables	PDV n(%)	TARV n(%)	OR [IC 95%] <sup>+</sup>	P. value
<b>Gain en poids à 6 mois de traitement (n=770)</b>				
Oui	124 (40,1%)	226 (49,02%)	1	
Non	185 (59,9%)	235 (51,0%)	1,55 [1,11 - 2,15]	0,010*
<b>Gain en CD4 à 6 mois de traitement (n=681)</b>				
Oui	106 (39,6%)	219 (52,8%)	1	
Non	162 (60,5%)	196 (47,2%)	1,88 [1,27 - 2,78]	0,002*

<sup>+</sup>Odds ratio (OR) et intervalle de confiance à 95% (95% IC) corrigés pour tenir compte des variables d'appariement ; \*P value <0,05

#### Caractéristiques cliniques à douze mois de traitement

Le tableau 9 décrit les caractéristiques cliniques à douze mois de traitement. On parle ici de gain en poids à 12 mois si après 12 mois de traitement, le poids augmente de plus de 10 pourcent par rapport à l'initiation du traitement. Pour le CD4, on parle aussi de gain si le CD4 augmente de 100 points par rapport à l'initiation du traitement. Nous avons considéré les patients pour lesquels le dossier médical est renseigné et à jour.

**Tableau 9 : Caractéristiques cliniques à douze mois de traitement et statut de perdu de vue**

Variables	PDV n(%)	TARV n(%)	OR [IC 95%] <sup>+</sup>	P. value
<b>Gain en poids à 12 mois de traitement (n=621)</b>				
Oui	87 (42,7%)	181 (43,4%)	1	
Non	117 (57,4%)	236 (56,6%)	0,95 [0,64 - 1,42]	0,806
<b>Gain en CD4 à 12 mois de traitement (n=566)</b>				
Oui	90 (51,7%)	205 (52,3%)	1	
Non	84 (48,3%)	187 (47,7%)	0,92 [0,60 - 1,43]	0,725

<sup>+</sup>Odds ratio (OR) et intervalle de confiance à 95% (95% IC) corrigés pour tenir compte des variables d'appariement ; \*P value <0,05

Les patients qui étaient encore dans le circuit de traitement au moment de l'enquête avaient augmenté à douze mois de traitement de 4,88 kg en moyenne en ce qui concerne le poids et de 133 points en moyenne en ce qui concerne le taux de CD4 comparativement à l'initiation. Quant aux patients qui sont sortis du circuit de traitement (PDV au moment de l'enquête), ils avaient augmenté à 12 mois de traitement de 5,23 kg en moyenne en ce qui concerne le poids et de 128 cellules/ microlitres en moyenne en ce qui concerne le CD4. L'étude n'a trouvé aucune association significative entre les caractéristiques cliniques à 12 mois et le statut de perdu de vue. Il faut noter que le nombre de patients pour lesquels ces données cliniques sont disponibles est nettement moins important à 12 mois qu'à l'enrôlement ou à 6 mois.

### Perception de l'état de santé pendant le traitement

Les patients qui estiment que leur état de santé ne s'était pas amélioré après le début du traitement sont presque 12 fois plus susceptibles de sortir du circuit de traitement que ceux qui estiment que leur état de santé s'était amélioré (Tableau 10).

**Tableau 10 : Perception de l'état de santé et statut de perdu de vue (1264)**

Variables	PDV n(%)	TARV n(%)	OR [IC 95%] <sup>+</sup>	P.value
<b>Amélioration de l'état de santé après le début du traitement</b>				
Oui	528 (83,5%)	620 (98,1%)	1	
Non	104 (16,5%)	12 (1,9%)	12,17 [6,47 - 22,90]	<0,001*

<sup>+</sup> Odds ratio (OR) et intervalle de confiance à 95% (95% IC) corrigés pour tenir compte des variables d'appariement ; \*P value <0,05

### Effets secondaires

Les patients qui déclarent avoir eu des problèmes liés aux effets secondaires des ARV pendant le traitement sont presque trois fois plus susceptibles de sortir du circuit de traitement que ceux qui ne souffraient pas d'effets secondaires (Tableau 11).

**Tableau 11 : Effets secondaires pendant le traitement et statut de perdu de vue (N=1264)**

Variables	PDV n(%)	TARV n(%)	OR [IC 95%] <sup>+</sup>	P.value
<b>Effets secondaires pendant le traitement</b>				
Non	404 (63,9%)	556 (88,0%)	1	
Oui	228 (36,1%)	76 (12,0%)	2,82 [1,59 - 5,00]	<0,001*

<sup>+</sup> Odds ratio (OR) et intervalle de confiance à 95% (95% IC) corrigés pour tenir compte des variables d'appariement ; \*P value <0,05

### **Connaissances, attitudes et pratiques**

#### Pratiques pendant le traitement

Les patients qui n'utilisent pas d'autres médicaments que ceux prescrits par le centre de prise en charge sont moins susceptibles d'être des PDV que ceux qui utilisent de tels médicaments (Tableau 12). En effet, il y a un faible nombre de patients (environ 5% de l'ensemble) qui utilisent d'autres médicaments mais les patients qui affirment les utiliser sont environ 17 fois plus susceptibles de sortir du circuit de traitement que les patients qui n'utilisent pas ces médicaments. A ce sujet, sur les 62 patients utilisant autres médicaments, la majeure partie utilise les médicaments traditionnels (85% de ces patients) suivi des produits à base d'Aloès (6%) et des médicaments chinois (5%).

En outre, les personnes à qui il arrive de manquer des rendez-vous de temps en temps sont plus susceptibles de sortir du circuit de traitement de manière permanente.

**Tableau 12 : Pratiques pendant le traitement et statut de perdu de vue (N=1264)**

Variables	PDV n(%)	TARV n(%)	OR [IC 95%] <sup>+</sup>	P.value
<b>Utilisation d'autres médicaments contre le VIH/sida</b>				
Oui	57 (9,0%)	5 (0,8%)	1	
Non	575 (91,0%)	627 (99,2%)	0,06 [0,02 - 0,16]	<0,001*
<b>Manquer un RDV à l'hôpital pendant le traitement</b>				
Oui	205 (32,4%)	128 (20,3%)	1	
Non	427 (67,6%)	504 (79,8%)	0,48 [0,37 - 0,64]	<0,001*

<sup>+</sup> Odds ratio (OR) et intervalle de confiance à 95% (95% IC) corrigés pour tenir compte des variables d'appariement ; \*P value <0,05

## Connaissances en matière du VIH

Les personnes qui ont des connaissances erronées en ce qui concerne le VIH et le traitement du VIH sont plus susceptibles de sortir du circuit de traitement (Tableau 13). Par exemple, ceux qui ne croient pas que le sida est une maladie grave mais traitable sont 84% plus susceptibles d'être des PDV que celles qui le croient. Les patients qui ne croient pas en l'efficacité des ARV sont 8 fois plus susceptibles de sortir du circuit de traitement que ceux qui y croient. De même, les patients qui disent ignorer l'existence des ARV comme moyen de traitement du VIH sont 15 fois plus susceptibles d'être perdus de vue que ceux qui le savent. En addition, les patients qui disent ignorer que le traitement ARV est pour toute la vie sont 2 fois plus susceptibles d'être perdus de vue que ceux qui le savent. D'un autre côté, les patients qui croient que le traitement doit continuer même si l'on se sent mieux sont moins susceptibles d'être des PDV. En outre, les patients qui ne croient pas que le VIH est un sort, une punition ou une malédiction ou ceux qui ne croient pas que les pratiques religieuses peuvent remplacer le traitement ARV sont moins susceptibles d'être des PDV que ceux qui le croient.

