



Université Senghor

Université internationale de langue française
au service du développement africain

Opérateur direct de la Francophonie

FACTEURS ASSOCIES A UNE PRISE EN CHARGE TARDIVE DES PATIENTS INFECTES PAR LE VIH SUIVIS A L'ONG ESPOIR VIE TOGO

Présenté par

Akoua AMOUDJI

pour l'obtention du Master en Développement de l'Université Senghor

Département Santé

Spécialité santé internationale

le 08 Avril 2009

Devant le jury composé de :

Dr. Christian MESENGE

Président

Directeur du département Santé

Dr. Sani KOZMAN

Examineur

Consultant international de VIH, président des ONG de PVVIH

Mme Anne Marie MOULIN

Examineur

Directrice de recherche, CNRS-CEDEJ, le Caire

Remerciements

La conception et la réalisation de ce travail n'auraient abouti sans l'encadrement, l'aide et le soutien de certaines personnes.

- Au Dr Christian MESENGE, directeur du département santé à l'Université Senghor, pour ses conseils et le suivi académique ;
- A Alice Mounir pour sa gentillesse sans oublier le personnel administratif ;
- Aux professeurs associés, tous les enseignants à l'Université Senghor, merci pour votre encadrement ;

J'exprime aussi ma profonde gratitude à tous ceux que je n'ai pas cités.

Je remercie également le gouvernement Togolais, en particulier, le Ministère de l'enseignement supérieur pour son soutien.

Je voudrais enfin dire à l'honorable Elom KLASSOU, Vice Président à l'Assemblée Nationale Togolaise, merci pour tout.

Dédicaces

Je dédie ce travail :

AU DIEU TOUT- PUISSANT, éternel merci pour toutes tes merveilles,

À mon Père, Feu, Cyprien Yawovi AMOUDJI,

Toi qui m'a permis de part ton soutien financier de poursuivre ses études à l'université Senghor, voici le fruit de tes souffrances que la mort t'a empêché de voir.

En mémoire aux bons moments vécus ensemble sur cette terre (trop courts auprès de nous tes enfants, car Dieu en a décidé autrement ; si tel est son désir, nous assumons, les larmes aux yeux, Papa....). Papa, je garde et garderai toujours ta présence et ta foi en moi ! J'essayerai de les transmettre à toute ta descendance, et à mes Fils et Filles.

À Toi ma mère, veuve Akouavi Antivi AKPAKLI- AMOUDJI,

Ma chère Mère, toi qui souffre dans le silence (surtout de mon absence et mon éloignement de toi) pourvu que je réussisse.

À vous mes frères et sœurs,

Persévérez dans vos études, vous en serez récompensé.

À mon fiancé,

Merci pour tes sacrifices, ton dévouement et ta patience !

Voici le fruit de mon absence.

À mes oncles et tantes, cousins et cousines,

Toute ma gratitude.

À Mme Magui GOUNA,

Que Dieu te bénisse !

À mes amis, compatriotes et collègues de service,

Merci pour votre soutien.

À mes collègues de promotion,

Nous avons fait ce cursus ensemble, soyons en fiers.

À tous mes patients PVVIH,

Vous qui avez souffert de mon absence, nous ne sommes pas à la fin de notre bataille.

Ensemble nous vaincrons l'infection à VIH et ses ravages.

Résumé

L'infection à VIH reste l'un des plus grands défis en matière de santé publique dans le monde et spécifiquement en Afrique subsaharienne. Pendant que les politiques nationales essaient de garantir un accès au dépistage et aux ARV, de nombreuses personnes infectées par le VIH sont actuellement dépistées et ou prises en charge tardivement en milieu associatif. Face à cette problématique, le double objectif de cette étude est de déterminer la fréquence de PEC tardive et d'identifier les facteurs associés à ce problème chez les PVVIH suivies à l'ONG Espoir Vie Togo(EVT).

Ce mémoire décrit une étude rétrospective à visée descriptive et analytique. Pour y parvenir, les données portant sur 1344 PVVIH suivis à EVT ont été analysées. Il s'agissait des adultes âgés de plus de 15 ans, ayant eu accès à la PEC au sein de l'ONG dans la période allant du 1^{er} Janvier 2003 au 31 Décembre 2007.

Les résultats ont révélé que plus de deux tiers des patients sont en PEC tardive et celle-ci était due au retard de dépistage. L'âge, le niveau d'éducation, la possibilité d'avoir un revenu, le statut matrimonial sont les facteurs fortement associés à cette PEC tardive.

Au vu de ces résultats, il paraît judicieux d'envisager de meilleures stratégies d'interventions ciblées. Les campagnes de sensibilisation doivent inciter les personnes au dépistage précoce et doivent mettre un accent sur ses avantages. Enfin, il serait donc pertinent de faire la promotion de l'accès au CDVA et aux ARV.

Mots clefs

VIH, PEC tardive, PVVIH, ARV, CD4, dépistage, facteurs associés, ONG, Togo

Abstract

HIV infection remains one of the biggest challenges for public health in the world and specifically in sub-Saharan Africa. While national policies seek to ensure access to testing and retroviral therapy, many people infected with HIV are delayed in testing and / or receiving care in associations. Faced with this challenge, the dual objective of this study is to determine the frequency of the late care and identify the factors associated with this problem among people living with HIV AIDS (PLHA), followed up through the NGO “Espoir Vie Togo”.

This thesis describes a retrospective study, with a descriptive and analytical aiming. To achieve this, data on 1344 PLHA followed up at EVT were analyzed. These were adults older than 15 years, having been receiving care from the NGO in the period from 1 January 2003 to 31 December 2007.

The results showed that over two thirds of patients had a delay in receiving care, due to the delayed testing. Age, education level, income, marital status are factors strongly associated with delayed care.

In light of these results, it appears wise to consider the best targeted interventions strategies. Awareness campaigns on early testing must put an emphasis on its advantages.

Finally, it would be relevant to promote the access to screening center and care center.

Keywords

HIV, care, delayed, PLHA, care center, CD4, testing, factors associated, NGO, Togo.

Liste des acronymes et abréviations utilisés

- AGR : activités génératrices de revenus
- ARV : antirétroviral
- CCD : centre de conseil et de documentation
- CD4 : marqueur de surface des cellules immunitaires (en particulier les LT4)
- CDVA : centre de dépistage volontaire et anonyme
- CNR : centre national de référence
- CPN : consultation prénatale
- CTA : centre de traitement ambulatoire
- EVT : Espoir Vie Togo
- FM : Fonds mondial
- IO : infection opportuniste
- LT4 : lymphocytes T4
- OMS : Organisation Mondiale de la Santé
- ONG : Organisation Non Gouvernement
- ONUSIDA : Agences coparainnantes des Nations Unies pour le VIH/ SIDA
- PEC : prise en charge
- PECM : prise en charge médicale
- PNLS/IST : programme national de lutte contre le sida et les IST
- PVVIH : personnes vivant avec le VIH
- RAP+ : réseau des associations des personnes séropositives
- SIDA : Syndrome d'immunodéficience acquis
- VAD : Visite à domicile
- VIH : virus de l'immunodéficience humaine

Sommaire

| | |
|---|----|
| INTRODUCTION..... | 3 |
| 1 PROBLEMATIQUE | 4 |
| 1.1 Généralités | 4 |
| 1.2 Enoncé du problème..... | 5 |
| 1.3 Question de recherche | 6 |
| 1.4 Hypothèse de l'étude | 6 |
| 1.5 Objectifs de l'étude | 7 |
| 2 REVUE BIBLIOGRAPHIQUE..... | 8 |
| 2.1 Définitions des termes | 8 |
| 2.2 Les causes et déterminants de la prise en charge tardive | 13 |
| 2.2.1 Les causes relatives au délai de dépistage | 13 |
| 2.2.2 Les causes relatives au délai entre le diagnostic et la PEC médicale des patients. | 15 |
| 2.3 Les conséquences de la prise en charge tardive des personnes vivant avec le VIH..... | 17 |
| 2.3.1 Les conséquences immédiates sur l'individu | 17 |
| 2.3.2 Les conséquences sur la PEC de l'individu | 18 |
| 2.3.3 Les conséquences au niveau collectif ou sur sa société..... | 19 |
| 3 METHODES | 21 |
| 3.1 Schéma de l'étude | 21 |
| 3.2 Contexte de l'étude..... | 21 |
| 3.3 Sélection de la population étudiée | 23 |
| 3.3.1 Critères d'inclusion | 23 |
| 3.3.2 Critères d'exclusion | 23 |
| 3.4 Considérations éthiques | 23 |
| 3.5 Conduite de l'étude..... | 24 |
| 3.5.1 La collecte des données | 24 |
| 3.5.2 Outils utilisés pour la collecte des données | 24 |
| 3.5.3 Définitions opérationnelles..... | 24 |
| 3.6 Acquisition et analyse des données..... | 25 |
| 3.6.1 Contrôle et saisie des données | 25 |
| 3.6.2 Méthodes d'analyse des données | 25 |
| 3.6.3 Le plan d'analyse..... | 26 |
| 3.7 Limites et difficultés de l'étude | 27 |

| | | |
|-------|--|----|
| 3.7.1 | Limites de l'étude..... | 27 |
| 3.7.2 | Difficultés de l'étude | 27 |
| 4 | RESULTATS | 28 |
| 4.1 | Description de la population ou de l'échantillon | 28 |
| 4.1.1 | Les caractéristiques sociodémographiques..... | 28 |
| 4.1.2 | Fréquence de la prise en charge tardive et son évolution dans le temps..... | 31 |
| 4.2 | Appréciation de la proportion de retard de prise en charge..... | 31 |
| 4.3 | Facteurs associés à la prise en charge tardive | 33 |
| 5 | DISCUSSION ET RECOMMANDATIONS | 35 |
| 5.1 | Résumé des principaux résultats | 35 |
| 5.2 | Discussion méthodologique..... | 35 |
| 5.3 | Comparaison avec les résultats de la littérature | 36 |
| 5.3.1 | Les caractéristiques des patients | 36 |
| 5.3.2 | Fréquence de la prise en charge tardive et son évolution dans le temps | 37 |
| 5.3.3 | Facteurs associés à la prise en charge tardive | 38 |
| | PERSPECTIVES..... | 41 |
| | RECOMMANDATIONS..... | 41 |
| | CONCLUSION | 43 |
| | Références Bibliographiques..... | 44 |
| | Liste des illustrations..... | 47 |
| | Liste des tableaux | 48 |
| | Glossaire..... | 49 |
| | Annexes..... | 50 |
| | Annexe 1 : Carte du Togo avec les CDVA..... | 50 |
| | Annexe 2 : fiche de collecte des données..... | 51 |

INTRODUCTION

L'infection à VIH reste l'un des plus grands défis en matière de santé publique. Chaque jour, le VIH infecte plus de plus de 6800 personnes et plus de 5700 personnes meurent du sida, essentiellement parce qu'elles n'ont pas un accès correct ou précoce aux services de prévention et de traitement de l'infection à VIH (ONUSIDA, 2007). Selon l'OMS, l'Afrique subsaharienne est la région la plus touchée par l'infection (OMS, 2008). Afin de ralentir cette épidémie et de réduire le taux de décès, la prise en charge (PEC) est devenue un domaine d'intervention prioritaire dans la politique des pays.

Par ailleurs, l'efficacité de la PEC est conditionnée par le moment du début des soins. La PEC par les ARV augmente les chances de survie des PVVIH. Or la majorité des personnes infectées découvrent leur séropositivité à un très avancé de la maladie. Ce qui entraîne un retard dans leur prise en charge. Ainsi, plus d'un tiers des personnes infectées par le VIH dans le monde accède aux soins à un stade avancé (OMS, 2008).

Au Togo, la prévalence de l'infection à VIH en 2006 était de 3,2 %. Il occupait ainsi le deuxième rang en Afrique occidentale après la Côte d'Ivoire (ONUSIDA, 2008_a). Bien que ce taux de prévalence se soit stabilisé, le taux de décès des personnes vivant avec le VIH (PVVIH) ne cesse d'accroître (ONUSIDA, 2008_a). Cependant, depuis l'année 2003, le gouvernement togolais a adopté la politique d'accès universel aux ARV. C'est ainsi qu'un grand nombre de PVVIH au Togo a eu accès aux traitements par les ARV grâce aux subventions du Fonds mondial et d'autres partenaires du ministère de la santé (PNLS/IST, 2007_a). Par ailleurs, il s'est aussi développé en dehors des dispositions étatiques, un réseau d'ONG telle que l'ONG Espoir Vie Togo. Ces ONG prennent en charge plus ou moins gratuitement les patients infectés par le VIH. Malgré ces multiples initiatives, bon nombre des PVVIH ne bénéficie pas encore d'une prise en charge correcte. Aussi, lorsqu'elles sont prises en charge, elles le sont le plus souvent tardivement.

Le présent mémoire décrit une étude consacrée à la recherche des facteurs influençant la PEC tardive des PVVIH suivis à l'ONG EVT. Il s'articule autour de cinq principaux chapitres:

- la problématique de la prise en charge des PVVIH au Togo ;
- la revue bibliographique qui aborde la terminologie spécifique à l'infection à VIH et fait un tour d'horizon des différentes études menées sur le retard aux soins des PVVIH à travers le monde ;
- la démarche méthodologique de l'étude ;
- la présentation des résultats ;
- la discussion des résultats et la formulation des recommandations.

1 PROBLEMATIQUE

1.1 Généralités

« Alors que la progression de l'infection à VIH est contenue dans les pays industrialisés, même si des inquiétudes récentes montrent que la bataille n'est jamais gagnée. Cette progression est en revanche constante en Afrique et surtout en Afrique subsaharienne, qui accueille actuellement 13% de la population mondiale, avec 70% des 42 millions d'adultes et d'enfants vivant avec le VIH dans le monde » (Touzé et al., 2002).

Au Togo, les estimations de l'ONUSIDA montrent que le pays comptait en 2006, en moyenne 110.000 PVVIH dont 61.000 étaient des femmes avec un taux de prévalence de 3,2% (ONUSIDA, 2008_a). Bien que ce taux se soit stabilisé, le taux de décès des PVVIH ne cesse d'accroître.

Afin de faire baisser le taux de décès de plus en plus croissant dû aux décès des PVVIH, des programmes de lutte contre le VIH/ sida ont été mis en place aussi bien dans les pays industrialisés que dans ceux des pays en voie de développement. Le but de la mise en place de ces programmes est de favoriser l'accès au dépistage et aux soins de la population (ONUSIDA, 2002).

Ainsi, un domaine très important de ces programmes est la prise en charge médicale des PVVIH par le traitement des infections opportunistes et le traitement par les antirétroviraux (ARV) (Creese et al., 2002). Par PEC tardive ou recours tardif aux soins, on désigne un accès du patient au système de soins à un moment clinique qui ne lui permet pas de bénéficier de façon optimale des réponses thérapeutiques disponibles (Darmon, 2006).

La PEC médicale se fait par un suivi biologique, un suivi clinique. Elle est caractérisée par le traitement des maladies opportunistes par des traitements appropriés et la mise sous traitement ARV (Massip, 2006).