**Tableau 13 : Connaissances sur le VIH/SIDA et statut de perdu de vue (N=1264)**

Variables	PDV n(%)	TARV n(%)	OR [IC 95%] <sup>+</sup>	P.value
<b>Le sida est une maladie grave mais traitable</b>				
Oui	556 (88,0%)	583 (92,3%)	1	
Non	76 (12,0%)	49 (7,8%)	1,84 [1,22 - 2,77]	0,004*
<b>Les ARV existent pour traiter le VIH</b>				
Oui	603 (95,4%)	629 (99,5%)	1	
Non	29 (4,6%)	3 (0,5%)	14,89 [4,30 - 51,56]	<0,001*
<b>Le traitement du VIH est pour toute la vie</b>				
Oui	469 (74,2%)	526 (83,2%)	1	
Non	163 (25,8%)	106 (16,8%)	2,04 [1,50 - 2,74]	<0,001*
<b>Croit à l'efficacité des ARV</b>				
Oui	539 (85,3%)	617 (97,6%)	1	
Non	93 (14,7%)	15 (2,4%)	8,17 [4,55 - 14,68]	<0,001*
<b>Croit que l'on a plus besoin de continuer le traitement une fois qu'on se sent mieux</b>				
Oui	141 (22,3%)	31 (4,9%)	1	
Non	427 (67,6%)	567 (89,7%)	0,12 [0,07 - 0,18]	<0,001*
Ne sait pas	64 (10,1%)	34 (5,4%)	0,42 [0,23 - 0,78]	0,006*
<b>Le VIH est un sort, une punition ou une malédiction</b>				
Oui	158 (25,0%)	108 (17,1%)	1	
Non	474 (75,0%)	524 (82,9%)	0,62 [0,47 - 0,84]	0,002*
<b>Les pratiques religieuses peuvent remplacer le traitement ARV</b>				
Oui	141 (22,3%)	51 (8,1%)	1	
Non	491 (77,7%)	581 (91,9%)	0,24 [0,17 - 0,36]	<0,001*

\* Odds ratio (OR) et intervalle de confiance à 95% (95% IC) corrigés pour tenir compte des variables d'appariement ; \*P value <0,05

## Révélation du statut sérologique

La révélation du statut sérologique est liée au statut de perdu de vue. En effet, les patients qui ne cachent pas leur statut aux autres sont plus susceptibles d'être PDV. Même si ce résultat semble

surprenant, il faut noter qu'il est possible que la révélation du statut ait eu des conséquences (comme la stigmatisation) qui ont mené au statut de PDV. Cependant la révélation du statut au conjoint ou aux membres de sa famille n'est pas associée avec le statut de perdu de vue (Tableau 14).

**Tableau 14 : Révélation du statut sérologique et statut de perdu de vue (N=1264)**

Variables	PDV n(%)	TARV n(%)	OR [IC 95%] <sup>+</sup>	P value
<b>Cache son statut aux autres</b>				
Oui	559 (88,45)	579 (91,61)	1	
Non	73 (11,55)	53 (8,39)	1,55 [1,01-2,37]	0,044*
<b>A révélé son statut à son conjoint (n=649)</b>				
Oui	207 (66,3)	242 (71,8)	1	
Non	105 (33,7)	95 (28,2)	1,38 [0,96 -1,99]	0,079
<b>A révélé son statut aux membres de sa famille</b>				
Oui	278 (43,99)	280 (44,30)	1	
Non	354 (56,01)	352 (55,70)	1,05 [0,82 -1,35]	0,678

\* Odds ratio (OR) et intervalle de confiance à 95% (95% IC) corrigés pour tenir compte des variables d'appariement ; \*P value <0,05

#### Alcool et tabac

En termes de facteurs comportementaux, les non-fumeurs sont moins susceptibles de sortir du circuit de traitement que les fumeurs (OR=0,27 ; 95%CI : 0,13-0,56). Par contre il n'y a pas de lien entre la consommation de l'alcool et le statut de perdu de vue (Tableau 15).

**Tableau 15 : Tabagisme, alcool et statut de perdu de vue (N=1264)**

Variables	PDV n(%)	TARV n(%)	OR [IC 95%] <sup>+</sup>	P.value
<b>Tabagisme</b>				
Fumeur	35(5,5%)	12(1,9%)	1	
Non fumeur	597(94,5%)	620(98,1%)	0,27 [0,13 - 0,56]	0,000*
<b>Consommation d'alcool</b>				
Boit	148(23,4%)	126(19,9%)	1	
Ne boit pas	484(76,6%)	506(80,1%)	0,82 [0,60 - 1,11]	0,191

\* Odds ratio (OR) et intervalle de confiance à 95% (95% IC) corrigés pour tenir compte des variables d'appariement ; \*P value <0.05

#### Stigmatisation intériorisée

L'échelle de stigmatisation de six questions développée par Kalichman et collègues (Kalichman, 2009) a été utilisée pour déterminer le niveau de stigmatisation intériorisée par les patients. Les personnes vivant avec le VIH qui ont intériorisé la stigmatisation liée au VIH sont plus susceptibles de sortir du circuit de traitement (Tableau 16). Par exemple, ceux qui déclarent se sentir coupables d'être infectés par le VIH ou ceux qui déclarent se sentir inutiles parce qu'ils sont infectés par le VIH sont environ 50% plus susceptibles de sortir du circuit de traitement que ceux qui ne se sentent pas coupables ni inutiles. En outre, ceux qui estiment que le VIH/Sida les rend malpropres sont presque 80% plus susceptibles d'être PDV.

L'échelle de stigmatisation intériorisée qui a été obtenue en prenant en compte la totalité de ces six questions a montré que de manière globale, l'intériorisation de la stigmatisation est liée au statut de PDV. Les personnes avec un score à l'échelle de stigmatisation supérieur ou égal à 3 sont 59% plus susceptibles de sortir du circuit de traitement que ceux qui ont un score inférieur ou égal à 2.

**Tableau 16 : Stigmatisation intériorisée et statut de perdu de vue**

Variables	PDV n(%)	TARV n(%)	OR [IC 95%] <sup>+</sup>	P.value
<b>Il est facile pour moi de révéler mon statut aux autres</b>				
Non	556(89,6%)	582 (92,1%)	1	
Oui	66 (10,4%)	50 (7,9%)	1,55 [1,01- 2,37]	0,044*
<b>Etre infecté(e) par le VIH/sida me rend malpropre (sale)</b>				
Non	96 (15,2%)	66 (10,4%)	1	
Oui	536 (84,8%)	566 (89,6%)	1,76 [1,21- 2,56]	0,003*
<b>Je me sens coupable d'être infecté(e) par le VIH/sida</b>				
Non	208 (32,9%)	163 (25,8%)	1	
Oui	424 (67,1%)	469 (74,2%)	1,40 [1,07 - 1,83]	0,015*
<b>J'ai honte parce que je suis infecté(e) par le VIH/sida</b>				
Non	280 (44,3%)	254 (40,2%)	1	
Oui	352 (55,7%)	378 (59,8%)	1,26 [0,98 - 1,61]	0,072
<b>Je me sens parfois inutile parce que je suis infecté(e) par le VIH/sida</b>				
Non	122 (19,3%)	90 (14,2%)	1	
Oui	510 (80,7%)	542 (85,7%)	1,55 [1,11- 2,16]	0,009*
<b>Je cache mon statut aux autres</b>				
Non	73 (11,6%)	53 (8,4%)	1	
Oui	559 (88,5%)	579 (91,6%)	0,65 [0,42 - 0,99]	0,044*
<b>Echelle stigmatisation intériorisée</b>				
0-2	410 (64,9%)	465 (73,6%)	1	
>=3	222 (35,1%)	167 (26,4%)	1,59 [1,22 - 2,07]	0,001*

<sup>+</sup> Odds ratio (OR) et intervalle de confiance à 95% (95% IC) corrigés pour tenir compte des variables d'appariement ; \*P value <0,05

#### Le support social

Il n'y pas d'association entre le fait d'avoir quelqu'un qui aide le patient à respecter ses rendez ou quelqu'un qui accompagne le malade à l'hôpital ou chercher ses médicament et le statut de perdu de vue (Tableau 17). Par contre, les personnes qui déclarent n'avoir personne qui leur apporte un soutien moral sont 35% plus susceptibles de sortir du circuit de traitement que celles qui reçoivent un soutien moral.

**Tableau 17 : Support social et statut de perdu de vue**

Variables	PDV n(%)	TARV n(%)	OR [IC 95%] <sup>+</sup>	P.value
<b>A quelqu'un qui l'aide à respecter les rendez-vous</b>				
Oui	234 (37,0%)	218 (34,5%)	1	
Non	398 (63,0%)	414 (65,5%)	0,91 [0,71- 1,17]	0,460
<b>A quelqu'un qui l'accompagne a l'hôpital ou qui part chercher ses médicaments en son nom</b>				
Oui	142 (22,5%)	127 (20,1%)	1	
Non	490 (77,5%)	505 (79,9%)	0,88 [0,65 - 1,18]	0,378
<b>A quelqu'un qui lui apporte un soutien moral</b>				
Oui	398 (63,0%)	431 (68,2%)	1	
Non	234 (37,0%)	201 (31,8%)	1,35 [1,05 - 1,75]	0,021*

<sup>+</sup> Odds ratio (OR) et intervalle de confiance à 95% (95% IC) corrigés pour tenir compte des variables d'appariement ; \*P value <0,05

## Obligations sociales

Les personnes qui déclarent que leurs obligations professionnelles rendent le suivi du traitement difficile sont 2 fois plus susceptibles de sortir du circuit de traitement que celles qui estiment que ce n'est pas le cas. En outre, les personnes dont les obligations sociales rendent le suivi du traitement difficile sont aussi 2 fois plus susceptibles d'être PDV (Tableau 18).

**Tableau 18 : Obligations professionnelles et sociales et statut de perdu de vue**

Variables	PDV n(%)	TARV n(%)	OR [IC 95%] <sup>+</sup>	P.value
<b>Les obligations professionnelles rendent le suivi du traitement difficile</b>				
Non	280 (75,9%)	354 (89,6%)	1	
Oui	89 (24,1%)	41 (10,4%)	2,28 [1,50 - 3,46]	<0,001*
<b>Les obligations sociales rendent le suivi du traitement difficile</b>				
Non	599 (94,8%)	614 (97,1%)	1	
Oui	33 (5,2%)	505 (2,9%)	2,08 [1,11-3,88]	0,021*

<sup>+</sup> Odds ratio (OR) et intervalle de confiance à 95% (95% IC) corrigés pour tenir compte des variables d'appariement ; \*P value <0,05

## b) Facteurs structurels

### Distance et transport

La majorité des patients enquêtés (75 % des PDV et 75% des patients sous traitement) se rend dans les sites de prise en charge en transport en commun alors que 23% des participants marchent (21% des PDV et 25% des patients dans le circuit de traitement). Cependant, il n'y a pas d'association entre le mode de déplacement utilisé pour se rendre dans les sites de prise en charge et le statut de PDV.

En outre, les tests statistiques ne montrent pas de différences statistiquement significatives entre les temps de déplacement pour se rendre au centre de santé et le maintien dans le circuit de traitement. Néanmoins, dans la population étudiée, 19,3% PDV contre 7,1% des patients dans le circuit de traitement attestent que la distance entre leur domicile et le centre de prise en charge influence négativement le suivi de leur traitement. Les patients pour qui cette distance influence négativement le suivi sont environ 3 fois plus susceptibles de sortir du circuit de traitement par rapport aux patients pour qui la distance n'a pas d'inconvénient sur le traitement. Par contre, l'existence d'un centre plus proche de la résidence du patient n'est pas associée au statut de perdu de vue (Tableau 19).

**Tableau 19 : Distance, transport et statut de perdu de vue (N=1264)**

Variables	PDV n(%)	TARV n(%)	OR [IC 95%] <sup>+</sup>	P.value
<b>Temps mis pour se rendre au centre de santé</b>				
<30mn	197 (31,2%)	197 (31,2%)	1	
30mn-1h	277 (43,8%)	274 (43,4%)	0,94 [0,71- 1,25]	0,669
1h-2h	113 (17,9%)	121 (19,12%)	0,85 [0,59 - 1,22]	0,380
>2h	45 (7,1%)	40 (6,3%)	1,00 [0,60 - 1,68]	0,911
<b>Existence d'un centre de santé plus proche du patient</b>				
Oui	119 (31,5%)	190 (30,1%)	1	
Non	433 (68,5%)	442 (68,1%)	0,91 [0,70- 1,19]	0,499
<b>Influence négative de la distance sur le traitement</b>				
Non	510 (80,7%)	587 (92,9%)	1	
Oui	122 (19,3%)	45 (7,1%)	3,37 [2,28- 4,99]	<0,001*

<sup>+</sup> Odds ratio (OR) et intervalle de confiance à 95% (95% IC) corrigés pour tenir compte des variables d'appariement ; \*P value <0,05

## Facteurs liés au système de santé

### Horaires, temps d'attente et disponibilité des prestataires

Dans notre étude, environ 40% des patients ont trouvé le temps d'attente dans les sites de prise en charge long. Aussi, les patients qui trouvent le temps d'attente long sont 46% plus susceptibles de sortir du circuit de traitement. La disponibilité des prestataires telle que perçue par les patients est marginalement associée au statut de perdu de vue ; les patients qui perçoivent les prestataires comme non disponibles sont 2 fois plus susceptibles d'être PDV que ceux qui les perçoivent comme disponibles ( $p=0,056$ ). En outre, Il s'est avéré que 12,2% des PDV contre 5,6% des patients dans le circuit du traitement trouvent que les heures de rendez-vous pour les soins dans les centres de prise en charge ne sont pas convenables. Ces patients (qui estiment que les heures ne sont pas convenables) sont presque 3 fois plus susceptibles d'être perdus de vue comparativement à ceux qui apprécient les heures de rendez-vous (Tableau 20).

**Tableau 20 : Horaires, temps d'attente, disponibilité et statut de perdu de vue (N=1264)**

Variables	PDV n(%)	TARV n(%)	OR [IC 95%] <sup>+</sup>	P.value
<b>Appréciation du temps d'attente dans la structure sanitaire</b>				
Court	147 (23,3%)	163 (25,8%)	1	
Moyen	191 (30,2%)	228 (36,1%)	0,92 [0,65- 1,30]	0,632
Long	294 (46,5%)	241 (38,1%)	1,46 [1,02- 2,09]	0,039*
<b>Appréciation de la disponibilité des prestataires de soins</b>				
Disponibles	607 (96,0%)	619 (97,9%)	1	
pas disponibles	25 (4,0%)	13 (2,1%)	2,04 [0,98- 4,25]	0,056
<b>Appréciation des heures de RDV à l'hôpital</b>				
Convenables	555 (87,8%)	597 (94,5%)	1	
Pas convenables	77 (12,2%)	35 (5,6%)	2,78 [1,77- 4,38]	<0,001*

<sup>+</sup> Odds ratio (OR) et intervalle de confiance à 95% (95% IC) corrigés pour tenir compte des variables d'appariement ; \*P value <0,05

### Perception de la qualité des soins reçus

Une perception négative de la qualité des soins reçus est associée à une plus grande susceptibilité de sortie du circuit de traitement (Tableau 21). Par exemple, les patients qui pensent ne pas bien avoir été préparés avant la prise des ARV sont presque 6 fois plus susceptibles de sortir du circuit de traitement (OR=5,94 ; 95% CI : 4,20-8,40) que ceux qui estiment avoir été bien préparés. La majeure partie des patients ont de bonnes relations avec les prestataires. Mais lorsque cette relation (prestataire-client) n'est pas appréciée par ces patients, ils sont presque 4 fois plus susceptibles de sortir du circuit de traitement (3,69; [2,38- 5,71] ;  $p<0,05$ ). De même les patients qui estiment n'avoir pas reçu assez d'information au sujet du VIH, ou assez de conseils psychosociaux et pour l'adhésion à l'hôpital sont plus susceptibles d'être des PDV. Ainsi, le niveau de satisfaction est lié au statut de perdu de vue. Plus le patient est satisfait, moins il est susceptible de sortir du circuit de traitement.

**Tableau 21 : Perception de la qualité des services reçus et statut de perdu de vue**

Variables	PDV n(%)	TARV n(%)	OR [IC 95%] <sup>+</sup>	P. value
<b>Pense avoir reçu assez d'information au sujet du VIH à l'hôpital*</b>				
Oui	410 (64,9)	506(80,1)	1	
Non	222(35,1)	126(19,9)	2,58[1,92-3,46]	<0,001*
<b>Pense avoir été bien préparé par le personnel avant le début du traitement*</b>				
Oui	404 (63,9%)	547 (86,5%)	1	

Variables	PDV n(%)	TARV n(%)	OR [IC 95%] <sup>+</sup>	P. value
Non	228 (36,1%)	85 (13,1%)	5,94 [4,20- 8,40]	<0,001*
<b>Pense avoir reçu assez de conseils psychosociaux et conseils d'adhésion à l'hôpital *</b>				
Oui	360 (57,0)	456(72,2)	1	
Non	272(43,0)	176(27,9)	2,81 [2,08-3,80]	<0,001*
<b>A de bonnes relations avec le prestataire de soins*</b>				
Oui	528 (83,5%)	591 (93,5%)	1	
Non	104 (16,5%)	41 (6,5%)	3,69 [2,38- 5,71]	<0,001*
<b>Niveau de satisfaction des services reçus*</b>				
Pas satisfait	46(7, 3%)	11(1, 8%)	1	
Moyennement	192 (30, 4%)	105(16,6%)	0,43[0,21-0,91]	0,026*
Satisfait	394(62, 3%)	516(81, 7%)	0,14[0,68-0,29]	<0,001*

<sup>+</sup> Odds ratio (OR) et intervalle de confiance à 95% (95% IC) corrigés pour tenir compte des variables d'appariement ; \*P value <0,05.