La trithérapie a considérablement amélioré le pronostic vital des PVVIH entraînant la diminution du taux de décès, dans plusieurs pays industrialisés et ceux en voie de développement. Mais l'épidémie ne cesse de s'accroître et les PVVIH meurent toujours. Ce taux de décès bien qu'en baisse est encore élevé car les patients se retrouvent très fréquemment dans des situations de « retard au dépistage et aux soins » (Lortholary, 2006). Ainsi, plus d'un séropositif sur trois est pris en charge tardivement (Darmon, 2006). Tout devient beaucoup plus compliqué quand la prise en charge (PEC) médicale est tardive. Il faut traiter d'urgence les infections opportunistes avec des traitements spécifiques appropriés et quelque fois lourds, et il faut mettre rapidement sous traitement ARV (Lortholary, 2006). Pendant cette phase où la majorité des patients développent beaucoup plus des infections opportunistes, le risque de décès est plus élevé. Les premiers mois de prise en charge à ce stade constituent une période charnière, à haut risques et une période déterminante pour l'avenir thérapeutique du patient (Matheron, 2006). Donc, le moment de la PEC influence énormément l'efficacité du traitement et les chances relatives au pronostic de la maladie.

Toutefois, plusieurs pays appliquent avec succès une série d'approches destinées à aider les gens à connaître leur sérologie VIH (ONUSIDA, 2008_b). Or le moment de la PEC est fonction du diagnostic ou dépistage.

En somme, la PEC tardive est une perte de survie au niveau individuel mais augmente aussi le risque de contamination des partenaires potentiels. Par conséquent, la précocité du dépistage et de la PEC jouerait un rôle important au niveau individuel, mais aussi au niveau collectif pour le ralentissement de l'épidémie.

1.2 Enoncé du problème

Pendant longtemps au Togo, la principale stratégie de lutte contre cette pandémie a consisté en la prévention (les sensibilisations des populations à risque de transmission du VIH) et à la prise en charge psychosociale des PVVIH. L'augmentation sans cesse croissante du nombre des PVVIH, la morbidité et la mortalité liés aux infections opportunistes ont montré que la prévention seule ne suffit pas pour lutter efficacement contre le VIH/ sida (ONUSIDA, 2008_b) d'où la création d'une unité de PEC au sein du programme national de lutte contre le VIH/ SIDA et les IST.

Par ailleurs, au Togo, comme un peu partout dans les pays à ressources limitées les ARV, bien qu'étant en générique, ont fait preuve de leur efficacité en matière de réduction du taux de décès liés sida. Ils ont amélioré considérablement la qualité de vie des PVVIH en rendant la maladie chronique. C'est ainsi que depuis 2003, un grand nombre de PVVIH au Togo ont eu accès aux traitements par les ARV grâce aux subventions du Fonds Mondial et d'autres partenaires du Ministère de la Santé (PNLS/IST, 2007_a).

Mais un constat est que la majorité des PVVIH au Togo, ne se font dépister qu'en cas de maladies opportunistes (PNLS/IST, 2007_c). D'autres parts, non seulement les PVVIH se font dépister très tardivement, mais aussi ne se font pas prendre en charge pendant les premiers moments qui suivent le dépistage. Or, en matière de dépistage au Togo, il y a une accessibilité tant sur le plan financier que sur le plan géographique. Cette accessibilité financière est liée au coût (gratuit ou insignifiant) et l'accessibilité géographique est favorisée par la multitude et la répartition des centres de dépistage volontaire et anonyme (CDVA) sur toute l'étendue du territoire (voir en annexe 1 : la carte du Togo avec les CDVA) (PNLS/IST, 2007_c). L'ambition de cette stratégie de prévention est de favoriser l'accès des populations au dépistage du VIH/sida en garantissant toute discrétion et un meilleur anonymat (PNLS/IST, 2007_c; Talani *et al.*, 2008).

Aussi, la prise en charge médicale des PVVIH au Togo, se fait dans les districts sanitaires, les hôpitaux, dans les structures accréditées (ONG et associations) par le PNLS. Notons que 60% des PVVIH au Togo, sont suivies en milieu associatif. Ce qui est une particularité de la PEC comparée à celle des autres pays de la sous région où la prise en charge se fait le plus souvent à l'hôpital ou dans les centres de traitement ambulatoire (CTA). Au sein de ces ONG et associations, la PEC est souvent gratuite et les médicaments sont le plus souvent subventionnés (PNLS, 2007_b).

En plus, la stratégie togolaise a opté depuis 2003, pour un accès universel aux ARV. Depuis lors, les femmes enceintes et les enfants bénéficient gratuitement du traitement ARV subventionné par le « projet d'intensification de la lutte contre le sida » (Atakouma *et al.* 2007). Les autres PVVIH sont sous ARV subventionné soit par le Fonds Mondial, l'Etat, et d'autres sources de financement ou se prennent en charge eux-mêmes (PNLS /IST, 2007_a).

Malgré toutes ces dispositions, le nombre de décès des PVVIH ne cesse de croître (PNLS, 2007_c). A quoi sont dus ces décès ? Ne seraient-ils pas la conséquence d'une PEC tardive de ces patients c'est à dire le premier contact avec le système de soins, à un stade évolué de la maladie (caractérisé par des complications opportunistes et/ou un taux de CD4 bas) ? Pour remédier à cette prise en charge tardive, il me paraît important de mieux cerner ses déterminants. D'où l'initiative de la présente étude.

Elle s'inscrit dans le cadre d'une réflexion générale sur la prise en charge de l'infection à VIH dans un pays à ressources limitées et plus particulièrement au Togo. Elle va contribuer à analyser une facette de la situation des PVVIH suivis en milieu associatif au Togo. Elle constitue ainsi une opportunité pour produire des données afin d'améliorer les connaissances sur le cas du Togo. L'amélioration des connaissances est l'une des conditions sine qua non devant permettre de trouver des solutions idoines au problème.

Par ailleurs, étant parmi les toutes premières du genre à être consacrées à la PEC des PVVIH au Togo, notre étude peut constituer un point de départ pour de nouvelles perspectives de recherches sur le suivi médical des patients infectés par le VIH au Togo.

1.3 Question de recherche :

Quels sont les facteurs qui influencent la PEC tardive des PVVIH suivies à l'ONG EVT?

1.4 Hypothèse de l'étude

Nous formulons pour cette étude, l'hypothèse que la prise en charge tardive est due au retard de diagnostic ou de PEC.

Les causes de ces retards peuvent être d'ordre social, économique, culturel. Sur le plan socioculturel, il peut s'agir des représentations que se font les individus de la maladie sida (punition divine pour vagabondage sexuel, maladie des prostituées, maladie honteuse.....). Et sur le plan social, la catégorie sociale, les relations familiales peuvent influencer la PEC. Sur le plan économique, il s'agirait des conditions de vie des individus. Les quelques études qui tentent de distinguer les profils de populations vulnérables offrent surtout l'occasion de s'interroger sur les freins à un dépistage plus précoce : difficultés dans l'accès aux soins, sentiment de ne pas être concerné par le VIH, et le déni de la maladie (Darmon, 2006). Outre ces facteurs, l'organisation du système de soins pourrait constituer un obstacle à la PEC des PVVIH. Or, la PEC en milieu associatif favorise la création d'un réseau de PVVIH, d'un espace d'échange sur la manière de vivre positivement avec le VIH.

1.5 Objectifs de l'étude

Les objectifs de cette étude sont doubles :

- déterminer la fréquence de la prise en charge tardive chez les PVVIH suivies à l'ONG EVT;
- identifier les facteurs associés à la prise en charge tardive chez ces patients.

2 REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

Dans cette revue de la littérature, nous allons procéder en premier aux définitions des termes, ensuite nous allons voir ce que nous dit la littérature, concernant les causes, les conséquences et les facteurs associés à une PEC tardive.

2.1 Définitions des termes

L'Infection à VIH : Il s'agit d'une maladie infectieuse due à un lentivirus appelé VIH (virus de l'immunodéficience humaine). Cette maladie se caractérise par un affaiblissement des défenses immunitaires rendant le sujet infecté vulnérable aux maladies opportunistes. Son évolution naturelle se déroule en trois grandes phases: la primo-infection, la phase asymptomatique ou d'état, phase SIDA.

La figure1 ci-dessous, illustre l'évolution naturelle du VIH (de la charge virale), des anticorps anti-VIH, des taux de lymphocytes (en dehors de traitement).

Source : www.medisite.fr consulté le 04/01/09

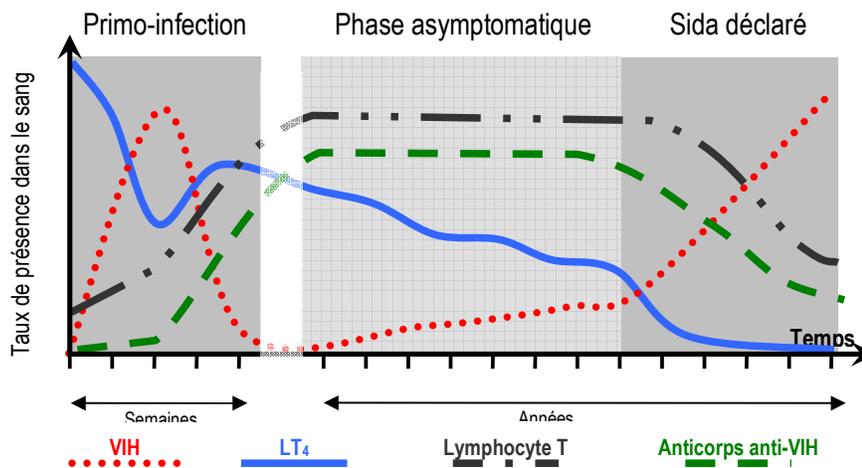


Figure 1 : Evolution de paramètres du système immunitaire lors de l'infection par le VIH

Le diagnostic de l'infection à VIH est clinique et biologique.

Le diagnostic clinique consiste à repérer les signes cliniques des maladies opportunistes. L'OMS classe la maladie en quatre stades cliniques avec les maladies opportunistes possibles au niveau de chaque stade (tableau 1).

Les maladies opportunistes : Ce sont des maladies bénignes dont les agents qui en sont responsables profitent de l'immunodépression due à la destruction des LT4 pour envahir l'organisme.

Tableau I Système de classification par stades de l'OMS pour infection et maladie VIH (source¹)

| Lymphocytes | CD4+/mm ³ | Stade clinique 1 Asymptomatique | Stade clinique 2 Primitif | Stade clinique 3 Intermédiaire | Stade clinique 4 |
|-------------|----------------------|------------------------------------|------------------------------|-----------------------------------|------------------|
| >2000 | >500 | 1A | 2A | 3A | 4A |
| 1000-2000 | 200-500 | 1B | 2B | 3B | 4B |
| <1000 | <200 | 1C | 2C | 3C | 4C |

Stade Clinique 1

- Asymptomatique
- Lymphadénopathie persistante généralisée
- Echelle des activités 1: asymptomatique, activité quotidienne normale

Stade Clinique 2

- Perte de poids, <10% poids corporel
- Manifestations mineures ou mucocutanées (dermatite séborrhéique, prurigo, infections fongiques de l'ongle, Ulcères buccales récidives, et chéilite angulaire).
- Le zona, dans les 5 années précédentes
- Infections des voies respiratoires supérieures récidives (p.ex., sinusite bactérienne)
- Et/ou Echelle des activités 2: symptomatique, activité quotidienne normale

Stade Clinique 3

- Perte de poids, >10% poids corporel
- Diarrhée chronique inexplicquée, >1 mois
- Fièvre prolongée inexplicquée (intermittente or constante), >1 mois
- Candidose buccale (muguet)
- Leucoplasie orale chevelue
- Tuberculose pulmonaire, dans l'année précédente
- Infections bactériennes sévères (p. ex., pneumonie, pyomyosite)
- Et/ou Echelle des activités 3: grabataire <50% de la journée depuis un mois

Stade Clinique 4

- Syndrome du marasme associé au VIH (Perte de poids, >10%, avec, en plus soit diarrhée chronique inexplicquée >1 mois, soit faiblesse chronique et fièvre inexplicquée prolongée >1 mois)
- Pneumonie à *Pneumocystis carinii*
- Toxoplasmose cérébrale
- Cryptosporidie avec diarrhée, >1 mois
- Cryptococcose, extrapulmonaire
- Maladie cytomégalo virale (CMV) dans un organe autre que foie, rate, ou ganglions lymphatiques
- Infection au virus de l'herpès (HSV), mucocutanée ou viscérale, durée >1 mois
- Leuconéphalopathie progressive multifocale (LENP)
- Toute mycose disséminée endémique (p. ex. histoplasmosse, coccidioïdomycose)
- Candidoses de l'œsophage, trachée, bronches ou poumons
- Mycobactériose atypique, disséminée
- Septicémie à salmonelle non-typhique
- Tuberculose extrapulmonaire
- Lymphome
- Sarcome de Kaposi (KS)
- Encéphalopathie associée au VIH (Indices cliniques de dysfonctionnements invalidants cognitifs et/ou moteurs qui empêchent l'exécution des activités de vie quotidienne, avec progression sur semaines ou mois, en l'absence d'une maladie ou condition concurrente autre que l'infection VIH qui puisse expliquer ces indices.)
- Et/ou Echelle des activités 4 : grabataire, >50% de la journée depuis un mois.

¹ Weekly Epidemiological Record, 20 juillet 1990.

Quant au **diagnostic biologique**, appelé couramment **dépistage** ou test de VIH, il peut être direct ou indirect.

Le diagnostic direct consiste à la recherche du virus dans les liquides biologiques.

Le diagnostic indirect consiste à la recherche des anticorps du VIH dans les liquides biologiques.

Habituellement le diagnostic biologique à VIH se fait par la sérologie qui recherche la présence des anticorps.