### Association de PVVIH

Les personnes non membres d'associations de PVVIH sont presque 2,8 fois plus susceptibles d'être PDV (Tableau 22). En effet, la majeure partie des patients n'est pas membre d'une association de PVVIH. Mais lorsque ces patients sont membres des associations, ils ont plus de chances de rester dans le circuit de traitement. Parmi ces patients, 80% déclarent que leur association est au niveau du centre de prise en charge et 20% au niveau communautaire.

**Tableau 22 : Association de PVVIH et statut de perdu de vue (N=1264)**

Variables	PDV n(%)	TARV n(%)	OR [IC 95%] <sup>+</sup>	P.value
<b>Membre d'une association de PVVIH*</b>				
Oui	30 (4,8%)	68 (10,8%)	1	
Non	602 (95,2%)	564 (89,2%)	2,84 [1,74- 4,64]	<0,001*

<sup>+</sup> Odds ratio (OR) et intervalle de confiance à 95% (95% IC) corrigés pour tenir compte des variables d'appariement ; \*P value <0,05

### Disponibilité de médicaments dans le site de prise en charge

L'étude a ressorti une association statistiquement significative entre la non disponibilité des médicaments et la sortie des patients du circuit de traitement mais dans la direction contraire à nos attentes (Tableau 23). Cependant, il faut noter que peu de patients enquêtés ont déclaré avoir rencontré des ruptures d'ARV dans les sites de prise en charge (12,7%) et il est probable que les patients qui sont devenus PDV assez tôt après le début de leur traitement soient moins susceptibles d'avoir rencontré des ruptures de stock d'ARV dans leurs centre de prise en charge. En outre, les patients qui estiment que la rupture d'ARV rend difficile la poursuite du traitement ne sont pas plus susceptibles de sortir du circuit de traitement (p>0,05).

**Tableau 23 : Indisponibilité des médicaments et statut de perdu de vue (N=1264)**

Variables	PDV n(%)	TARV n(%)	OR [IC 95%] <sup>+</sup>	P.value
<b>Le centre de prise en charge est parfois en rupture de stock d'ARV</b>				
Oui	70 (11,1%)	91 (14,4%)	1	
Non	562 (88,9%)	541 (85,6%)	1,63 [1,12 - 2,36]	0,011*

<sup>+</sup> Odds ratio (OR) et intervalle de confiance à 95% (95% IC) corrigés pour tenir compte des variables d'appariement ; \*P value <0,05

### c) Modèle de régression logistique multivariée

Un modèle de régression logistique multivariée prenant en compte les facteurs de confusion a été obtenu. Le tableau 24 présente les odds ratios ajustés et les intervalles de confiance à 95% des facteurs liés au site de prise en charge et indépendamment associés au statut de PDV ( $p < 0,05$ ). Le modèle de régression multivariée a révélé que les prédicteurs du statut de PDV incluent :

- Les facteurs sociodémographiques tels que l'occupation et le revenu
- Les facteurs comportementaux tels que le tabagisme
- Les facteurs structurels tels que la distance
- Les signes précurseurs tels qu'avoir manqué au moins un rendez-vous pendant le traitement
- Les facteurs cliniques comme le stade OMS à l'initiation du traitement et la présence d'effets secondaires
- Les croyances et attitudes telles que ne pas croire en l'efficacité des ARV ou croire que l'on n'a plus besoin de continuer le traitement une fois que l'on se sent mieux
- L'utilisation de médicaments autres que ceux prescrits par les prestataires pour le traitement du VIH (y compris les médicaments traditionnels)
- Les obligations professionnelles
- Les facteurs liés au système de santé : avoir bien été préparé par le personnel avant le début du traitement, être satisfait des services reçus, et être membre d'une association de PVVIH

En effet, les personnes qui estiment n'avoir pas été assez préparés par les agents de santé avant le début du traitement sont 4 fois plus susceptibles de sortir du circuit de traitement que ceux qui estiment avoir été bien préparés (OR= 4,54 ; 95% IC: 2,57-8,00). De plus, le niveau de satisfaction vis-à-vis des soins reçus est lié au statut de PDV. La susceptibilité de sortie du circuit de soins des personnes qui sont satisfaites ou qui sont moyennement satisfaites est supérieur de 18% et 34%, respectivement comparativement à la susceptibilité de sortir du circuit des personnes qui ne sont pas satisfaites. En outre, les personnes qui ne sont pas membres d'une association de PVVIH sont 4 fois plus susceptibles de sortir du circuit de traitement que celles qui sont membres d'association de PVVIH.

**Tableau 24 : Résultats du modèle de régression logistique multivariée : facteurs indépendamment associés au statut de perte de vue**

Variable	OR	OR [IC 95%] <sup>+</sup>	P-value
<b>Occupation</b>			
Travailleur	1		
Chômeur	1,64	0,88 – 3,06	0,117
Elève/Étudiant	1,94	0,62 – 6,06	0,255
Ménagère	4,20	1,05 – 16,87	0,043*
Inactif	1,01	0,55 – 1,86	0,967
<b>Revenu mensuel en FCFA</b>			
Aucun revenu	1		
Moins de 33 000	0,95	0,49 – 1,81	0,870
[33 000 - 100 000[	0,53	0,28 – 0,98	0,043*
[100 000 - 200 000[	0,48	0,24 – 0,95	0,034*
Plus de 200000	0,83	0,35 – 1,96	0,677
<b>Stade de l'OMS à l'initiation</b>			
1	1		
2	1,93	1,05 – 3,55	0,035*
3	1,10	0,58 – 2,09	0,775
4	1,36	0,46 – 4,02	0,577

Variable	OR	OR [IC 95%] <sup>+</sup>	P-value
<b>Effets secondaires pendant le traitement</b>			
Non	1		
Oui	4,37	2,94 – 6,51	<0,001*
<b>Utilisation d'autres médicaments contre le VIH/sida</b>			
Oui	1		
Non	0,11	0,04 – 0,35	<0,001*
<b>Manquer un RDV à l'hôpital pendant le traitement</b>			
Oui	1		
Non	0,62	0,43 – 0,89	<0,001*
<b>Tabagisme</b>			
Fumeur	1		
Non fumeur	0,16	0,07 – 0,40	<0,001*
<b>Croit à l'efficacité des ARV</b>			
Oui	1		
Non	3,84	1,83 – 8,08	<0,001*
<b>Croit que l'on a plus besoin de continuer le traitement une fois qu'on se sent mieux</b>			
Oui	1		
Non	0,18	0,10 – 0,30	<0,001*
<b>Les obligations professionnelles rendent le suivi du traitement difficile</b>			
Non	1		
Oui	2,38	1,37 – 4,12	0,002*
<b>Influence négative de la distance sur le traitement</b>			
Non	1		
Oui	2,65	1,61 – 4,38	<0,001*
<b>Pense avoir été bien préparé par le personnel avant le début du traitement</b>			
Oui	1		
Non	4,54	2,57 – 8,00	<0,001*
<b>Niveau de satisfaction des services reçus</b>			
Pas satisfait	1		
Moyennement	0,34	0,12 – 0,92	0,035*
Satisfait	0,18	0,06 – 0,48	<0,001*
<b>Membre d'une association de PVVIH</b>			
Oui	1		
Non	4,02	2,15 – 7,50	<0,001*