Au Togo, la prévalence au VIH étant inférieure à 10%, Le PNLS a adopté le schéma présenté par la figure 2 ci-dessous :

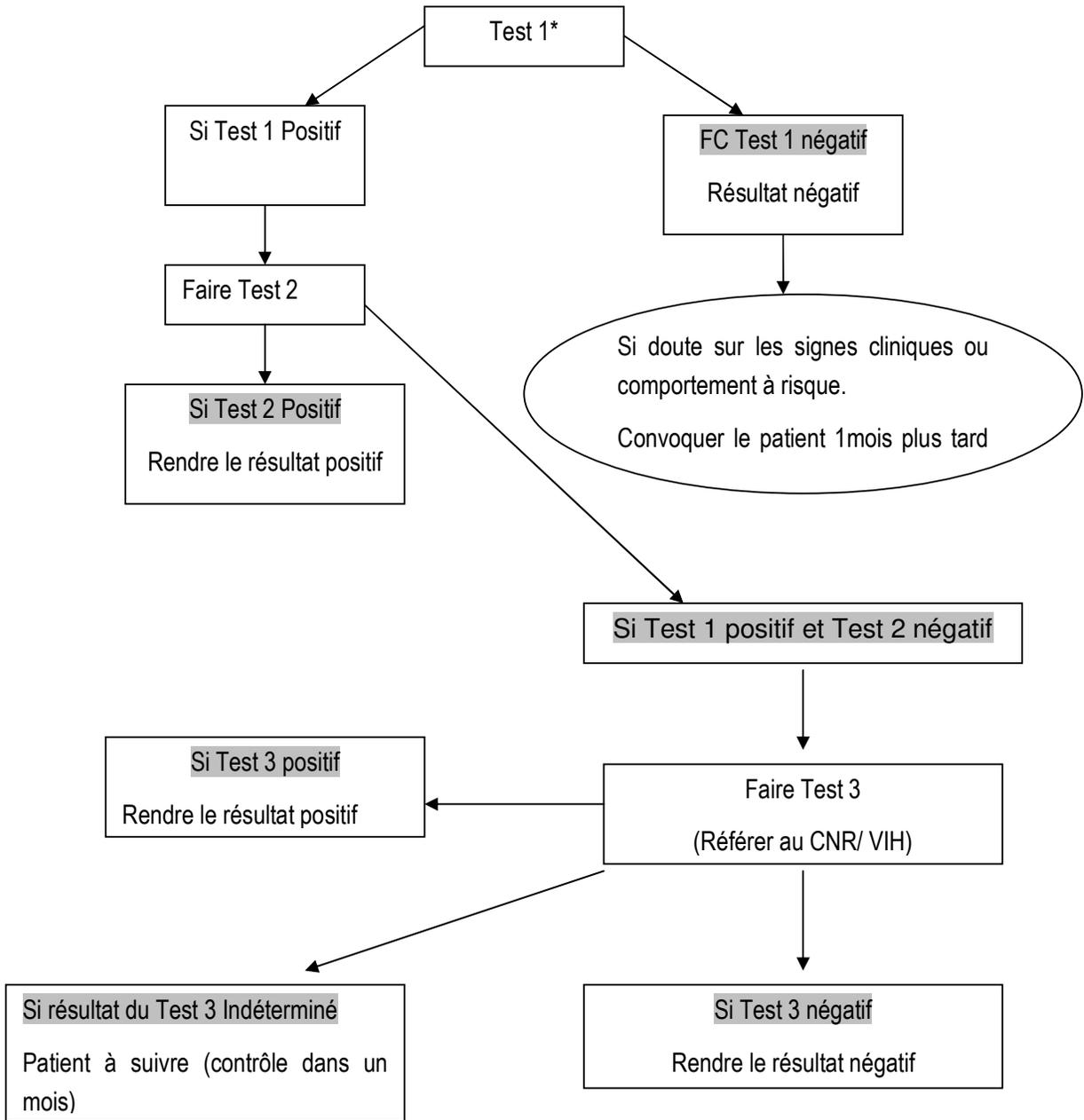


Figure 2 : Diagnostic biologique de l'infection à VIH (source²)

Test 1 : test très sensible

Test 2 : test spécifique

Test 3 : test de confirmation

² PNLIS / IST. Guide national de prise en charge médicale de l'infection à VIH de l'adulte et de l'adolescent, Togo, Octobre 2007. [Non publié].

La prise en charge du VIH : au niveau actuel des connaissances, il n'existe pas de traitement pour la guérison. Mais il est proposé une PEC par traitement ARV qui empêche l'infection à VIH, d'évoluer rapidement vers la phase maladie SIDA et vers la mort.

La prise en charge de l'infection à VIH comporte plusieurs composantes :

- la prise en charge psychosociale qui est un accompagnement sur le plan psychologique (par un conseiller ou un personnel de santé formé), à travers des témoignages et l'écoute du patient infecté par le VIH ;
- la prise en charge nutritionnelle : elle se fait par des conseils sur le plan nutritionnel que l'on donne au patient) ;
- la prise en charge médicale (PECM) qui comporte le traitement des infections ou des maladies opportunistes et le traitement par ARV.

La prise en charge précoce est le recours le plus tôt possible aux soins après un dépistage précoce.

Le diagnostic précoce est un objectif de santé publique dans le cadre de la prise en charge médico-sociale de l'infection VIH (OMS, 2008). Il a pour but de diagnostiquer l'infection le plus tôt possible et surtout avant l'apparition des symptômes de la maladie sida. Ce qui permettra de façon à proposer une prise en charge adaptée à la situation virologique et immunologique de la personne. Ainsi, le diagnostic précoce ne vise pas uniquement le diagnostic de la primo-infection (Delfraissy, 2004; Poizot-Martin, 2008). Le dépistage précoce revêt deux principaux objectifs :

Le premier est de prolonger la durée de vie des patients, par l'initiation précoce des trithérapies. Le deuxième intérêt est qu'il permet d'informer le patient, de délivrer des messages de prévention et de limiter la dissémination de la maladie.

La prise charge précoce a plusieurs avantages selon le groupe d'experts :

« Dépister plus précocement les personnes infectées est d'autant plus nécessaire qu'un tiers des patients n'accèdent à une prise en charge qu'au stade tardif de Sida [...]. Aujourd'hui, plus de 80% des patients pris en charge reçoivent une trithérapie et au moins les trois-quarts d'entre eux ont une charge virale indétectable dans le plasma. La conséquence en est la diminution constante du nombre de nouveaux cas de Sida, et l'infection par le VIH est passée du statut de maladie rapidement mortelle à celui d'une affection chronique. Malheureusement, les progrès sont moins marquants en ce qui concerne la reconstitution immunitaire, souvent seulement partielle lorsque le traitement est commencé tardivement. Ceci est un argument supplémentaire qui, associé aux arguments d'efficacité et de tolérance des nouveaux médicaments, conduit à recommander d'initier le traitement encore plus tôt dans la maladie. Parvenir à un dépistage large des sujets en phase précoce de l'infection est donc un objectif essentiel pour pouvoir traiter plus tôt, et permettre au traitement de remplir non seulement son objectif virologique (une charge virale indétectable) mais aussi son objectif immunologique (la reconstitution d'une immunité normale, avec un taux de CD4 supérieur à 500/mm³) » (Delfraissy, 2008).

De cette recommandation, nous pouvons déduire que le risque de transmission est réduit lorsqu'un traitement antirétroviral efficace est entrepris. Comme le démontre une étude menée au Congo, sur

l'efficacité de la prise en charge précoce. Sur 96 patients adultes sous ARV suivis dans un service d'hématologie au CHU de Brazzaville : après 12 mois de suivi du traitement, 71% de ces patients ont vu leur charge virale plasmatique indétectable (Elira Dokekias *et al.*, 2008).

La prise en charge tardive ou accès tardif aux soins est définie comme le premier contact avec le système de soins à un stade évolué de la maladie. Ce stade se définit par la gravité des infections opportunistes et ou une virémie VIH élevée et ou un taux de CD4 bas. Les effets immédiats de la PEC tardive sont :

- un retard dans la mise en route des traitements antirétroviraux et anti-infectieux qui hypothèquent le pronostic individuel ;
- un risque de transmission persistant si la personne ignore qu'elle est infectée par le virus ;
- des pathologies opportunistes survenant à un stade avancé et nécessitant des PEC plus lourdes et plus coûteuses (Bonnet *et al.*, 2006).

2.2 Les causes et déterminants de la prise en charge tardive

2.2.1 Les causes relatives au délai de dépistage

Les causes décrites par les études en pays développés ou pays hors Afrique subsaharienne

Facteurs liés au patient

Plusieurs études incriminent le retard au dépistage encore appelé diagnostic tardif comme étant à la base de la prise en charge tardive (cause liée au comportement du patient). Notamment :

Une étude réalisée par Giard et collaborateurs sur les facteurs associés à la PEC tardive (Giard *et al.*, 2004). Il s'agissait d'une revue de la littérature des études menées dans les pays développés, elle montre les résultats suivants :

- en Australie, de 1992 à 1998 : 24% des patients étaient en PEC tardive, et les facteurs associés à ce retard étaient : l'âge avancé, le diagnostic réalisé à l'hôpital ;
- aux USA, de 1994 à 2002 : le sexe masculin, l'âge avancé, le dépistage à l'hôpital, l'appartenance à un groupe à risque étaient les facteurs associés à la PEC tardive;
- en Grande Bretagne, de 1989 à 1992 : 49% des patients étaient en retard aux soins avec comme facteurs associés : le sexe masculin, la population africaine, les patients âgés de 15-24ans et plus de 50ans.
- en France, de 1993 à 1997, 19% des patients étaient en retard avec comme facteurs associés à la prise en charge tardive : l'âge >46 ans, le sexe masculin, l'absence de revenu,

le haut niveau d'étude, la transmission hétérosexuelle, le sarcome de Kaposi³ comme première manifestation du sida, le taux de CD4<100.

Une autre étude a été réalisée en France sur 14078 cas de sida (Institut de Veille Sanitaire, 2006). L'objectif de cette étude était au départ d'étudier le retard aux soins, mais l'analyse des cas de SIDA ne permettait pas d'étudier le retard aux soins de manière isolée. Car selon l'auteur, dans la quasi-totalité des cas, c'est le retard au dépistage qui entraîne le retard au diagnostic et par conséquent aux soins.

Les résultats de cette étude montraient que :

- presque la moitié des sujets présentait un retard (47% des cas de sida soit 6672 sujets) ;
- le retard au dépistage était observé chez les hommes, les personnes africaines ;
- les personnes les plus jeunes (15-29 ans) ainsi que les plus âgées (plus de 40 ans) étaient le plus souvent dépistées plus tardivement que les personnes âgées de 30 à 39ans ;
- la proportion de sujet présentant un retard au dépistage s'est modifiée au cours du temps, avec une proportion élevée de retard en 2001 et 2002 (51%) ; chez les Africains, c'est au cours des années 2000-2001 que la plus forte proportion de retard était observée ;
- les personnes ayant un retard au dépistage se caractérisaient par un stade plus immunodéprimé que les autres (CD4< 200) ;
- le retard au dépistage était plus fréquent chez les ouvriers (56%).

Etant donné que nous ne possédons pas assez de littérature sur les études similaires réalisées en Afrique, nous allons prendre une autre étude qui a été réalisée en France, mais cette fois-ci sur l'accès tardif aux soins des personnes originaires d'Afrique sub-saharienne. L'enquête a été réalisée par un questionnaire auprès des patients qui suite à un dépistage ont engagé un suivi hospitalier, 267 personnes ont été concernées (dont 52% sont nées en Afrique). L'enquête s'était intéressée aux conditions de vie et à l'univers relationnel des personnes en accès tardif. Cette étude montrait les résultats suivants(Calvez *et al.*, 2006):

- une population en recours aux soins tardifs plus jeune ;
- des femmes sans diplôme ou diplôme inférieur au BAC avec comme activité ménagère ;
- des personnes de bas revenus ;
- des personnes originaires d'Afrique ayant un séjour de plus de trois ans en France ;
- des célibataires en majorité ;
- personnes qui ont confiance en leurs proches.

Les résultats de ces études montraient que le recours tardif aux soins est essentiellement lié au comportement du patient. D'autres facteurs peuvent aussi favoriser ce comportement et qui sont liés à l'organisation des soins.

³ Processus prolifératif mésenchymateux concernant les cellules des systèmes sanguin et lymphatique, induit par des facteurs de croissance viraux, notamment l'interleukine 6 de l'herpès virus humain type 8 (HHV8).

Facteurs liés à l'organisation des soins

Une étude menée en milieu rural en Haïti, sur le manque d'opportunité de dépistage, a montré qu'il était la cause de la PEC tardive (Ivers *et al.*, 2007). Dans cette étude les auteurs ont démontré que l'inaccessibilité à un centre de dépistage était le facteur favorisant de la PEC tardive de l'infection à VIH.

Les causes décrites par les études dans les pays à ressources limitées

En Afrique, comme dans la plupart des pays à ressources limitées, les politiques préconisent l'accès universel aux ARV (OMS, 2008).

Au Togo, la plupart des patients sont dépistés à un stade avancé de la maladie ; ainsi le besoin en ARV ne fait qu'augmenter (PNLS, 2007_b).

La majorité des PVVIH est dépistée soit à l'hôpital (lors d'une hospitalisation après une infection opportuniste), soit dans un CDVA. Ces patients sont référés vers les ONG et associations de prise en charge. Il s'agit essentiellement des patients n'ayant pas assez de moyens pour se prendre en charge (PNLS, 2007_a). Ces patients référés arrivent très tard dans ces structures de PEC.

Aussi depuis quelques années, le taux de prévalence parmi les femmes enceintes ne cesse d'augmenter. Ceci serait la conséquence d'un dépistage tardif, soit seulement pendant la grossesse, ou lors des consultations prénatales (CPN).

2.2.2 Les causes relatives au délai entre le diagnostic et la prise en charge médicale des patients.

La littérature décrit aussi comme cause de la PEC tardive, le délai qui existe entre le dépistage et l'accès aux premiers soins. En prélude à la toute prise en charge, il faudrait en premier le diagnostic de l'infection à VIH à partir du dépistage. Dès lors le médecin ou l'agent de santé pourra procéder à la classification du stade de la maladie selon l'OMS et prendre une décision de la conduite à tenir.

Le recours aux soins s'avère très important après le diagnostic d'une infection à VIH. Afin de connaître les facteurs liés au retard de la prise en charge, plusieurs études ont été menées dans les pays occidentaux. Ces études incriminent essentiellement : les patients, les médecins et le contexte du dépistage.

Facteurs liés au patient

Une évaluation du programme d'intervention précoce du VIH en Californie montrait que le délai entre le premier test positif et le premier contact médical était de deux ans pour 32% (sur 189 sujets dépistés de 1994 à 1996). Les facteurs associés à ce recours tardif au soin étaient : l'absence de prise en compte des risques avant la réalisation du dépistage, la prise de connaissance des résultats du test par courrier ou téléphone (Giard *et al.*, 2004).

Une étude réalisée en France montrait que les facteurs associés à un retard de soins sont : un diagnostic à VIH avant 1994, un âge supérieur à 33 ans et un mode de contamination non sexuel (Giard *et al.*, 2004).

Facteurs liés au système de soins

Il est démontré que certains facteurs peuvent favoriser ou empêcher le recours aux soins, ce sont essentiellement les médecins et les conditions de déroulement des soins.

Rôle des médecins

Aux USA, une étude portant sur deux cohortes de patients séropositifs a montré que le fait d'avoir un médecin généraliste régulier au moment du diagnostic d'infection à VIH raccourcit le délai d'accès aux soins (Giard *et al.*, 2004).

En France, parallèlement à l'accès aux soins, la pratique du médecin généraliste et la décision d'entreprendre un traitement sont également des facteurs d'accès tardif aux antirétroviraux. Ces médecins posséderaient une formation adéquate en prise en charge des PVVIH mais ne se sentent pas à l'aise lors de ces consultations. Aussi, ils ont des préjugés sur l'observance des patients dans l'initiation du traitement ARV (Giard *et al.*, 2004).

Rôle du contexte du dépistage

Un entretien post-test encourageait les patients à demander des soins, surtout quand il était effectué par une personne formée (Derancourt *et al.*, 2004 ; Talani *et al.*, 2008).

Par ailleurs, l'objectif initial des CDVA est de faciliter le dépistage à l'infection à VIH en levant les réticences liées au coût et à l'indiscrétion (REMY, 1999).

L'entretien lors du dépistage du VIH s'avère très capital dans le devenir du patient. Un bon entretien pré-test doit mieux éclairer un patient sur tous les aspects et levé toute la perception du VIH. Elle doit permettre au patient de décider de faire le test ou de le reporter. Le dépistage post-test a pour objectif d'annoncer le résultat, d'amener le client à accepter son résultat, de faire un plan d'action avec le client pour éviter l'infection en cas de résultat négatif. De faire également un plan d'action avec le client pour

vivre positivement et éviter les réinfections en cas de résultat positif. Enfin il permet, de référer le séropositif vers les structures de prise en charge médicale ou de soutien psychosocial (ONG, Groupe de parole et de thérapie, etc.).

Rappelons qu'au Togo, après un test de dépistage positif dans un CDVA, le patient est référé à un hôpital ou une ONG de PEC. En plus le conseiller tient compte du fait que cette structure soit la plus proche possible du domicile du patient. Ceci dans le souci d'un contact immédiat avec une structure de soins, ainsi que pour éviter les perdus de vue. Mais, une chose est de référer et une autre est que la personne référée se rende effectivement à la structure de PEC. Rappelons que tout patient se présentant à un CDVA subit un conseil pré-test lors duquel lui sont expliqués tous les aspects de l'infection à VIH. A la fin de cette séance, il pourra décider de faire le test. Ensuite, il subira un post test au cours duquel lui est annoncé son résultat. Enfin, selon son résultat, il pourra être référé à une structure de soins (si le test est positif) ou bénéficier d'un rendez vous pour un contrôle si le test est positif ou douteux (PNLS, 2007_a).

En résumé, le recours à la prise en charge diffère selon que la personne ait été dépistée à l'hôpital ou dans un CDVA. La tendance montre que l'annonce d'un résultat positif ne se fait pas dans de bonnes conditions dans les hôpitaux.

Ces différentes réflexions montrent que le recours tardif à la PEC est un problème qui persiste et qui intéresse aussi bien les pays développés que les pays en développement. Malgré l'avènement des ARV qui améliore énormément l'état de santé des patients sur tous les continents, il existe encore un retard à l'accès aux soins.

Au total, ces études révèlent que le problème de retard à la PEC est général à tous les continents et plus spécifique aux personnes originaires d'Afrique subsaharienne qui sont souvent en accès tardif aux soins en matière de PEC du VIH/ sida. Il y a nécessité que nous recherchions les facteurs favorisant ce comportement sur notre continent (Calvez *et al.*, 2006 ; Vernay-Vaisse *et al.*, 2002).

Quelles sont alors les conséquences de cette prise en charge tardive ?

2.3 Les conséquences de la prise en charge tardive des personnes vivant avec le VIH

2.3.1 Les conséquences immédiates sur l'individu

- Morbimortalité

Une étude réalisée en Espagne montre que le risque de SIDA augmente en cas de PEC tardive des PVVIH du fait de l'absence précoce de traitement. Sur près de 10 000 personnes ayant eu un diagnostic tardif, 12% sont décédés dans les trois mois suivant le diagnostic d'infection à VIH

(Smit, 2008).

En cas de PEC tardive, il y a une conséquence sur la survie, c'est-à-dire un risque de mortalité sous traitement très élevé, particulièrement les six premiers mois, une conséquence bien sûr sur le choix des molécules et les effets du traitement ARV (Smit, 2008).

Une étude menée au Bénin sur l'observance à un mois de traitement ARV des patients inclus dans l'initiative béninoise d'accès aux ARV, montre les résultats suivants :

Sur 77 patients inscrits dans le programme (CD4<200), 3 étaient décédés avant la mise sous ARV, et 9 étaient perdus de vue, considérés comme probablement décédés (ROUX *et al.*, 2004).

- possibilité de réinfection

Une personne ne se sachant pas infectée par le VIH, et qui prend des risques, a une forte probabilité de réinfection à une autre souche de VIH (REMY, 1999) . Plus encore, il pourra être infecté par l'hépatite virale ;

- la charge virale plasmatique élevée, qui est un facteur prédictif capital de l'efficacité du traitement à long terme (Poizot-Martin, 2008).
- infections opportunistes à répétition ;
- incapacité d'activité professionnelle.

2.3.2 Les conséquences sur la PEC de l'individu

- Accès tardif aux ARV

Selon le rapport 2008 de l'ONUSIDA : « *les programmes de traitement se heurtent à des obstacles liés à la forte mortalité pendant les premiers mois du traitement ARV. Conséquence d'un diagnostic posé à un stade trop avancé de la maladie, ainsi beaucoup meurent avant d'avoir accès au traitement ou le commencent trop tard* »(ONUSIDA, 2008_b).

Plus le recours aux soins est retardé, plus le taux de décès est élevé ou la probabilité de décès est élevée. Les infections opportunistes constituent la conséquence prioritaire de la prise en charge tardive(Okome- Nkoumou *et al.*, 2006 ; Lacombe *et al.*, 2004).

- Echec de la thérapeutique

Une étude sur la survie des patients sous ARV, déroulée aux Pays-Bas montrait les résultats suivants : parmi les patients qui ont débuté le traitement avec un CD4 à moins de 50, 11% sont décédés les trois premières années ; avec un CD4 : 50-200, 2% y sont décédés ; avec un CD4 compris entre 200-250, 2% sont décédés dans cette période (Smit *et al.*, 2008).

- Mauvaise observance aux traitements (contre les IO et ARV)

L'inobservance aux ARV est une des conséquences de l'accès tardif aux soins(Demoly *et al.*, 1998). En ce sens que les patients sont moins observant lorsqu'ils ont plusieurs comprimés à prendre (Pronyk *et al.*, 2001). Pendant cette période, ces patients prennent non seulement des ARV mais aussi des médicaments contre les infections opportunistes (Okome-Nkoumou *et al.*, 2006; Ouedraogo *et al.*, 2001).

- élévation du coût de la PEC

Une autre conséquence de la prise en charge tardive serait la baisse du rapport efficacité- coût ; en ce sens que plus tôt on est dépisté et pris en charge, plus l'efficacité est élevée et le coût bas. A l'opposé, lorsque la prise en charge est tardive, le coût est très élevé et l'efficacité ne suit pas (Creese *et al.*, 2002).

Cet aspect a été confirmé par les études réalisées sur la prise en charge des enfants en Côte d'Ivoire (Djohan *et al.*, 2005). Ainsi que par l'étude de Boyer *et al.*, sur « les barrières financières au traitement par ARV à Yaoundé » (Boyer *et al.*, 2009).

2.3.3 Les conséquences au niveau collectif ou sur sa société

- Propagation de la maladie

La PEC tardive des PVVIH, est la principale cause de la persistance de l'épidémie en Afrique subsaharienne (Chabrol, 2002). « La méconnaissance de son statut sérologique est un risque grave parce que l'individu aura tendance aux comportements à risques. Ces comportements l'exposent à une possible réinfection ou à d'autres infections telles que les hépatites virales, les IST. Mais encore une personne ne se sachant pas séropositive constitue un danger pour ces partenaires potentiels. Enfin, lui-même a de fortes probabilités de faire des maladies opportunistes graves dont les cancers »(Bonnet *et al.*, 2006).

- Transmission mère-enfant

L'infection à VIH des enfants au Togo est une conséquence directe de la méconnaissance du statut des mères dont sont nés ces enfants (Atakouma *et al.*, 2007).

Au total, l'accès tardif au dépistage ou aux soins ne constitue pas seulement un problème au niveau de l'individu séropositif mais un problème de toute la société dans laquelle elle vit.

En résumé, selon la revue bibliographique,

- le retard à la PEC est un problème qui nécessite une attention particulière. Selon la littérature, elle est causée essentiellement par un retard au diagnostic (dépistage) et ou le retard aux soins. La figure 3, résume les différentes possibilités de dépistage et de PEC ;
- il faut noter que le schéma (1a) serait celui d'un suivi adéquat du patient ; et que cette figure est inspirée de celui de Giard *et al.* ;
- les facteurs associés à ce retard sont : l'âge adulte jeune, le sexe masculin, l'origine d'Afrique subsaharienne, le revenu bas, le niveau d'étude bas chez les personnes d'origines africaines, le célibat. Il apparait aussi, une notion de délai entre le dépistage et la PEC qui peut influencer la PEC tardive.

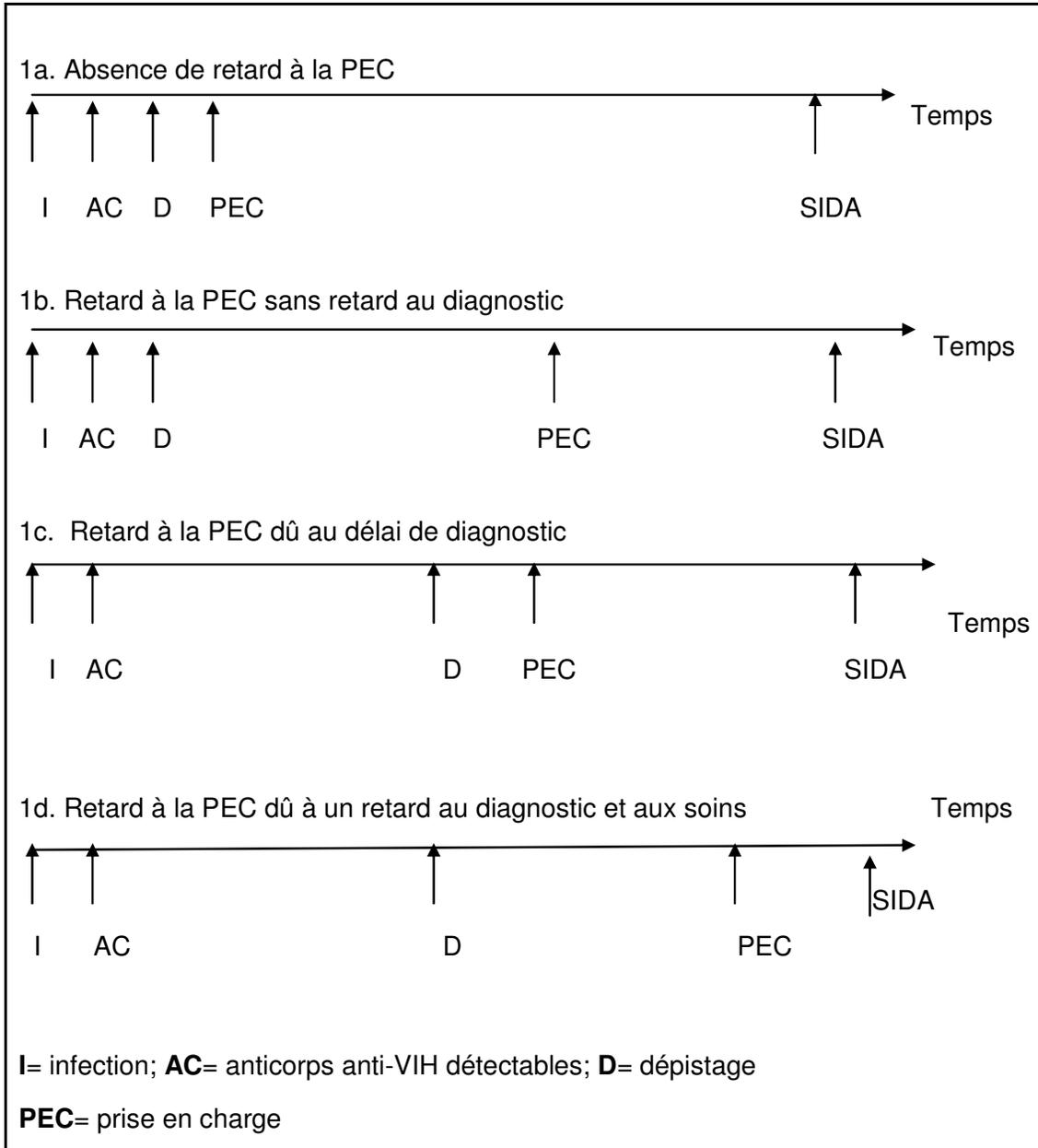


Figure 3 : Possibilités de suivi des patients infectés par le VIH

3 METHODES

3.1 Schéma de l'étude

Il s'agit d'une étude rétrospective à visée descriptive et analytique des facteurs associés à la PEC tardive des adultes séropositifs suivis à l'ONG EVT. Nous nous intéressons dans cette étude aux facteurs liés essentiellement aux patients. Ces facteurs sont recherchés auprès de 1344 patients. Ce sont des patients ayant eu accès aux soins dans l'ONG, depuis l'accès universel aux ARV au Togo.

La période de notre étude s'étant donc de 2003 à 2007 soit une période de 5ans.

3.2 Contexte de l'étude

Le cadre de l'étude se situe à Lomé, la capitale du Togo. Lomé compte une population d'environ 1.000 000 pour une population togolaise d'environ 6.000 000 d'habitants. Sur cette population togolaise, 15 361 personnes dont 10 445 de sexe féminin et 4916 de sexe masculin ont été dépistés séropositifs (PNLS/IST, 2007_a). Selon le même rapport, Lomé héberge environ 8311 soit 55% des PVVIH. La structure dans laquelle s'est déroulée mon étude est l'ONG Espoir Vie Togo (EVT). Elle est la première et la plus grosse structure de PEC des PVVIH parce qu'elle possède une file active de plus de 1500 patients soit 18% des PVVIH recensés à Lomé (PNLS/IST, 2007_b).

EVT est la première association de PVVIH et de personnes engagées dans leur soutien au Togo, elle est devenue ONG en 2008. Elle a été créée le 11 Août 1995 dans la mouvance du projet des "ambassadeurs de l'espoir" lors de la mission de la coordinatrice pour l'Afrique de l'Ouest du réseau RAP+ (Réseau Africain des personnes vivant avec le VIH/ SIDA) avec l'appui du projet régional du PNUD basé à Dakar. Cette mission a été facilitée par le PNLS/IST- TOGO, huit membres sont fondateurs de l'association mais elle compte aujourd'hui plus de 1500 membres et bénéficiaires. Elle a commencé des activités au centre de conseil et de documentation (CCD) avec l'accompagnement psychosocial des patients nouvellement dépistés positifs et le regroupement de ces derniers. Depuis l'introduction des ARV au Togo en 2003, l'effectif des patients au sein de cette structure ne fait qu'augmenter.

Le siège d'Espoir Vie Togo est situé à Lomé, elle se trouve dans le district sanitaire numéro 5 (voir carte du Togo en annexe2). Elle possède deux autres antennes à l'intérieur du pays. Elle mène comme activités :

- la PEC psychosocial, l'accompagnement, les visites à domicile ;
- la PEC nutritionnelle ;
- la PECM des enfants et adultes séropositifs.

EVT intervient dans les domaines de la prise en charge et de la prévention en matière du VIH, ainsi que dans les domaines du renforcement des capacités et des études.