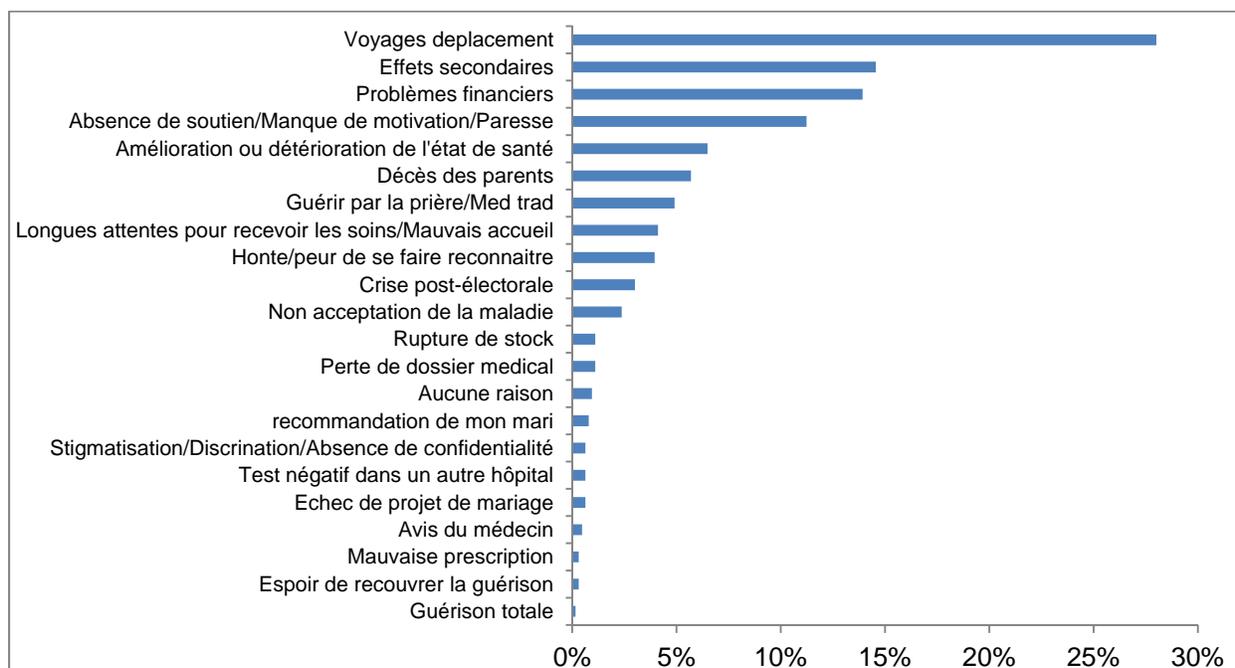
\*Odds ratio (OR) et intervalle de confiance à 95% (95% IC) corrigés pour tenir compte des variables d'appariement et des facteurs de confusion ; \*P value <0,05. P value du test de Hosmer-Lemeshow =0,91.

#### d) Raisons de sortie du circuit de traitement évoquées par les patients

En plus des données quantitatives présentées ci-dessus, il a été demandé aux PDV quels étaient les facteurs qui ont influencé leur sortie du circuit de traitement (Figure 3).

Les raisons données incluent : les voyages et déplacement (28%), les effets secondaires du traitement (15%), les problèmes financiers (14%), le manque de motivation (11%), l'amélioration ou détérioration de l'état de santé (7%), le décès de parents (6%), la honte ou peur de se faire reconnaître (4%), le mauvais accueil/ long temps d'attente (4%), la crise post-électorale (3%), et le refus d'accepter la maladie (2%).

**Figure 3 : Raisons de sortie du circuit de traitement évoquées par les PDV**



### **Entretiens approfondis**

En outre, des entretiens approfondis ont été menés avec 23 patients encore dans le circuit de traitement et 23 patients PDV. Les raisons principales de sortie du circuit de traitement qui sont ressorties de ces entretiens sont associées :

- aux activités professionnelles et sociales réalisées avant l'accès aux structures de soins
- aux moyens de déplacement utilisés par les patients
- à la relation de soins (accueil, temps d'attente, relation patient-médecin ; l'efficacité thérapeutique perçue)
- à la stigmatisation

### **Responsabilités professionnelles, familiales, et sociales**

Pour les patients, se rendre au rendez-vous médical dans le cadre de la prise en charge est souvent en conflit avec leurs autres obligations telles que les exigences liées aux activités quotidiennes de gestion familiale, comme les préparatifs des élèves pour l'école, le ménage, la priorité accordée aux activités génératrices de revenus ou de manière plus globale au bien-être de leurs enfants. Cela ressort dans les réponses suivantes recueillies auprès de certains participants:

« .... j'arrange ma maison, j'envoie ma fille à l'école, je passe au travail avant de venir au rendez- vous. » (PDV, Femme)

« ..... je fais le ménage d'abord avant d'aller à l'hôpital/marche pour se rendre à l'hôpital » (PDV, Femme)

« ... je vends d'abord, je vends donc, quand j'ai mon rendez-vous, je fais mon marché et je dépose ça avant de venir à l'hôpital. » (PDV, Femme)

« ... Bon moi, ce qui est venu dans ma tête je me suis dit dans la vie on est né à mourir un jour donc ce genre de truc je ne peux pas garder dans ma tête pour me perturber avec puisque j'avais d'autres préoccupations dans la tête plus que ça donc je n'ai pas mis ça dans la tête. Je sais que je suis née à mourir, j'ai un fils qui est là donc je me bats pour lui, j'ai des soucis pour lui. Voilà comment il faut faire pour s'occuper de l'enfant, réussir son école tout ça là. » (PDV, Femme)

## **Moyens de déplacement**

Les conditions de transport telles que la distance entre le lieu d'habitation et les centres de santé ; le temps mis pour s'y rendre, la difficulté du déplacement dû à l'état des routes, du véhicule et le coût du transport peuvent influencer la sortie des PDV du circuit de traitement.

*« J'emprunte le car de [Ville A] à [Ville B]\* ensuite j'emprunte le taxi pour le CHU. Environ 4h (.....). »*

*\*la distance entre ces deux villes est de 117 km*

## **Relation de soins**

Temps d'attente et surcharge des consultations : L'étude révèle que la consultation et l'obtention des ARV prennent au minimum 3h de temps à certains patients et jusqu'à 9h à d'autres. Cela est le plus souvent dû au manque d'organisation au sein du centre de prise en charge. De plus, Le temps du parcours de soins est souvent prolongé dès lors que des examens sanguins sont prescrits. C'est le cas d'une patiente qui disait ceci :

*« J'attends longtemps, je me plains beaucoup. J'attends quand mon tour arrive, je vais me peser, prendre ma tension et revenir m'asseoir. Après, ils fouillent les dossiers médicaux et appellent les patients pour aller chez le médecin. Souvent, le dossier ne sort pas et puis on attend. Tu vas voir les bleus là pour qu'ils partent chercher le dossier qui n'est pas sorti. Ils disent attend. Je suis occupé attend quand je vais finir. Tu fais tout pour arriver à 7h30mns, mais à cause des longues attentes, on quitte l'hôpital à 14h, 15h ou 16h. Chez le médecin, c'est un peu rapide. Mais à la pharmacie c'est trop grave. » (PDV, Femme)*

La surcharge des consultations, de même que les retards fréquents des médecins, ne permettent pas à toutes les PVVIH d'être reçues le jour où elles se rendent à l'hôpital, auquel cas elles sont contraintes de revenir ultérieurement, favorisant ainsi les abandons de suivi. Ce constat est décrié par une PDV, qui à la question de savoir pourquoi elle ne vient plus prendre ses médicaments répondait ainsi :

*« .....Parce qu'on me reçoit pas vite, c'est le problème même qui est là, quand on vient, on dure trop. Il n'y a pas de problème, si on me reçoit vite, il n'y a pas de problème. » (PDV, Femme)*

Perception de la qualité des soins reçus : L'incapacité du personnel de santé à répondre aux questions des patients peut influencer la sortie des PDV du circuit de traitement :

*« J'étais régulièrement dans le centre de santé. Souvent, je leur pose des questions auxquelles ils donnent des réponses insuffisantes... J'avais une patte dans ma bouche un jour, ils étaient incapables de m'expliquer cela. » (PDV)*

Effets secondaires : Certains patients se sont plaints des effets néfastes liés à la prise de leurs ARV (allergies, nausées, manque d'appétit et fatigue). A ce propos, un patient disait ceci :

*« Ça ne guérit pas mais cela calme donc je prends jusqu'à ma mort. Ça va. Mais quand je prends, j'ai comme l'impression que la maladie revient. J'ai des nausées, je crache, je n'ai pas l'appétit. Pourtant quand j'arrête, je mange bien, je fais tout ce que j'ai à faire. C'est ce qui a fait que j'ai arrêté les médicaments...non quand j'étais malade, ce sont les soins qui ont fait que je suis en vie. » (PDV, Homme)*

Les patients ont aussi des préoccupations en ce qui concerne l'utilisation de ces comprimés à long terme. La taille des comprimés et de manière plus générale la fatigue de la prise des médicaments apparaissent aussi comme facteurs décourageants. C'est ce qu'indique un patient :

*« Pour revenir à l'hôpital là, non je peux pas prendre médicament, parce que je peux pas avaler de comprimés toute ma vie, parce que ça peut me créer des opérations après, le fait d'avaler les comprimés c'est pas comme l'injection, l'injection passe par les veines au moins quand tu fais piqure là ça passe par le sang or les comprimés en avalant ça s'entasse un côté et puis ces comprimés sont trop gros, gros toute la vie, il faut prendre ça, tu peux oublier un jour donc c'est pas facile pour moi pour que je prends ça. » (PDV, Homme)*

## **Stigmatisation**

L'influence de la stigmatisation se constate encore même si elle n'est plus générale. En effet, des patients ayant reconnu des personnes membres du voisinage ont décidé d'arrêter le suivi thérapeutique. C'est le cas de cette patiente :

*« .....Donc il faut être patient...je rencontre une connaissance qui me regarde bizarre. Ça me gênait et ça me donnait plus l'envie de venir ici prendre mes médicaments. Elle dit au gens si vous voulez voir les sidéennes là, aller les mercredis à l'hôpital. » (PDV, Femme)*

Outre les personnes de l'entourage immédiat, l'attitude ou le rejet de la part des membres de la famille ou de personnes proches peut conduire au repli sur soi. Cela s'observe le plus souvent lorsque la personne à qui on fait la confiance n'est pas déclarée séropositive. Une patiente interrogée dit ceci :

*« Je me suis confiée à mon mari qui est parti...Mon ami policier qui s'est éloigné de moi. » (PDV, Femme)*

## **Ressources pour promouvoir la rétention ou le retour dans le circuit de traitement**

Il a été demandé aux participants quelles ressources leur permettent de rester dans le circuit de traitement ou leur permettrait de réintégrer les soins. Les patients ont mentionné les ressources suivantes :

Ressources humaines (parent proche et surtout des agents de santé).