Dans le domaine de la prévention, elle mène les activités suivantes :

- les sensibilisations auprès des jeunes en milieu scolaire et extrascolaire et de la population en général, appuyées par des témoignages des PVVIH à Lomé et à l'intérieur du pays ;
- les émissions radiophoniques sur différents thèmes liés à l'infection à VIH.

Dans le domaine de la prise en charge, EVT organise des activités suivantes :

- les conseils psychosociaux aux personnes dépistées séropositives, aux familles affectées et aux personnes qui souhaitent avoir des informations en matière du VIH/ SIDA ;
- les groupes de parole : il s'agit de rencontres d'échanges d'expériences et de conseils réciproques de groupes de femmes et de groupes mixtes ;
- les visites à domicile auprès des PVVIH (personnes infectées, familles affectées : orphelins, veufs, veuves.....) ;
- les visites à l'hôpital auprès des PVVIH hospitalisées ;
- des consultations médicales gratuites des PVVIH ;
- octroi de subvention des examens médicaux dans le cadre du suivi biologique des PVVIH ;
- la dispensation des médicaments contre les infections opportunistes et des médicaments antirétroviraux (ARV) ;
- l'accompagnement à l'observance ;
- les conseils nutritionnels et la distribution de la farine enrichie ou de vivres ;

Elle mène aussi des activités de soutien telles que :

- soutien aux enfants orphelins du SIDA ;
- soutien juridique : il s'agit de l'aide aux PVVIH dans la revendication de leurs droits ;
- soutien socioéconomique : il s'agit de la promotion de l'autonomie financière des PVVIH en accordant des micro-subventions, pour la mise en place d'activités génératrices de revenus (AGR).

La coordination des activités de la PECM du VIH/ SIDA à EVT est sous l'autorité d'un Médecin généraliste et prescripteur d'ARV, il collabore avec un médecin pédiatre et nutritionniste, un autre médecin généraliste et un assistant médical, tous prescripteurs d'ARV.

En matière de PEC par les ARV à EVT, les PVVIH sont sous plusieurs subventions : environ 80% sont subventionnés par le Fonds Mondial, l'Etat togolais, d'autres encore par les partenaires de France (Sidaction, solidarité Sida, solidarité traitement, Mairie de Paris....). Tout le reste des patients qui ne bénéficient pas de ces subventions s'achètent les ARV sur leur fonds propres.

L'approvisionnement en ARV se fait à la Centrale d'Achat des Médicaments Essentiels et génériques (CAMEG). Les patients s'approvisionnent eux même en ARV à la CAMEG mensuellement sauf les patients subventionnés par les partenaires qui s'en approvisionnent à EVT. Il existe au sein de la structure, une pharmacie communautaire qui sert les médicaments contre les infections opportunistes (IO).

3.3 Sélection de la population étudiée

L'étude a porté sur 1344 PVVIH remplissant les critères d'inclusion.

3.3.1 Critères d'inclusion

Ont été inclus dans notre étude les patients :

- âgés de 15 ans et plus,
- ayant eu une première PEC au centre entre le 1er Janvier 2003 et le 31 Décembre 2007 ;
- ayant été dépistés positifs au VIH ;
- faisant partir de la file active des patients suivis par l'ONG EVT ;
- possédant un dossier médical ou un cahier d'observation.

3.3.2 Critères d'exclusion

Sont exclus de notre étude :

- les patients perdus de vue c'est-à-dire n'ayant pas été suivi depuis 6 mois et plus ;
- les patients suivis dont les dossiers sont mal remplis ;
- les patients dont les premiers taux de CD4 ne figurent pas dans les dossiers.

3.4 Considérations éthiques

Notre étude a tenu compte du fait que la recherche sur des êtres humains peut porter atteinte aux droits et libertés de la personne. Nous savons qu'il est indispensable que le chercheur prenne toutes les dispositions nécessaires pour protéger ces droits et libertés. Il s'agit du consentement libre et éclairé des sujets, et le respect de la confidentialité ou de l'anonymat. Mais il existe des situations particulières où le consentement n'est pas requis. Il s'agit entre autres des recherches utilisant des dossiers de patients, pourvu qu'on ne se penche pas sur des cas individuels identifiables, que la confidentialité ne soit pas compromise et que des autorisations préalables aient été obtenues auprès des autorités sanitaires. A cet effet, dans notre étude, les données ont été obtenues par analyses documentaires (registres, dossiers de malades....) en tenant compte de ces considérations éthiques. De plus, cette étude a été menée en collaboration avec le PNLIS/IST du ministère de la santé où nous avons réalisé nos stages de mise en situation professionnelle.

3.5 Conduite de l'étude

3.5.1 La collecte des données

La période de collecte :

La collecte des données de notre étude s'est déroulée au cours de notre stage de mise en situation professionnelle, sur une période de dix jours : du 10 au 20 Juin 2008.

Méthode de collecte :

Nous avons utilisé une méthode d'analyse documentaire à partir des dossiers de malades suivis au sein de la structure.

La source de collecte :

Nous avons utilisé des outils de suivi des patients notamment : cahiers d'observation ou carnets de patients, carnet de soins (ARV), registres, logiciel, outils de gestion des patients sous ARV, autres outils.

3.5.2 Outils utilisés pour la collecte des données

Nous avons utilisé comme outils de collecte, une fiche de collecte (voir feuille Excel en annexe 2).

Pour le dossier de chaque patient, la collecte prenait en compte :

- les caractéristiques sociodémographiques (âge, sexe, statut matrimonial, quartier d'habitation, profession, niveau d'étude.....) ;
- les caractéristiques liées au VIH (la date de dépistage, la date de début de PEC au centre, les taux de CD4, et leurs dates.....) ;
- les informations sur le devenir des patients (patients perdus de vue, décédés).

3.5.3 Définitions opérationnelles

Nous avons utilisé deux groupes de PVVIH, d'une part ceux qui étaient en prise en charge tardive et d'autre part ceux qui étaient en PEC précoce.

Prise en charge tardive : retard au soin définit par les premiers taux de CD4, inférieurs à 200 mm³

Dépistage tardif : diagnostic à un stade de la maladie où surviennent des infections opportunistes.

File active : les patients ayant visité le centre pendant les six derniers mois avant la collecte des données.

3.6 Acquisition et analyse des données

3.6.1 Contrôle et saisie des données

Les opérations de saisie et de contrôle, ainsi que l'apurement des données ont été réalisées dans le logiciel Epidata.

3.6.2 Méthodes d'analyse des données

L'analyse concerne aussi bien la description des variables, les procédures d'analyse que l'estimation des paramètres clés.

Description des variables de l'étude

Les variables de l'étude découlent des facteurs souvent décrits par la littérature à savoir la variable dépendante ou expliquée et les variables indépendantes ou explicatives.

- La variable dépendante est la PEC tardive ou retard aux soins accès tardif aux soins : donnée par le premier taux de $CD4 < 200 \text{mm}^3$;
- Les variables indépendantes sont : les caractéristiques sociodémographiques, la variable temps est l'année de PEC au centre, la variable délai est la période qui sépare le dépistage, de la PEC.

L'analyse des données a été faite en deux temps :

L'analyse descriptive a été faite selon les caractéristiques des patients (sociodémographiques et les caractéristiques cliniques).

L'analyse causale croisée pour :

- l'appréciation de la proportion de retard de prise en charge ;
- l'évolution de la PEC tardive en fonction du temps ;
- la recherche de délai entre dépistage et prise en charge ;
- la détermination des facteurs associés à la prise en charge tardive.

Technique d'analyse

L'analyse des données collectées a été effectuée à l'aide du logiciel Epi info version 3.5.1 du 13 août 2008.

Pour mesurer les associations entre les différentes variables, un test de Khi2 a été utilisé, avec la valeur de 5% comme risque d'erreur (α). Le Khi2 étant une méthode d'analyse descriptive qui permet de vérifier l'association entre deux variables X et Y. Si la probabilité(p) associée au test de Khi2 (appelé seuil de signification) est inférieure au seuil d'erreur(α), nous pourrions conclure l'existence d'une relation entre la variable dépendante et la variable indépendante concernée. Dans le cas contraire, il n'y a pas d'association. Voici en résumé dans le tableau II, le plan d'analyse de notre étude.

3.6.3 Le plan d'analyse

Tableau II : Plan d'analyse

| Objectifs de l'étude | Variables | Paramètres |
|---|--|--|
| Description de l'échantillon | Sexe | Répartition des patients selon le sexe (sexpat : 1= F ; 2= M) |
| | Age | Répartition des patients selon les tranches d'âge de 10 ans (tranchages), moyenne, médiane, minima, maxima |
| | Niveau d'étude | Répartition des patients selon leur niveau d'étude (nivo d'étude : 1= bas ; 2= secondaire ; 3= universitaire) |
| | Catégorie socio professionnelle | Répartition selon la catégorie socio professionnelle (cat profess : 1= pas d'emploi ; 2= petits métiers ; 3= salariés) |
| | Statut matrimonial | Répartition des patients selon le statut matrimonial (statut mat : 1= célibataire ; 2= marié ; 3= veuve) |
| | Eloignement du centre de prise en charge | Répartition des patients selon l'éloignement du centre de PEC domicile : 1= proche (< 10km) ; 2= éloigné (compris entre 10 et 20km) ; 3= très éloigné (>30 km) |
| Appréciation du retard de PEC | Prise en charge tardive/ Prise en charge non tardive | Répartition des patients selon le moment de prise en charge (CD4< 200 ; CD4> 200) |
| | Délai entre le dépistage et l'arrivée au centre | Répartition des patients selon le temps mis entre le dépistage et l'arrivée au centre |
| | PEC tardive/Année au centre | Evolution de la proportion de retard en fonction du temps |
| Facteurs associés à une prise en charge tardive | Sexe/ PEC | Répartition des patients selon le moment de PEC et le sexe |
| | Age/ PEC | Répartition des patients selon le moment de PEC et la tranche d'âge |
| | Niveau d'étude/ PEC | Répartition des patients selon le moment de PEC et le niveau d'étude |
| | Catégorie socioprofessionnelle | Répartition des patients selon le moment de PEC et la catégorie socio professionnelle |
| | Statut matrimonial | Répartition des patients selon le moment de PEC et le statut matrimonial |
| | Eloignement du centre/ PEC | Répartition des patients selon le moment de PEC et l'éloignement du centre |

3.7 Limites et difficultés de l'étude

3.7.1 *Limites de l'étude (liées à la méthode)*

Pour mieux identifier tous les facteurs associés au retard de la prise en charge et connaître la pesanteur de ces conséquences, l'on devait mener une étude cohorte prospective. La méthode de cette étude se baserait sur une enquête des avis auprès des PVVIH en PEC tardive. Cette méthode permettrait de collecter des données sur la fréquence et la gravité des maladies opportunistes chez les patients en PEC. Eu égard à tout ce qui précède, notre méthode d'analyses documentaires a constitué une limite de notre étude. Ainsi, nous n'avons pas pu obtenir des informations sur:

- l'état de santé actuel de ces patients ;
- le revenu des patients ;
- les facteurs socioculturels

3.7.2 *Difficultés de l'étude (liées au déroulement de l'étude)*

Nous avons rencontré des difficultés lors de la collecte des données notamment : l'absence de dates précises des événements. Pour ce faire nous n'avons pris en compte que les mois et les années de ces événements (le dépistage, le début de la PEC). Nous n'avons pas pu obtenir toutes les informations sur le devenir des patients notamment les perdus de vue et les décédés.

4 RESULTATS

4.1 Description de la population ou de l'échantillon

4.1.1 Les caractéristiques sociodémographiques

L'âge

Pour mieux appréhender l'âge de nos patients, nous avons regroupé cette variable en tranche d'âge de 10 ans comme indiqué dans la figure 4.

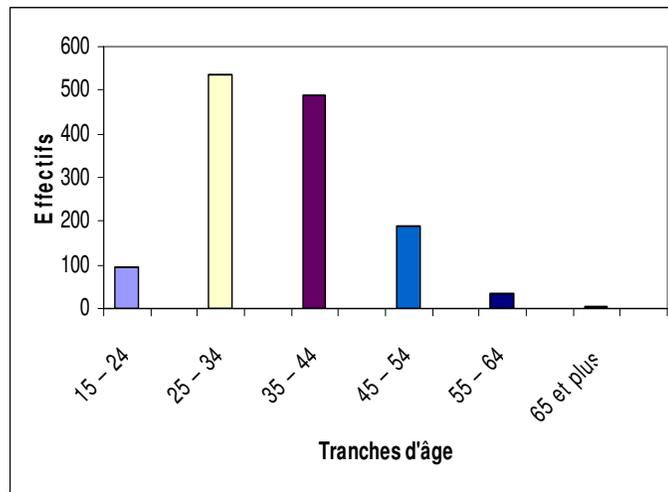


Figure 4 : Répartition des patients selon l'âge (n=1344)

La majorité de nos patients se trouve dans la tranche d'âge de 25-34 ans et 35-44 ans, contre une minorité dans les autres tranches d'âge. La moyenne d'âge étant de 35 ans (minimum : 15ans ; maximum : 74 ans).

Le sexe

La figure 5 montre la répartition par sexe : la variable sexe ne possède que deux modalités pour lesquelles elle a été regroupée.

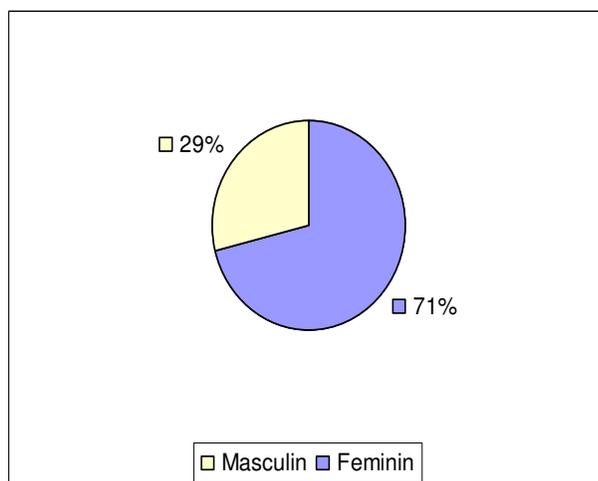


Figure 5 : Répartition des patients selon le sexe (n=1344)

Cette répartition de nos patients par sexe montre que les femmes sont les plus nombreuses de la population étudiée, soit 71% contre 29% des hommes.

Le niveau d'étude

Trois modalités ont été retenues pour illustrer la variable niveau d'étude (tableau III). Les patients de niveau bas (analphabètes ou ayant fait des études primaires); niveau secondaire et le niveau universitaire.

Tableau III : Répartition des patients selon le niveau d'étude

| Variables | Fréquence (n=1344) | Pourcentage |
|-----------------------|--------------------|-------------|
| Niveau d'étude | | |
| Bas (<6ans) | 817 | 61.3% |
| Secondaire | 487 | 36.6% |
| Universitaire | 28 | 2.1% |

Les patients de bas niveau font 63,3% de la population contre 2,1% de niveau baccalauréat ou plus.

La profession

La catégorie socioprofessionnelle a permis de définir la variable revenu. Les patients sans emploi sont considérés comme n'ayant pas de revenu, pendant que les patients exerçant un métier et les salariés sont considérés comme ayant un revenu.

Tableau IV : Répartition des patients selon la catégorie socio professionnelle

| Variable | Fréquence (n=1344) | Pourcentage |
|--|--------------------|-------------|
| Catégorie socioprofessionnelle (revenu) | | |
| OUI | 519 | 39% |
| NON | 825 | 61% |

Les patients n'ayant pas de revenu sont majoritaires soit 61% contre ceux ayant un revenu (39%).

Le statut matrimonial

Les informations relatives au statut matrimonial des patients ont été classées en trois modalités : les célibataires, les mariés, les veufs ou veuves (tableau V).

Tableau V : Répartition des patients selon le statut matrimonial et l'éloignement du domicile du centre

| Variable | Fréquence (n=1344) | Pourcentage |
|---------------------------|--------------------|-------------|
| Statut matrimonial | | |
| Célibataire | 454 | 33.9% |
| Marié | 428 | 31.9% |
| Veuf | 459 | 34.2% |

La répartition des patients selon ces trois modalités montre les mêmes proportions.

Le domicile

L'éloignement (distance entre le centre et le lieu d'habitation) a été regroupé en trois catégories : proche (<10km), éloigné (10< >20km), très éloigné (>30km).

Tableau VI : Répartition des patients selon le domicile

| Variable | Fréquence (n=1344) | Pourcentage |
|-----------------|--------------------|-------------|
| Domicile | | |
| Proche | 344 | 25.8% |
| Eloigné | 757 | 56.8% |
| Très éloigné | 231 | 17.3% |

Il apparait que la majorité des patients (56,8%) habitent à plus de 10km du centre de PEC contre 25,8% des patients ayant leur domicile proche.

4.1.2 Fréquence de la prise en charge tardive et son évolution dans le temps.

La variable PEC tardive a été regroupée en deux modalités, les patients ayant un retard et les patients non en retard.

Tableau VII : Répartition des patients selon moment de prise en charge

| Variables | Fréquence | Pourcentage |
|--------------------|-----------|-------------|
| PEC tardive | | |
| OUI | 907 | 67.5% |
| NON | 437 | 32.5% |

Cette répartition a permis de savoir que plus deux tiers de la population est en PEC tardive contre un tiers en PEC précoce.

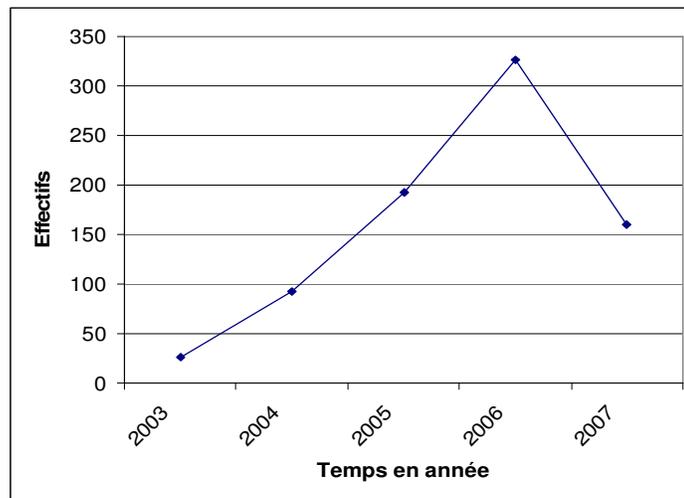


Figure 6 : Evolution de la proportion de retard en fonction du temps

La figure ci dessus montre l'évolution du problème de la PEC tardive dans la population de notre étude. Nous remarquons que la proportion de patients en PEC tardive reste toujours élevée dans le temps malgré l'accès universel aux ARV.

4.2 Appréciation de la proportion de retard de prise en charge

Afin de mieux appréhender les facteurs associés à la PEC tardive, nous avons voulu rechercher l'existence d'un délai entre le dépistage et la PEC.

La figure 7 nous permet d'avoir la répartition des patients en fonction du délai mis entre le dépistage et la PEC.

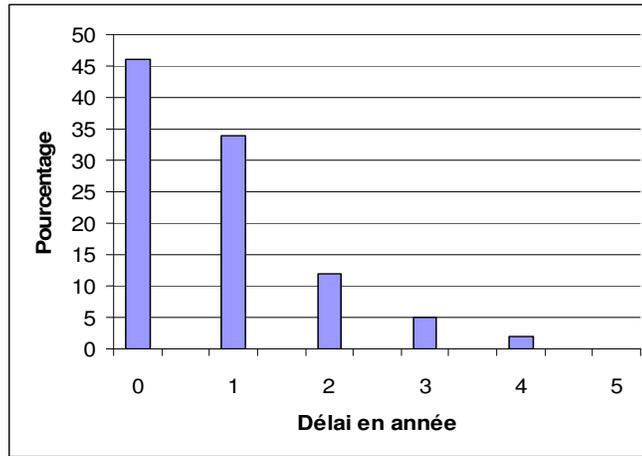


Figure 7 : Répartition des patients en PEC tardive selon le temps mis entre le dépistage et l'arrivée au centre

La majorité des patients ont mis au moins un an pour accéder aux soins.

Et le tableau VIII permet de voir la proportion des patients en PEC tardive ayant mis un délai entre le dépistage et la PEC. La variable délai a été dès lors regroupée en deux modalités délai < 1an (l'accès aux soins l'année de dépistage) et délai > 1an entre le dépistage et l'accès aux soins.

Tableau VIII : Répartition des patients selon le délai entre le dépistage et la PEC

| PEC TARDIVE (n=1344) | | | |
|------------------------------|-----------------|--------------|-------|
| Délai dépistage et PEC | OUI | NON | TOTAL |
| < 1an | 415 (99,75%) | 1 (0,25%) | 416 |
| 1 an ou plus | 492 (53%) | 436 (47%) | 928 |
| TOTAL | 907 | 437 | 1344 |

De cette répartition, il apparaît qu'aussi bien les patients en PEC tardive que ceux en PEC précoce, mettaient un délai d'au moins un an entre le dépistage et la PEC.

4.3 Facteurs associés à la prise en charge tardive

L'analyse univariée de nos données (tableau IX) ont permis de ressortir les résultats suivants :

Tableau IX : Analyse univariée des facteurs associés à la prise en charge tardive

| VARIABLES | % de retard (n=1344) | RR | IC | p |
|---------------------------|----------------------|--------|-------------|-------------------|
| Classe d'âge | | | | |
| 15-24 | 46% | | | |
| 25 et plus | 69% | 0,66 | [0,53-0,83] | 0,0000069* |
| Sexe du patient | | | | |
| Féminin | 67% | | | |
| Masculin | 69% | 0.96 | [0.88-1.04] | 0.35 |
| Niveau d'étude | | | | |
| Bas | 65% | | | |
| Élevé | 71% | 0,90 | [0,83-0,97] | 0,0076* |
| Statut matrimonial | | | | |
| Vie en couple | 71% | | | |
| Vie solitaire | 66% | 1,08 | [1,00-1,17] | 0,04* |
| Revenu | | | | |
| Oui | 71% | | | |
| Non | 65% | 1,10 | [1,02-1,18] | 0,01* |
| Salarié | | | | |
| OUI | 62% | | | |
| NON | 67% | 0.9317 | [0,69-1.24] | 0,61 |
| Accessibilité | | | | |
| Oui | 70% | | | |
| non | 67% | 1,05 | [0,97-1,14] | 0.18 |

*DS : différence significative; IC : intervalle de confiance ;

RR : Risque relatif ; p : probabilité du X²

De ce tableau, il ressort que l'avancée en âge (>25ans) est fortement corrélée à la PEC tardive ($p<0,000$). La relation entre le sexe et la PEC tardive n'est pas significative ($p=0,35$). Ces mêmes résultats montrent une corrélation entre le niveau d'éducation et la PEC tardive ; ainsi les patients ayant fait les études secondaires sont majoritairement en PEC tardive. Il ressort aussi que les patients vivant en couple accèdent tardivement à la PEC ($p<0,05$). Le facteur revenu influence l'accès tardif des patients aux soins en milieu associatif ($p=0,01$). Par contre le salaire et le sexe n'influencent pas la PEC tardive. A la lumière de ces mêmes résultats, il se dégage que l'accessibilité géographique n'influence pas la PEC tardive.

5 DISCUSSION ET RECOMMANDATIONS

5.1 Résumé des principaux résultats

Au total, en ce qui concerne l'âge des patients, la majorité des patients se situait dans la tranche d'âge de 25 à 34 ans avec une moyenne d'âge de 35 ans, un minimum de 15 ans et un maximum d'âge de 74 ans. Le sexe féminin était prédominant avec 71%, la plupart de nos patients avait un niveau d'étude bas soit moins de 6 années d'étude. Ils appartenaient en général à la catégorie socioprofessionnelle bas ou des non salariés (ouvriers, des artisans, des revendeurs, bref ceux qui exercent des petits métiers). Ils étaient autant célibataires, mariés, que veufs ; plus de la moitié des patients avaient leur domicile éloigné (supérieur à 30 km) du centre de prise en charge.

Plus du deux tiers des patients soit 67,5% arrivaient au centre tardivement.

Parmi la population des patients ayant un délai > 1an, 53% étaient en PEC tardive contre 47% en PEC précoce.

Parmi la population des patients en situation de PEC tardive, 69% sont âgés de 25 ans et plus ; 67% des femmes et 69% des hommes étaient en PEC tardive ; 65% des individus d'un bas niveau d'étude étaient en prise en charge tardive contre 71% des patients de niveau élevé. Parmi les patients en recours tardif au soin, 71 % avaient un revenu contre 65% sans revenu. Les personnes qui vivent en couple sont majoritairement en recours tardif au soin, 70% des patients ayant leur lieu d'habitation éloigné contre 67% habitation proche du centre de PEC étaient en accès tardif aux soins.

5.2 Discussion méthodologique

Il s'agit d'une étude préliminaire qui comporte des limites. Les variables enregistrés ne portent pas sur une enquête permettant de recueillir les avis des patients eux-mêmes. Ainsi, la méthodologie que nous avons utilisée qui est celle de l'analyse documentaire ne permet pas d'avoir toutes les informations. Entre autres : le revenu, la distance exacte entre le centre et l'habitation, le lieu et les motifs du dépistage ; les antécédents médicaux.

Ces informations n'ont pu être obtenues, ce qui rend difficile la détermination de tous les facteurs associés à la PEC tardive.

Aussi, notre échantillonnage a été fait sur un groupe homogène, des patients d'une même ONG de PVVIH. Ceci ne permet pas de généraliser les résultats et les conclusions de notre étude à tous les patients PVVIH suivis en milieu associatif au Togo.

Par ailleurs, la variable revenu est un facteur qui influence énormément le moment de la PEC. Mais, dans notre étude, nous l'avons déterminé à partir de la catégorie socioprofessionnelle. Alors que le fait

d'appartenir à une catégorie socioprofessionnelle, ou même exercer une profession n'implique pas forcément un revenu (régulier ou non).

On ne peut exclure que parmi les sujets ayant un taux de $CD4 < 200 \text{mm}^3$, certains pourraient avoir eu un recours précoce au dépistage (décroissance rapide des CD4 due au délai mis pour réaliser le premier bilan). A l'inverse, des sujets ayant un taux de $CD4 > 200$ ont pu avoir eu un dépistage précoce (décroissance lente des CD4). Ceci pourrait constituer un biais dans l'interprétation de nos résultats. Pour contrôler ce biais, nous avons tenu compte de la période des premiers taux de CD4, qui doivent être réalisés dans un délai d'un mois de l'arrivée au centre.

En dépit de toutes ces limites, l'analyse des facteurs associés à la prise en charge tardive a permis de connaître certains facteurs associés à la PEC tardive des PVVIH à EVT ainsi que leur profil. Ceci a été favorisé par notre méthode de collecte sur le dossier de malades au lieu d'une administration de questionnaire à des patients majoritairement analphabètes et incapables de garder en mémoire l'histoire de leur maladie.

5.3 Comparaison avec les résultats de la littérature

A notre connaissance, il s'agit de la première étude réalisée au Togo, s'intéressant à la PEC tardive des PVVIH. Ce qui va expliquer un peu la pauvreté de la littérature togolaise. Le même constat est fait un peu partout en Afrique où cette étude a probablement été faite mais non publiée.

Les facteurs associés à la PEC tardive peuvent être abordés sur le plan socioculturel du patient, sur le plan clinique et sur l'aspect organisationnel de la PEC. Nous avons pris le parti d'aborder la PEC tardive sur les aspects liés aux patients et non du point de vue de l'organisation des soins.

Cette étude rétrospective conduite dans une ONG de prise en charge des PVVIH, a permis de connaître les facteurs liés aux patients en recours tardif au dépistage et aux soins en matière de VIH.

5.3.1 *Les caractéristiques des patients*

Au Togo, comme un peu partout en Afrique et dans les pays sous développés, la tranche d'âge la plus affectée par le VIH/ sida est celle de 25 à 49 ans (ONUSIDA, 2008), ceci rend compte du jeune âge de la population de notre étude dont plus des deux tiers appartenaient à la tranche de 25 à 54 ans.

La forte prédominance féminine soit 71% (le double de la proportion du sexe masculin) de la population étudiée pourrait avoir un lien avec la tendance à la féminisation de l'infection à VIH. Cette forte prédominance féminine à l'infection à VIH (soit 68%) a été remarquée lors du dernier recensement des PVVIH au Togo (PNLS, 2007_b). Cette féminisation pourrait être la conséquence de la vulnérabilité tant biologique, anatomique, sociale, qu'économique de la femme face à l'infection à VIH (Desgrées du Loû, 2005). Mais aussi des situations défavorables à risques des femmes que sont les violences sexuelles et les difficultés d'utilisation du préservatif.

La majorité de nos patients ont un niveau d'étude bas (analphabète ou le niveau primaire) soit 61,3%. L'appartenance à cette catégorie de personnes ayant ce niveau pourrait être expliquée par le fait que généralement ces personnes n'ont pas accès aux informations ou du moins n'y comprennent pas grand chose. Ce qui implique que leurs résultats en matière de connaissances et de conduites préventives sont globalement bas.

La profession étant fonction du niveau d'étude, la plupart de nos patients font partie de la catégorie des ouvriers, des artisans, de commerçants..... bref des personnes ayant un revenu non régulier. Ceci pourrait être expliqué par le cadre de l'étude qui est une ONG au Togo où les salariés préfèrent se faire suivre dans les hôpitaux privés ou publics. Un deuxième argument serait que les gens pensent que les ONG sont faites pour les personnes démunies. Alors les salariés n'arriveraient dans les ONG qu'après avoir fait le tour des hôpitaux et épuisés financièrement.

Le fort taux de personnes vivant seules peut être mis en lien avec les conséquences de l'infection à VIH. Notamment, la perte ou le décès du conjoint (e) chez les veufs, et chez les célibataires l'adoption de mesures de prévention ou de protection des potentiels partenaires.