*« Je suis en train de me rapprocher de ceux qui auparavant me conseillaient dans la prise de mes médicaments. » (TARV)*

Ressources spirituelles

*« Sincèrement, cette maladie n'est pas facile à vivre avec, je tiens à encourager mes frères et sœurs qui sont dans le même état que moi d'être forts et fortes et de compter toujours sur la grâce de Dieu. » (TARV)*

Ressources financières

*« ...Avoir un soutien financier pour faire un commerce et prendre en charge ma santé. »*

Ressources thérapeutiques : l'utilisation de médicaments dits traditionnels en plus des ARV

*« Quand je suis malade je vais à l'hôpital, je fais mes consultations. Si mon médecin m'a prescrit les médicaments, je prends et puis des médicaments indigénat que je fais souvent, médicament indigénat que je bois souvent, je purge souvent je traite les médicaments indigénat. » (PDV)*

Les besoins exprimés par les patients pour réintégrer ou se maintenir dans le processus thérapeutique incluent :

- les groupes de soutien à l'hôpital
- la disponibilité des médicaments
- un soutien financier pour une activité génératrice de revenus

## **IV. DISCUSSION**

### **A. Résumé**

Une meilleure compréhension des raisons pour lesquelles les patients sortent du circuit de traitement permet de susciter des réflexions sur la réorganisation du système de santé et le développement de stratégies et interventions de santé publique plus adaptées aux besoins des patients pour promouvoir la rétention dans les soins en Côte d'Ivoire. Cette étude est l'une des rares études à localiser et interviewer un nombre important de PDV et décrire les facteurs associés à la sortie du circuit de traitement dans un pays à ressources limitées en général et en Côte d'Ivoire en particulier. L'une des

forces de cette recherche demeure l'importance de la taille de l'échantillon mais aussi la combinaison des méthodes quantitatives et qualitatives. En outre, l'étude met en exergue les facteurs liés au système de santé selon la perception des patients. Cette approche nous permet de nous concentrer sur les éléments du système de santé sur lesquels les programmes peuvent agir tout en utilisant une méthode axée sur le patient.

Pour les 3037 patients dont on disposait d'informations (43% des patients recherchés), 22% étaient décédés, 22% s'étaient auto-transférés dans d'autres centres de prise en charge, et 24% ont été interviewés. Les analyses quantitatives des personnes interviewées ont montré qu'en Côte d'Ivoire en plus des facteurs personnels, socio-économiques, sociaux et psychosociaux, des facteurs cliniques et aussi des facteurs liés au système de santé sont associés à la sortie des PVVIH du circuit de traitement. Les facteurs personnels qui augmentent la susceptibilité de sortie du circuit de traitement incluent les connaissances erronées sur le VIH et le traitement, qui semblent malheureusement être toujours répandues, et l'utilisation de médicaments traditionnels (non prescrits par les médecins). Les problèmes de transport et les obligations sociales et professionnelles semblent aussi représenter une barrière à la rétention dans le circuit de traitement. La stigmatisation intériorisée ainsi que la peur d'être reconnu sont aussi liés à moins de chances de rétention. D'un point de vue clinique, l'absence d'amélioration de l'état de santé est liée à une plus grande susceptibilité de sortie du circuit de traitement. Les patients qui n'avaient pas de gain en poids ou en CD4 après six mois de traitement ou qui ne percevaient pas d'amélioration dans leur état de santé avaient davantage tendance à sortir du circuit de traitement. Les effets secondaires des médicaments représentent aussi une barrière à la rétention. En outre, les patients qui ratent occasionnellement leurs rendez-vous et ceux qui ne sont pas membres d'associations de PVVIH ont moins de chances de rester dans le circuit de traitement.

Les facteurs au niveau du système de santé liés à une plus grande susceptibilité de sortie du circuit de traitement incluent les longs temps d'attente, la non-disponibilité des prestataires, et les heures de rendez-vous non convenables. En outre, la perception de faiblesses dans la qualité des services reçus par les patients et les autres facteurs liés au service de santé sont aussi associés à de plus fortes chances d'interruption du circuit de traitement. En effet, les patients qui estiment ne pas avoir reçu assez d'informations sur la maladie et le traitement, ceux qui estiment ne pas avoir été bien préparés dans la prise des ARV, ceux qui ont de mauvaises relations avec le personnel de santé ou qui ne sont pas satisfaits des services reçus sont plus susceptibles de sortir du circuit de traitement. En outre, être membre d'une association de PVVIH demeure statistiquement associé à la rétention dans circuit de traitement même lorsque les facteurs de confusion sont ajustés dans le modèle de régression logistique multivariée.

L'analyse des entretiens approfondis a confirmé les conclusions des analyses quantitatives. Ainsi elle a démontré que la disponibilité des patients à suivre leur traitement s'avère difficilement compatible avec la gestion des activités professionnelles et les obligations familiales. Les difficultés du déplacement et le temps mis pour se rendre à l'hôpital favorisent la sortie du circuit de traitement. Les patients trouvent contraignante la prise des comprimés (en partie à cause des effets secondaires réels et anticipés par les patients, la taille des comprimés et la lassitude des patients). La peur d'être reconnu et le temps d'attente aux consultations gênent aussi le processus de traitement.

## **B. Interprétation**

Cette étude confirme les résultats d'autres études qui ont montré que les auto-transferts non documentés mènent à des taux élevés inexacts de PDV. Des études ont montré que 20% à 80% des patients déclarés PDV reçoivent des soins dans d'autres centres de prise en charge (Mukherjee et al, 2009 ; Geng et al., 2011). Cependant, peu d'études ont examiné les facteurs liés au système de santé qui ont une influence sur la rétention. Les longs temps d'attente et l'organisation des services (notamment le manque d'intégration ou de coordination des divers services ont été cités par ces études comme

facteurs associés à la sortie du circuit de traitement (Sarna and Kellerman, 2008 ; Dahab et al, 2011, Hardon et al, 2007).

Notre étude a démontré qu'avec l'aide de communautaires pourvus de cartes téléphoniques pour joindre les PDV, il est possible de retrouver un nombre important de PDV en une durée relativement courte. Ces communautaires sont souvent disponibles au sein des sites de prise en charge et devraient être davantage utilisés par les centres de prise en charge pour suivre les patients afin de les encourager à rester dans le système de traitement. A défaut, ces communautaires pourraient suivre le devenir de ces patients et documenter les auto-transferts. Les communautaires pourraient également aider à rectifier les croyances erronées à propos du VIH et du traitement qui existent dans les communautés.

Presque 30% des patients ont déclaré avoir interrompu le traitement pour cause de voyages ou déplacements. La non-possibilité de prendre les ARV dans un site autre que le site d'enrôlement semble donc être une des raisons majeures de sortie du circuit de prise en charge puisque qu'en Côte d'Ivoire, les patients ne sont pas autorisés à prendre les ARV sur d'autres sites en dehors de leur site d'enrôlement sauf dans le cas de transfert. Il existe une politique nationale qui vise à fournir des dotations suffisantes de médicaments pour couvrir la période de non présence dans la zone d'enrôlement. Cependant vu les réponses des participants, cette politique semble ne pas être toujours respectée par les centres de prise en charge ou connue par les patients eux-mêmes.

L'étude a aussi démontré que la qualité des soins reçus telle que perçue par les patients est associée à la rétention, même lorsque les facteurs socio-économiques et sociaux sont ajustés. En outre, les entretiens approfondis ont révélé une politique de rendez-vous en inadéquation avec les exigences sociales des malades.