5.3.2 Fréquence de la prise en charge tardive et son évolution dans le temps

La PEC tardive continue, de part son ampleur, à constituer un problème majeur de santé publique dans le monde, en Afrique, au Togo, et spécifiquement dans la plus grosse ONG de PEC au Togo. Les résultats de cette étude montrent que la PEC tardive est un problème réel de nos patients du fait même de la proportion de retard soit de 67,5% contre 32,5% de personnes en recours précoce. Ce résultat signifie que la majorité des patients accède aux soins à un stade avancé de la maladie. Cette forte proportion de retard de PEC pourrait s'expliquer par le fait que les patients proviendraient de la périphérie et du milieu rural.

L'évolution de la PEC tardive en fonction du temps montre que les années 2005 à 2007 constituent des années pendant lesquelles la majorité des patients ont eu un recours tardif aux soins. Ce résultat serait en parallèle avec l'avènement du projet d'intensification de la lutte contre le SIDA(FM). Ainsi, pendant la subvention de ce projet, les campagnes permanentes, intensives incitaient la population au dépistage et aux soins par la disponibilité des ARV. Ces campagnes justifient le fait que les personnes ne se sachant pas à risque ou ne connaissant pas leur statut, ont fait leur test de dépistage et ont par conséquent été prises en charge.

Délai entre diagnostic et prise en charge

En outre, lorsque nous nous penchons sur la question du délai (qui sépare le dépistage de la PEC), il nous permet de repérer le nœud de la PEC tardive. Les résultats de notre étude montrent que le délai entre diagnostic et PEC existe aussi bien chez les patients en PEC tardive que chez les patients en PEC précoce. Plusieurs raisons pourraient expliquer ce comportement. Nous pourrions incriminer des raisons liées au patient : le déni de la maladie, le rejet du résultat, le manque d'information sur les

structures de PEC. Mais aussi l'organisation du système de soins qui ne prévoit pas de structure de PEC au sein des CDVA. GIARD et ses collaborateurs en 2004 ainsi que Calvez et ses collaborateurs en 2006, dans leurs études sont également parvenus aux mêmes conclusions.

De tout ce qui précède, nous pourrions conclure comme l'ont fait Giard et collaborateurs pour dire que la prise en charge tardive (CD4 < 200) n'est pas la seule conséquence du délai mis entre le diagnostic et les premiers soins ; mais plutôt la conséquence même d'un dépistage tardif (GIARD *et al.*, 2004; InVS, 2006).

5.3.3 Facteurs associés à la prise en charge tardive

En ce qui concerne les facteurs liés au retard à la prise en charge du VIH/sida, nos résultats montrent quatre facteurs statistiquement significatifs ($p < 0,05$).

Le premier facteur associé à la prise en charge tardive est l'**âge > 25 ans** ($p = 0,0000069$).

Les patients appartenant à la classe d'âge de 25 ans et plus ont souvent accès aux soins tardivement. Ce résultat a été trouvé par Marcel *et al* dans l'enquête retard chez les personnes originaires d'Afrique vivant en France.

Par contre, les études réalisées par d'autres auteurs dans la région Provence Alpes Côte d'Azur, montrent une association entre l'âge avancé et le recours tardif aux soins.

L'association de cette classe d'âge d'adulte jeune au recours tardif aux soins dans notre étude, pourrait être expliquée par le contexte africain où c'est la population jeune et sexuellement active qui est la plus affectée par l'infection à VIH (ONUSIDA, 2007). Cet effet protecteur des adolescents et des jeunes de moins de 25 ans a été retrouvé dans l'étude de Vernay et coll. Il peut être lié au fait que les campagnes d'incitation au dépistage ont été jusqu'à présent ciblées sur un public plus jeune (Vernay-Vaisse *et al.*, 2002).

Le deuxième facteur associé à la PEC tardive, est le **niveau d'étude secondaire ou universitaire** ($p = 0,0076$). Notre étude montre que la proportion de retard est plus élevée dans la population des patients ayant un niveau d'étude supérieur à six années d'études et plus.

Calvez et al, dans leur étude ont trouvé que les patients en recours tardif aux soins étaient des sans diplôme ou diplôme inférieur au BAC.

Nous sommes dans un contexte africain et en milieu associatif où rares sont les patients ayant un niveau BAC. Pour cette raison nous avons préféré les mettre en deux classes : les analphabètes ou les personnes ayant fait moins de 6 années d'étude et les personnes ayant fait des études secondaires ou universitaires.

L'association de ce facteur à la PEC tardive, pourrait s'expliquer par le fait que ces patients peuvent avoir toutes les informations sur le VIH, mais pourrait rejeter d'être séropositif. Par conséquent, ils pourraient se faire dépister plusieurs fois afin d'avoir une confirmation de leur statut avant de penser à

une PEC quelconque. Nous pourrions dire que le fait même d'avoir trop d'informations sur la maladie, peut créer une certaine peur ou une crainte de la maladie et pourrait ainsi constituer un obstacle à la PEC précoce. Un autre argument est que ces personnes connaissant l'évolution de la maladie pourraient attendre les premiers signes pour se faire prendre en charge. Un dernier argument est que ces personnes pourraient ne pas se sentir à risque. Et ceci du fait d'un changement récent de comportement grâce aux informations, ce qui fait qu'ils aient un recours tardif eu dépistage.

Le statut matrimonial dont la vie en couple est un autre facteur associé ($p=0,04$)

La proportion de retard est plus élevée dans la population des personnes vivant en couple. Dans une étude menée chez des personnes originaires d'Afrique subsaharienne, les auteurs ont trouvé que s'étaient plutôt le facteur célibat qui était associé à la PEC tardive (Calvez *et al.*, 2006).

Par contre, une étude réalisée en Côte d'Ivoire sur « les déterminants du refus de dépistage au VIH chez les femmes enceintes parlant français à la maternité de Port-Bouet Abidjan- Côte d'Ivoire », montrait que le refus de dépistage était plus élevé chez les femmes vivant en couple que chez les femmes libres. Les auteurs expliquaient cette attitude par le comportement sexuel, notamment le fait d'avoir un seul partenaire sexuel habituel. Et aussi par l'interprétation par ces femmes des messages des campagnes de sensibilisation, notamment la fidélité qui est perçue comme un moyen de lutte contre le VIH (KRA *et al.*, 2008). Dans une autre étude, les auteurs ont montré que les femmes vivant en couple, se font dépister plus fréquemment au cours de la grossesse. Ceci est la conséquence du fait qu'elles sont confrontées au problème de partage du résultat avec leur conjoint (Desgrées du Loû, 2005).

Par rapport à tout ce qui précède, nous pouvons dire que l'association entre la vie en couple et PEC tardive, pourrait s'expliquer par le fait que les femmes vivant en couple ne se sentent pas trop concernées par le VIH. Ceci se justifiant par le fait qu'elles se disent n'avoir qu'un seul partenaire sexuel. Aussi, cette association pourrait s'expliquer par les difficultés d'annonce d'un résultat positif à son conjoint ou à son partenaire sexuel. Un dernier argument pouvant expliquer ce fait est que les personnes vivant seules notamment les veufs(es) qui ont certainement dû perdre leur conjoint suite à la maladie du SIDA, se préoccuperaient plus de leur état de santé.

Un dernier facteur est **le revenu** ($p=0,01$)

La catégorie socioéconomique est un facteur déterminant du niveau économique des personnes actives. Le revenu est l'un des déterminants de la santé et joue un rôle majeur sur le comportement des individus en matière de recours aux soins. Par conséquent, nous avons voulu savoir si ceux qui avaient la possibilité d'avoir un revenu compte tenu de leur niveau socioprofessionnel, accédaient plutôt aux soins.

Les patients ayant un emploi plus ou moins stable pouvant leur rapporter un revenu plus ou moins régulier étaient majoritairement en recours tardif aux soins.

L'association de ce facteur pourrait s'expliquer par le fait qu'habituellement les associations et les ONG de prise en charge sont considérées comme des structures de PEC des personnes démunies. Et donc probablement les personnes ayant un revenu n'arriveraient dans ces structures qu'après avoir fait le tour des hôpitaux, des cliniques privées et mêmes des tradipraticiens de la place. Ce n'est que lorsqu'ils ne seront plus en mesure de se prendre en charge eux même, qu'ils se dirigeraient vers une ONG ou association de PEC.

Enfin, si contrairement à la littérature, et surtout les études menées par Calvez et coll. sur les personnes infectées originaires d'Afrique sub-saharienne en accès tardif aux soins, nos résultats n'ont pas montré de relation entre PEC tardive et le sexe masculin, ainsi que le revenu bas. Ces résultats, ont par contre confirmé la forte association qui existe entre la PEC tardive et l'âge adulte jeune.

Au-delà des particularités de notre étude dont un pays à ressources limitées et le contexte de la PEC qui est le milieu associatif, d'autres raisons peuvent expliquer la non-conformité avec toute la littérature. Ces raisons sont : le contexte du séjour des africains en France, un pays autre que le leur où ils rencontreraient beaucoup plus de difficultés d'intégration, où ils vivent dans des conditions de précarité (sans papier, sans domicile, sans emploi....).

PERSPECTIVES

Afin de retrouver tous les facteurs associés au recours tardif aux soins, nous pensons qu'il serait intéressant d'entreprendre :

- des travaux complémentaires portant sur les facteurs socioculturels liés au patient afin de permettre de mieux cibler les campagnes de sensibilisation sur les mythes qui peuvent persister autour de la maladie ;
- des études sur le système d'organisation des soins aux PVVIH aussi bien dans les hôpitaux que dans les ONG et associations accréditées à la PEC des PVVIH.

RECOMMANDATIONS

Les résultats de notre étude montrent que les PVVIH suivis à EVT sont majoritairement âgés de 25 à 34 ans, qu'il y a une prédominance féminine, un fort taux de niveau d'étude bas. La plupart des patients exerce des petits métiers, ils vivent majoritairement seuls et ont leur domicile éloigné du centre de PEC. Parmi eux, plus des deux tiers sont en PEC tardive. En ce qui concerne les facteurs associés à cette PEC tardive, notre étude a retrouvé l'âge >25ans, le niveau d'étude élevé, la vie en couple. En outre, cette étude nous a permis de savoir que la PEC tardive est surtout la conséquence du dépistage tardif.

L'identification des facteurs associés à une PEC tardive permet de déduire des recommandations pratiques pour la prévention, les stratégies de dépistage et la prise en charge médicale des PVVIH.

A l'endroit du personnel de l'ONG Espoir Vie Togo

Nous proposons de :

- faire des sensibilisations de proximité auprès des jeunes;
- encourager les PVVIH à adhérer aux associations ;
- remplir à chaque consultation les dossiers des patients ;
- intensifier les visites à domicile afin de limiter les perdus de vue ;
- poursuivre la politique de gratuité des soins aux PVVIH ;
- améliorer la qualité des soins des PVVIH, en améliorant leur accueil ;
- continuer à travailler en réseau.

A l'endroit du Programme National de Lutte contre le SIDA et les IST

Nous suggérons de :

- faire des campagnes ciblées de sensibilisation et de dépistage les personnes âgées de plus de 25 ans et surtout des femmes vivant en couple;
- rendre gratuit le test de dépistage dans tous les CDVA et dans les hôpitaux ;
- élargir l'offre de dépistage par la multiplication des CDVA ;

- intégrer des unités de PEC des PVVIH au sein des CDVA afin de réduire le taux de perdus de vue lors des référencement des patients vers les structures de PEC ou les hôpitaux ou vice versa et de réduire le délai de PEC ;
- promouvoir la PEC en milieu associatif ;
- créer des Centres de Traitement Ambulatoires dans tous les hôpitaux ;
- réaliser une étude nationale sur les déterminants de la prise en charge tardive des PVVIH.

A l'endroit du personnel médical et paramédical

La qualité de la PEC est un facteur qui favorise l'accès aux soins. La PEC de l'infection à VIH étant globale (PEC psychologique, nutritionnelle, sociale....) et chronique, le personnel médical et paramédical doit accorder une attention particulière au PVVIH. Cette attention est fonction du temps de la consultation, de la qualité de l'accueil, de la capacité d'écoute afin d'aider le patient à trouver des solutions à ses problèmes.

- référer les patients nouvellement dépistés vers les ONG de PEC ;
- proposer à toute personne en consultation un test de dépistage au VIH avec possibilité de refus et systématiser le test de dépistage chez les partenaires sexuels.

A l'endroit des autorités togolaises

Nous proposons également :

- Favoriser les politiques d'incitation de la population au dépistage à travers la multiplication des CDVA, la disponibilité et la gratuité des ARV au sein des structures de PEC. Ceci passera par l'augmentation du budget du ministère de la santé afin de permettre de financer plus les interventions du PNLS/IST.

A l'endroit de la population

Le VIH/sida est une infection grave, une épidémie du siècle qui n'épargne personne. Il y a nécessité de connaître son statut afin d'éviter la maladie sida, et d'adopter un comportement adéquat. Le résultat du test de dépistage permettra de recourir précocement aux soins en cas de test positif. Ce comportement permet aussi, de se donner une chance de survie, de se protéger contre la réinfection par de nouvelles souches du VIH et de protéger son entourage. Et en cas de test négatif de sauvegarder ce statut par différents moyens de prévention. Nous proposons de :

- connaître son statut sérologique;
- consulter immédiatement en cas de test positif ;
- faire le dépistage précoce pour gagner des chances de survie et protéger votre entourage ;
- ne pas exclure ou stigmatiser les personnes infectées par le VIH.

CONCLUSION

Le sida reste une des principales causes de mortalité dans le monde et la première cause de décès en Afrique subsaharienne. Il représente à long terme un énorme défi en ce qui concerne la mise en place de services de traitement et son impact disproportionné sur l'Afrique subsaharienne n'en est que plus évident. Pendant que des efforts sont faits par les politiques nationales afin de rendre accessibles les ARV, l'infection à VIH/SIDA ne cesse de croître parce que les PVVIH accèdent toujours aux soins à un stade tardif de la maladie.

Or, au Togo, le contexte politique national est favorable au dépistage et à la PEC du VIH. Ce qui est assuré par l'accessibilité au test de dépistage tout en offrant la possibilité de préserver l'anonymat des personnes et la gratuité des soins en milieu associatif.

La présente étude a consisté à rechercher les facteurs corrélés avec la prise en charge tardive de certaines PVVIH. Ces résultats montrent que plus des deux tiers de la population de notre échantillon ont accédé tardivement à la PEC. Les facteurs associés identifiés sont essentiellement l'âge > 25 ans, le niveau d'études secondaires, la possibilité d'un revenu, et la vie en couple.

Face à ces résultats de la prise en charge tardive des personnes vivant avec le VIH en milieu associatif, un accent particulier doit être mis sur le dépistage précoce, la sensibilisation des populations, une amélioration de l'accès de l'offre de prise en charge. Il serait donc important d'axer les interventions et surtout les campagnes de sensibilisation sur les groupes d'individus possédant les caractéristiques des personnes en PEC tardive. Des messages spécifiques et adaptés doivent être adressés à ces groupes de personnes, pour leur permettre de briser les obstacles liés au dépistage.

Enfin, une étude ultérieure plus élargie permettrait de mieux cerner tous les autres facteurs socioculturels, économiques et organisationnels qui influencent la prise en charge tardive des PVVIH au Togo.

Références Bibliographiques

- Atakouma D, Tsolenyanu E, Gbadoe A, Gbetoglo V, Lawson–Evi K. Traitement antirétroviral des enfants infectés par le VIH/SIDA à Lomé (Togo) : premiers résultats. *Archives de pédiatrie* 2007; **14**: p.1178–82.
- Bonnet F Morlat P. Carrefour des spécialités. Cancers et infections par le VIH : quelles associations? *La Revue de médecine interne* 2006; **27**: p. 227–235.
- Boyer S, Marcellin F, Ongolo-Zogo P, Abega SC, Nantchouang R, Spirea B & Coll. Financial barriers to HIV treatment in Yaounde, Cameroon: first results of a national cross-sectional survey. *Bulletin of the World Health Organization* Février 2009; **87**: 18p
- Calvez M, Semaille C, Fierro F & Laporte A. Les personnes originaires d'Afrique subsaharienne en accès tardif aux soins pour le VIH : données de l'enquête retard, France, Novembre 2003-Août 2004. *Bull Epidemiol Hebdo* 2006; **31**: p. 227-229.
- Chabrol F. Le sida en Afrique subsaharienne : perceptions d'un enjeu de sécurité internationale. *Revue Internationale et stratégique* 2002; **2**: p.129-136.
- Creese A, Floyd K, Alban A & Guinness L. Cost-effectiveness of HIV/AIDS interventions in Africa: a systematic review of the evidence. *The Lancet* 2002; **359**: p.1635-1642.
- Darmon L. Social. Pourquoi si tard ? Dossier spécial la prise en charge tardive. *Le Journal du Sida* 2006 ; **185**: p. 7-9.
- Delfraissy J. Prise en charge thérapeutique des personnes infectées par le VIH, recommandations du groupe d'experts. Ministère de la Santé et de la Protection sociale, médecine – science Flammarion. Paris, France: 2004, p. 368.
- Delfraissy J., Prise en charge thérapeutique des personnes infectées par le VIH, recommandations du groupe d'experts. Ministère de la Santé et de la Protection sociale, médecine – science Flammarion. Paris, France: 2008
- Demoly R, Messaad D, Sahla H, Godard P, Michel E. Désensibilisation et accoutumance médicamenteuse chez le sujet VIH. *Rev. fr. Allergol.* 1998 ; **38** : p. 385-389.
- Derancourt C, Merle H, Godeau F, Vignon C & Lemoussu. Évaluation clinique du risque d'infection par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) de la population consultant dans un centre de dépistage anonyme et gratuit (CDAG). *Ann Dermatol Venerol* 2004; **131**: p. 11-15.
- Desgrées du Loû A. The couple and HIV/AIDS in sub-Saharan Africa. Telling the partner, sexual activity and childbearing. *Population* 2005; **3**, 60e année: p. 179-198.

Djohan G, Kouakoussui A & Msellati P. Coût direct de la prise en charge des enfants infectés par le VIH au stade asymptomatique à Abidjan (Côte d'Ivoire) 2000-2003. *Santé publique* 2005 ; **4**: p. 627-636.

Elira Dokekias A, Atipo Galiba A, Dzia Lepfoundzou Bokilo A, Ntsimba P, Nsitou MB. Evaluation du traitement antirétroviral chez les adultes infectés par le VIH, suivis dans le service d'hématologie du CHU de Brazzaville, Congo. *Bull Soc Pathol Exot* 2008 ; **101**(2) : p. 109-112.

Giard M, Gambotti L, Besson H, Fabry J & Vanhems P. Facteurs associés à une prise en charge tardive des patients infectés par le VIH : revue de la littérature. *Santé publique* 2004 ; **1**: p. 147-146.

Guide national de prise en charge médicale de l'infection à VIH de l'adulte et de l'adolescent, PNLS/ IST / Togo, Octobre 2007, document non publié.

Institut De Veille Sanitaire. Rapport final: le recours tardif aux soins des personnes séropositives pour le VIH, modalités d'accès et contextes socioculturels. Janvier 2006.

Ivers L, Freedberg K & Mukherjee J. Provider-initiated HIV testing in rural Haiti: low rate of missed provider-initiated HIV testing in rural Haiti: low rate of missed opportunities for diagnosis of HIV in a primary care clinic. *AIDS Research and Therapy, BioMed Central* 2007; **4**: p.1-5.

Kra O, N'dhatz M, Ouattara B, Bissagnene E & Kadio A. Les déterminants du refus du test de dépistage du VIH chez les femmes enceintes parlant français à la maternité de Port-Bouet Abidjan-Côte d'Ivoire. *Médecine d'Afrique Noire* 2008 ; **3**: p.133-136.

Lacombe K & Girard P. Traitement et prévention des infections opportunistes au cours de l'infection par le vih : mise au point en 2004. Partie 1 : pneumocystose et protozooses. *Médecine et maladies infectieuses* 2004 ; **34**: p.239 - 45.

Lortholary O. Le syndrome de reconstitution immunitaire au cours de l'infection à VIH. Dossier spécial prise en charge tardive. *Le Journal du Sida* 2006 ; **185**: p 4.

Massip P. Les risques d'une prise en charge tardive. Dossier spécial la prise en charge tardive. *Le journal du Sida* 2006 ; **185**: p 3.

Matheron S. Les traitements et le suivi médical, dossier spécial la prise en charge tardive. *Le journal du SIDA* 2006 ; **185**: p. 6.

Okome- Nkoumou M, Boguikouma Jb & Kombila M. Les maladies opportunistes de l'infection par le VIH à l'hôpital fondation Jeanne EBORI de Libreville, Gabon. *Med Trop* 2006 ; **66**: p. 167-171.

OMS, ONUSIDA, UNICEF. Vers un accès universel, étendre les interventions prioritaires liées au vih/sida dans le secteur de la santé. : 2008, 10p.

ONUSIDA. Le point sur l'épidémie de sida. Genève (Suisse): ONUSIDA 2008_a

ONUSIDA. Le point sur l'épidémie de sida : rapport spécial sur la prévention du vih : décembre 2007.

- ONUSIDA. Traitement et prise en charge : progrès sans précédent et défis à relever. 2008_b, 129p.
- Ouedraogo M, Bambara M, Zoubga AZ, Ouedraogo SM, Ouedraogo G & coll. Intérêts et contraintes des traitements antirétroviraux dans un pays en développement. *Médecine d'Afrique Noire* 2001 ; **48**: p. 321-324.
- PNLS. Politique nationale d'accès universel au traitement du vih/sida au Togo. Avril 2007_a [Non publié].
- PNLS/IST. Rapport d'enquête, recensement des personnes vivant avec le VIH (PVVIH) suivies dans les structures de prise en charge au Togo (1999-2007), Juillet 2007_b. [Non publié].
- PNLS/IST. Rapport annuel, 2007_c [non publié].
- Poizot-Martin I. Infection par le VIH : effets délétères d'une répliation virale sous traitement HIV infection: negative effects of viral replication during treatment. *Antibiotiques* 2008 ; **10**: p. 73-80.
- Pronyk P, Makhubele M, Hargreaves JR, Tollman S & Hausler H. Evaluation du comportement de recours aux soins parmi les patients tuberculeux en Afrique du Sud rurale. *J Tuberc Lung Dis* 2001; **5** (7): 619-627. 2001; **5**: p. 619-627.
- Rémy G. HIV 1 infection in Sub-Saharan Africa, the urban preference reconsidered. *Médecine d'Afrique Noire* 1999 ; **46**: p. 388-393.
- Roux p, Rey J, Sehonou J. L'observance à un mois des patients SIDA inclus dans l'initiative béninoise d'accès aux antirétroviraux. *Bull. Soc. Pharm. Bordeaux* 2004; **143**: p. 19-30.
- Smit C, Hallett TH, Lange J, Geoff Garnett, De Wolf F. Late entry to HIV care limits the impact of anti-retroviral therapy in the Netherlands. *PLoS Med* 2008; **3**: p. 1-9.
- Talani P, Yokolo D, Adebo G. Dépistage anonyme et volontaire du VIH /SIDA à Brazzaville. *Médecine d'Afrique Noire* 2008 ; **3**: p.125-127.
- Touzé V. Ventelou B. Sida et développement : un enjeu mondial. *Revue de l'OFCE* 2002, [Hors série]: p. 153-174.
- Vernay-Vaisse C, Enel P, Bendiane MK, Rey D, Carrieri M. Facteurs associés à la découverte de la séropositivité au VIH à un stade d'immunodépression avancé. *Bull Epidemiol Hebdo* 2002; **15**: p. 61-63.

Liste des illustrations

| | |
|---|----|
| Figure 1 : Evolution de paramètres du système immunitaire lors de l'infection par le VIH | 8 |
| Figure 2 : Diagnostic biologique de l'infection à VIH | 11 |
| Figure 3 : Possibilités de suivi des patients infectés par le VIH | 20 |
| Figure 4 : Répartition des patients selon l'âge | 28 |
| Figure 5 : Répartition des patients selon le sexe | 29 |
| Figure 6 : Evolution de la proportion de retard en fonction du temps | 31 |
| Figure 7 : Répartition des patients en PEC tardive selon le temps mis entre le dépistage et l'arrivée au centre | 32 |

Liste des tableaux

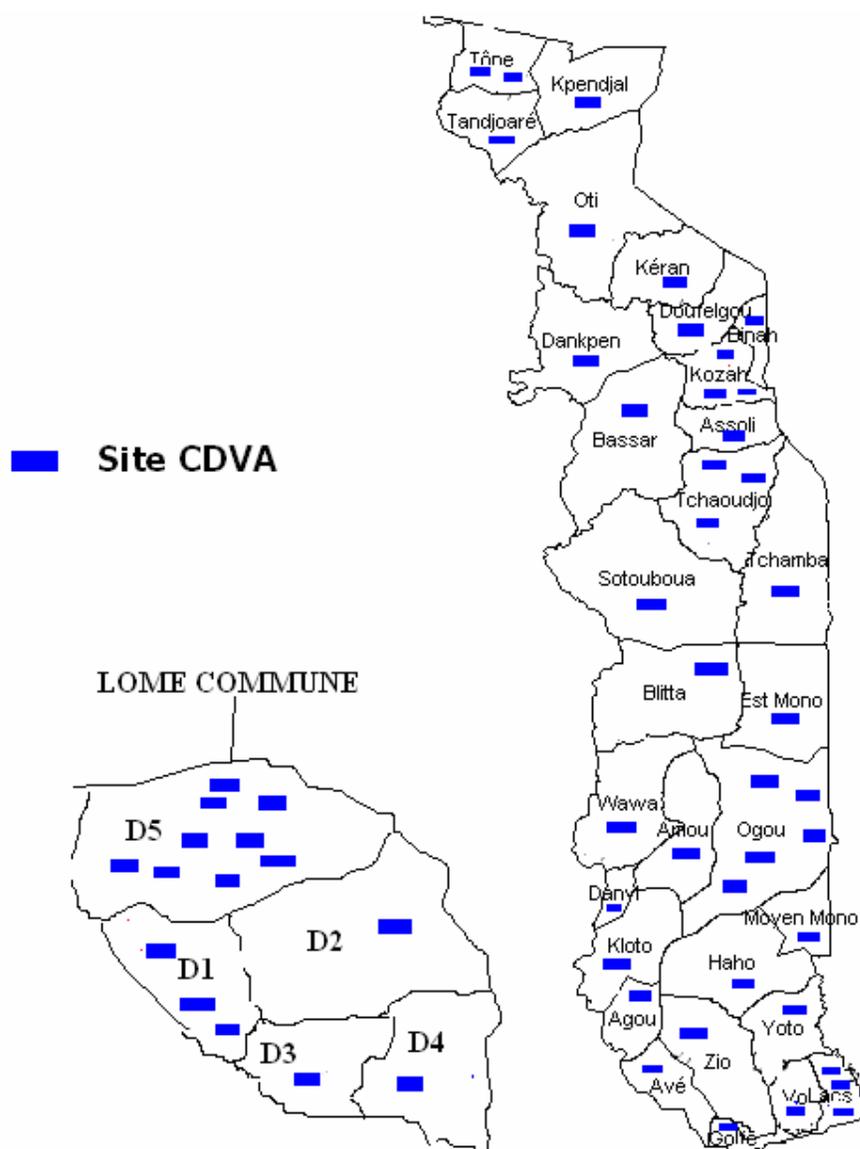
| | |
|---|----|
| Tableau I Système de classification par stades de l’OMS pour infection et maladie VIH | 9 |
| Tableau II : Plan d’analyse | 26 |
| Tableau III : Répartition des patients selon le niveau d’étude..... | 29 |
| Tableau IV : Répartition des patients selon la catégorie socio professionnelle | 30 |
| Tableau V : Répartition des patients selon le statut matrimonial et l’éloignement du domicile du centre | 30 |
| Tableau VI : Répartition des patients selon le domicile | 30 |
| Tableau VII : Répartition des patients selon moment de prise en charge..... | 31 |
| Tableau VIII : Répartition des patients selon le délai entre le dépistage et la PEC | 32 |
| Tableau IX : Analyse univariée des facteurs associés à la prise en charge tardive | 33 |

Glossaire

- CD4 : marqueur de surface des cellules immunitaires (en particulier les LT4) sur laquelle s'amarre le VIH avant de pénétrer dans la cellule
- Charge virale : taux de virus dans le sang, témoin de l'état du système immunitaire. Synonyme de virémie.
- LT4 : ce sont les pivots des réactions immunitaires spécifiques car ils sécrètent des messagers chimiques (interleukines) qui stimulent la multiplication et la différenciation des LB et LT sélectionnés.
- Phase asymptomatique : la personne infectée se porte généralement bien et peut ne pas s'apercevoir de sa contamination (peu de signes évocateurs).
- Phase d'état : apparition de maladies opportunistes dont le pronostic est bon en général.
- Primo-infection : Symptômes d'une grippe légère avec fièvre qui peuvent apparaître environ 6 semaines après la contamination.
- Prise en charge globale: apport de l'aide nécessaire pour s'occuper de quelqu'un sur un certain plan.
- Sida déclaré : apparition de maladies opportunistes graves (parasites, cancers...) dont le pronostic peut être vital. Aucun signe n'est en soi caractéristique du sida, mais c'est l'ensemble des symptômes qui est propre au sida.
- Western Blot : méthode permettant de rechercher dans le sang d'un individu des anticorps précis et divers. On en déduit la séropositivité ou séronégativité de l'individu dont le sang a été testé. Méthode plus sûre qu'un test ELISA (présentant des cas de faux positifs ou faux négatifs).

Annexes

Annexe 1 : Carte du Togo avec les CDVA marqués en bleu dans les préfectures (voir Lomé détaché)



D : district sanitaire