Les résultats de la présente étude ont des retombées importantes sur les programmes qui visent à promouvoir la rétention dans les centres de prise en charge en Côte d'Ivoire et ailleurs. En effet, l'étude a permis de ressortir les facteurs sur lesquels ces programmes peuvent agir afin de promouvoir la rétention dans le circuit de traitement des PVVIH. Une approche d'amélioration de la qualité axée sur les patients pourrait permettre de corriger les facteurs du système de santé qui constituent une barrière à la rétention tels que les longs temps d'attente, les informations sur le traitement et le support psychosocial dispensé par les agents de santé.

### **C. Limites de l'étude**

Cette étude n'est pas sans limites. Elle est transversale, il ne nous a donc pas été possible de déterminer de manière prospective les facteurs variables dans le temps qui sont liés à la sortie du circuit de traitement. En outre, les réponses utilisées lors de cette évaluation ont été auto-déclarées. Nous ne pouvons donc pas exclure la possibilité du biais de désirabilité sociale qui pourrait pousser les enquêtés à donner des réponses non véridiques. Il est aussi possible que les participants aient donné des réponses après les faits pour justifier leur sortie du circuit de traitement.

En outre, la proportion importante de dossiers médicaux qui ne disposaient pas de données cliniques rend difficile la généralisation des résultats liés aux données cliniques. De même, seulement 23% des PDV recherchés ont pu être interviewés. Il est possible que les PDV n'ayant pas été interviewés constituent une population assez différente de celle retrouvée et interviewée.

En ce qui concerne les entretiens approfondis, les limites sont les suivantes :

- Les enquêteurs n'ont pas toujours sondé de manière appropriée les réponses des participants.
- Les caractéristiques sociales de tous les patients n'ont pas été documentées lors des entretiens approfondis alors que les variables comme le sexe, l'âge, la durée dans la maladie, la résidence, l'activité professionnelle, les heures de rendez-vous auraient permis une analyse plus pointue des résultats.

- Enfin, afin d'optimiser la précision des résultats, nous avons choisi d'apparier les PDV et les patients encore sous traitement sur la base de plusieurs facteurs comme le site et le sexe ; ce qui nous a empêché de déterminer l'association entre ces facteurs et la rétention des patients.

## V. RECOMMANDATIONS ET CONCLUSION

Une meilleure compréhension des raisons pour lesquelles les patients sortent du circuit de traitement permet de développer des stratégies et interventions de santé publique plus adaptées aux besoins des patients pour promouvoir la rétention dans le circuit de traitement. Cette étude a révélé qu'en Côte d'Ivoire, des facteurs spécifiques au patient mais aussi des facteurs structurels et cliniques ainsi que des facteurs liés au système de santé sont associés à la sortie du circuit de traitement. Ces résultats peuvent aider à améliorer les programmes et les activités au niveau des centres de prise en charge.

- Cette étude a révélé que 22% des patients que nous avons été en mesure de contacter s'étaient auto-transférés vers d'autres centres de prise en charge et 23 % étaient décédés cela démontre donc qu'une proportion importante de patients crus perdus de vue en Côte d'Ivoire reçoivent en réalité le traitement dans d'autres établissements de santé. Comme préconisé par Geng et collègues, il est important de distinguer la rétention dans le circuit de traitement de la rétention au sein du centre de prise en charge. En effet, la rétention dans le circuit de traitement peut être plus importante que la rétention au sein du centre de prise en charge en raison des auto-transferts des patients.
- Les efforts des partenaires pour la surveillance systématique des patients sous traitement ARV doivent inclure des activités visant à évaluer et documenter le devenir des patients perdus de vue dans la communauté afin de quantifier avec précision l'ampleur de la sortie du circuit de traitement et contribuer à un transfert efficace de ces patients vers leurs nouveaux centres de prise en charge.
- Les résultats de cette étude montrent que les patients perdus de vue peuvent être suivis et localisés avec succès par les agents de santé communautaires qui travaillent dans les centres de prises en charge. Les programmes devraient inclure une composante communautaire à l'aide d'agents de santé communautaire avec des rôles clairement définis.
- Les points de vue erronés sur le VIH et son traitement sont encore très répandus chez les PVVIH. L'éducation pour la santé par les communautaires ainsi que les pairs pourrait permettre de corriger ces croyances erronées.
- Presque 30% des patients ont déclaré avoir interrompu les soins à cause de voyages ou déplacements. La non-possibilité de prendre les ARV dans un site autre que le site d'enrôlement semble être une des raisons majeures de sortie du circuit de prise en charge. la politique de fournir des médicaments suffisants pour couvrir la période de non présence dans la zone d'enrôlement ne semble donc pas être toujours respectée par les sites ou connue des patients et doit être revue dans ce sens La qualité des services reçus telle que perçue par les patients est associée au statut de PDV en Côte d'Ivoire. Les programmes d'intervention devraient considérer une démarche d'amélioration de la qualité afin de s'adresser aux déterminants de la rétention au niveau des centres de prise en charge tels que les longs temps d'attente et les heures de consultation. Un diagramme de processus au niveau des centres de prise en charge pourrait fournir des informations importantes.
- Notre étude a révélé que les patients qui estimaient qu'ils n'étaient pas bien préparés par le personnel de l'établissement, n'avaient pas reçu assez de soutien psychosocial ou n'étaient pas satisfaits des services reçus étaient plus susceptibles d'être PDV. En plus de renforcer leur volet éducatif (comprenant les informations sur le VIH, les avantages du traitement et les conseils en continu), les programmes devraient mettre l'accent sur une approche axée sur le patient pour s'assurer que les besoins des patients sont effectivement satisfaits.

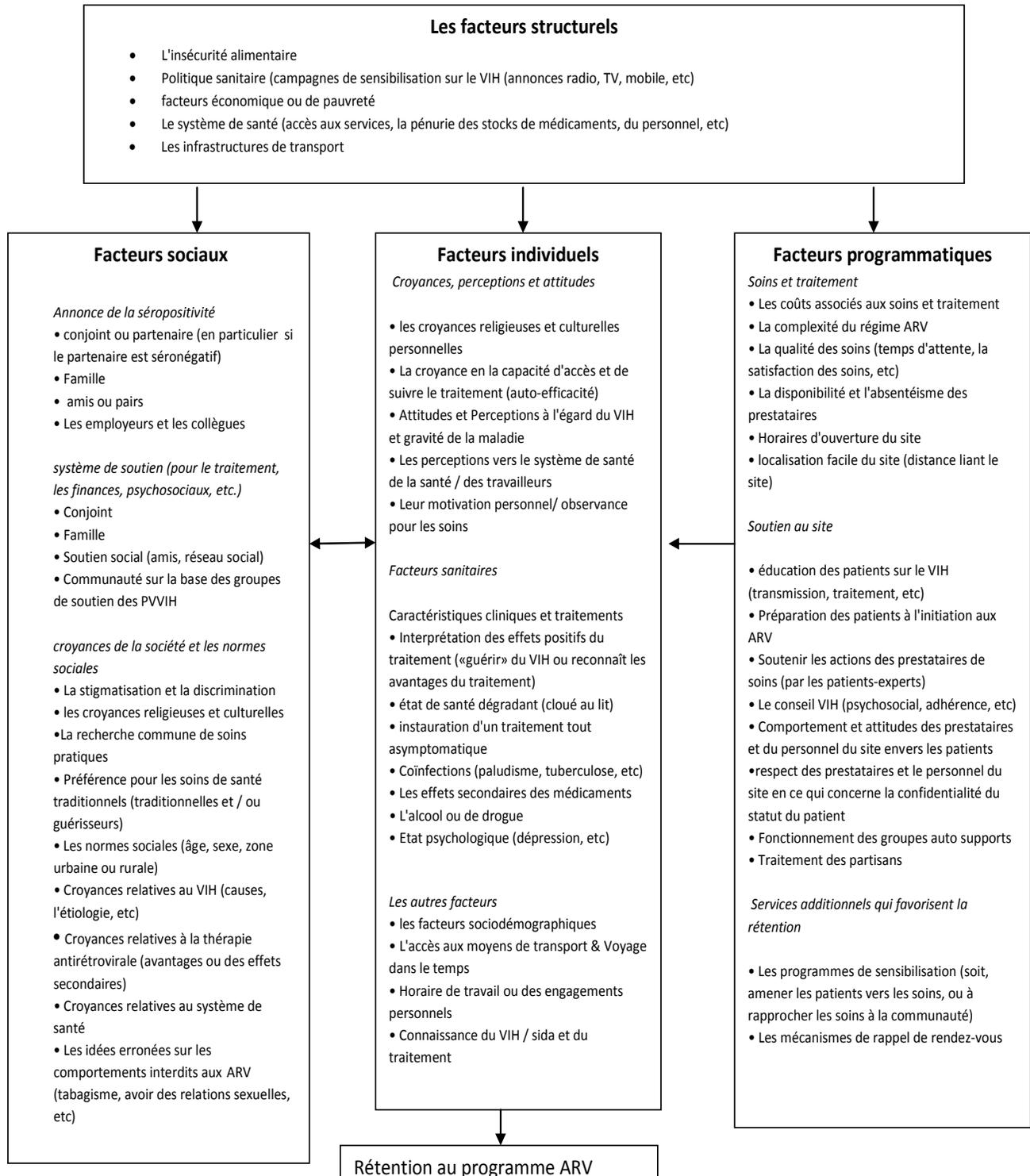
## VI. REFERENCES

- Akattia, E. (2010). Analyse du profil épidémiologique des patients VIH sous traitement déclarés perdus de vue dans le district sanitaire d'Abobo-Ouest. Mémoire de stage. Ecole Nationale de Statistique et d'Economie Appliquée. Septembre 2010.
- Brinkhof MW, Pujades-Rodriguez M, Egger M (2009) Mortality of patients lost to follow-up in antiretroviral treatment programmes in resource-limited settings: systematic review and meta-analysis. *PLoS ONE* 4: e5790 . doi: [10.1371/journal.pone.0005790](https://doi.org/10.1371/journal.pone.0005790).
- Brown DM, Thorne JE, Foster GL, Duncan JL, Brune LM, et al. (2006) Factors affecting attrition in a longitudinal study of patients with AIDS. *AIDS Care* 18: 821–829.
- Cornell, M., Myer, L., Kaplan, R., Bekker, L.G. & Wood, R. (2009). The impact of gender and income on survival and retention in a South African antiretroviral therapy programme. *Tropical Medicine and International Health*, 14(7), 1-10.
- Dahab M, Charalambous S, Hamilton R, et al (2008). “That is why I stopped the ART”: patients’ and providers’ perspectives on barriers to and enablers of HIV treatment adherence in a South African workplace programme. *BMC Public Health*. 2008; 8: 63.25, Number 1, 2011.
- Dahab M, Kielmann K, Charalambous S, Karstaedt A, Hamilton R, LaGrange L et al. (2011). *Contrasting Reasons for Discontinuation of Antiretroviral Therapy in Workplace and Public-Sector HIV Programs in South Africa*. AIDS PATIENT CARE and STDs, Volume.
- Dalal RP, Macphail C, Mqhayi M, Wing J, Feldman C (2008). Characteristics and outcomes of adult patients lost to follow-up at an antiretroviral treatment clinic in Johannesburg, South Africa. *J. Acquir. Immune Defic. Syndr.*, 47: 101-107.
- Egger M, May M, Chene G, Phillips AN, Ledergerber B, Dabis F, Costagliola D, D'Arminio Monforte A, De Wolf F, Reiss P, Lundgren JD, Justice AC, Staszewski S, Leport C, Hogg RS, Sabin CA, Gill MJ, Salzberger B, Sterne JA (2002). Prognosis of HIV-1-infected patients starting highly active antiretroviral therapy: a collaborative analysis of prospective studies. *Lancet*. 360:119–129.
- Fox, M.P., Brennan, A., Maske w, M., MacPhail, P., & Sanne, I. (2010) Using vital registration data to update mortality among patients lost to follow-up from ART programmes: evidence from the Themba Lethu Clinic, South Africa. *Tropical Medicine & International Health*, 15(4), 405-13.
- Geng EH, Glidden DV, Bwana MB, Musinguzi N, Emenyonu N, et al. (2011). *Retention in Care and Connection to Care among HIV-Infected Patients on Antiretroviral Therapy in Africa: Estimation via a Sampling-Based Approach*. *PLoS ONE* 6(7):e21797.oi:10.1371/journal.pone.0021797.
- Hardon AP, Akurut D, Comoro C, et al. (2007). Hunger, waiting time and transport costs: time to confront challenges to ART adherence in Africa. *AIDS Care*. 19(5):658–665.
- Hartzell, J.D., Janke, I.E., & Weintrob, A.C. (2008). Impact of depression on HIV outcomes in the HAART era. *Journal of Antimicrobial Chemotherapy*, 62, 246-255.
- Kalichman, S. C., Simbayi, L. C., Cloete, A., Mthembu, P. P., Mkhonta, R. N., & Ginindza, T. (2009). Measuring AIDS stigmas in people living with HIV/AIDS: the internalized AIDS-related stigma scale. *AIDS Care*, 21(1), 87–93.

- Larson, B.A., Brennan, A., McNamara, L., Long, L., Rosen, S., Sanne, I., & Fox, M.P. (2010). Early loss to follow up after enrolment in pre-ART care at a large public clinic in Johannesburg, South Africa. *Tropical Medicine and Health*, 15(Suppl 1), 43-7.
- Losina E, Toure H, Uhler LM, Anglaret X, Paltiel AD, Balestre E, et al (2009). Cost-effectiveness of preventing loss to follow-up in HIV treatment programs: a Côte d'Ivoire appraisal. *PLoS Med*. 2009.
- Matthews LT, Mukherjee JS (2009) Strategies for harm reduction among HIV-affected couples who want to conceive. *AIDS Behav* 13 (Suppl 1)5–11.
- Miller CM, Ketlhapile M, Rybasack-Smith H, Rosen S (2010). Why are antiretroviral treatment patients lost to follow-up? A qualitative study from South Africa. *Trop Med Int Health* 15 Suppl 1: 48-54. doi:10.1111/j.1365-3156.2010.02514.x. PubMed: 20586960.
- Ministère de la Santé et de la lutte contre le VIH de la Côte d'Ivoire (2009). Plan Stratégique National 2009-2013.
- Ministère de la Santé et de la Lutte contre le VIH de la Côte d'Ivoire (2008). Rapport VIH 2007-2008.
- Ministère de la Santé et de la Lutte contre le VIH de la Côte d'Ivoire (2009). Rapport VIH 2009.
- ONUSIDA (2010). Zéro infection à VIH, Zéro discrimination, Zéro décès lié au sida. Rapport mondial sur l'épidémie du sida. Rapport mondial : Rapport ONUSIDA sur l'épidémie mondiale de sida 2010.
- Reid, S.E., Mulenga, L.B., Folk, W.R., Tambatamba, B.C., & Chi, B.H. (2008). Abandonment of antiretroviral therapy: a potential barrier to scale-up in sub-Saharan Africa. *South African Medical Journal*, 98(6), 448-50.
- Rosen S, Fox MP, Gill CJ. Patient retention in antiretroviral therapy programs in sub-Saharan Africa: a systematic review (2007). *PLoS Med*. 2007;4:e298.
- Roura M, Busza J, Wringe A, Mbata D, Urassa M et al. (2009) Barriers to sustaining antiretroviral treatment in Kisesa, Tanzania: a follow-up study to understand attrition from the antiretroviral program. *AIDS Patient Care STDs* 23: 203-210.
- Sarna A, Kellerman S. (2010) Access to antiretroviral therapy for adults and children with HIV infection in developing countries: Horizons studies, 2002–2008. *Public Health Rep.*;125(2):305–315.
- Sterne JAC, Hernan MA, Ledergerber B, Tilling K, Weber R, Sendi P, Rickenbach M, Robins JM, Egger M, Swiss HIV Cohort Study (2005). Long-term effectiveness of potent antiretroviral therapy in preventing AIDS and death: a prospective cohort study. *Lancet*; 366:378-384.
- Tanoh K, Arrivé E, Dicko F, Amghar H, Aka AE, Dior H, et al. (2012) HIV Status Disclosure and Retention in Care in HIV-Infected Adolescents on Antiretroviral Therapy (ART) in West Africa. *PLoS ONE* 7(3): e33690. doi:10.1371/journal.pone.0033690.
- Touloumi G, Pocock SJ, Babiker AG, Darbyshire JH (2002) Impact of missing data due to selective dropouts in cohort studies and clinical trials. *Epidemiology* 13: 347–355.

## VII. ANNEXE

### Cadre conceptuel des facteurs influençant la sortie des patients vivant avec le VIH du circuit de traitement



\*Modifié à partir de Roura, Busza et al, 2009

**Projet d'Amélioration des Soins de Santé de l'USAID**

University Research Co., LLC  
7200 Wisconsin Avenue, Suite 600  
Bethesda, MD 20814 États-Unis  
[www.hciproject.org](http://www.hciproject.org)