

UNIVERSITE DE NANTES

FACULTE DE MEDECINE

Année 2013

N°007

THESE

pour le

DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE

DES de MEDECINE GENERALE

Par

Camille BERNAUD
née le 06/12/1985 à Sainte Adresse

Présentée et soutenue publiquement le 13 mai 2013

à la faculté de médecine de Nantes

Etude descriptive de 31 patients infectés par le VIH et perdus de vue au centre de
traitement ambulatoire de Bangui (République Centrafricaine)

Président : Monsieur le Professeur François RAFFI

SOMMAIRE

1. INTRODUCTION	5
1.1. La République centrafricaine.....	5
1.1.1. Données géographiques et démographiques	5
1.1.2. Situation politique	7
1.1.3. Situation économique	7
1.1.4. Situation sanitaire.....	8
1.1.5. Aspects culturels.....	10
1.2. L'épidémie du VIH	11
1.2.1. Situation sur le plan international.....	11
1.2.2. Situation en République Centrafricaine	12
1.3. Prise en charge du PVVIH en République Centrafricaine : exemple du CTA de Bangui	12
1.3.1. Infrastructures et personnel.....	12
1.3.2. Bilan initial	16
1.3.3. Critères déterminant les indications thérapeutiques	17
1.3.4. Antirétroviraux disponibles	17
2. PERDUS DE VUE	18
2.1. Revue de la littérature.....	18
2.1.1. Définition des PVVIH perdus de vue.....	18
2.1.2. Proportion des perdus de vue	18
2.1.3. Facteurs associés aux perdus de vue.....	19
2.1.4. Conclusion	20
2.2. Perdus de vue au CTA de Bangui.....	20
3. METHODE	22
3.1. Objectif de l'étude.....	22
3.2. Population d'étude.....	22
3.3. Echantillonnage	22
3.4. Recueil des données :.....	22
3.5. Analyse des données	23
3.6. Aspects éthiques	23

4. RESULTATS.....	24
4.1. Résultats de l'échantillonnage	24
4.2. Analyse descriptive des déterminants individuels	24
4.2.1. Données socio-démographiques et économiques	24
4.2.2. Données sur l'évolution de la maladie et leur vécu	27
4.3. Analyse de la relation de soin.....	33
4.4. Analyse sur le plan organisationnel et structurel.....	34
5. DISCUSSION	36
5.1. Méthodologie et biais de l'étude	36
5.2. Discussion des résultats	37
5.2.1. Les données individuelles.....	37
5.2.2. La relation soignant-soigné	38
5.2.3. La structure	39
6. CONCLUSION	41
7. BIBLIOGRAPHIE.....	42
8. ANNEXES.....	45

LEXIQUE

ARV: anti rétroviraux

APS: accompagnateurs psychosociaux

CTA: centre de traitement ambulatoire

CRF: Croix Rouge Française

ETP: éducation thérapeutique

FMI: fonds monétaire international

INTI: inhibiteurs nucléosidiques de la transcriptase inverse

- AZT : ZIDOVUDINE
- TDF: TENOFOVIR
- FTC : EMTRICITABINE
- 3TC : LAMIVUDINE

INNTI: inhibiteurs non nucléosidiques de la transcriptase inverse

- NVP : NEVIRAPINE
- EFV : EFAVIRENZ

IP: inhibiteurs des protéases

Hb: hémoglobine

NFS: numération formule sanguine

OMS: organisation mondiale de la santé

ONUSIDA: organisation des nations unies sur le VIH/SIDA

PDV : perdu de vue

PEC: prise en charge

PNUD: programme des Nations Unies pour le développement

PVVIH: personne vivant avec le VIH

PTME: prévention de la transmission mère-enfant

RCA : République Centrafricaine

SIDA : syndrome de l'immunodéficience acquise

VHB : virus de l'hépatite B

VHC : virus de l'hépatite C

VIH : virus de l'immunodéficience humaine

1. INTRODUCTION

1.1. La République centrafricaine

1.1.1. Données géographiques et démographiques

La République centrafricaine est, comme son nom l'indique, un pays de l'Afrique centrale. C'est un pays enclavé, sans accès à la mer, entouré par le Cameroun à l'ouest, le Tchad au nord, le Soudan au nord-est, la République Démocratique du Congo et le Congo au sud. Il s'étend sur une superficie de 623 984 km². L'essentiel de la frontière sud du pays est marquée par le fleuve Oubangui. La partie nord du pays constitue le haut bassin du fleuve Chari. Ce sont ces deux fleuves qui donnèrent son nom de colonie « Oubangui-chari » au pays alors sous domination française.



Figure 1 : La République Centrafricaine

La population est estimée par l'OMS en 2009 à 4 401 000 [1], soit une densité 7,22 hab/km². La Population vit surtout en zone rurale (62,3%). La capitale est Bangui avec 622 771 habitants. Les langues officielles sont le français et le sango.



Figure 2 : « Bangui la coquette » capitale de la République Centrafricaine

La population est constituée d'une mosaïque ethnique avec 9 principaux groupes qui cohabitent dans un pacifisme relatif. On distingue :

- Les gens de la savane : Banda, Gbaya, Mbum, Peuhl-Mbororo, Sara
- Les gens du fleuve : Ngbandi, Nzakara-Zandé, Oubangiens
- Les gens de la forêt : Bantous

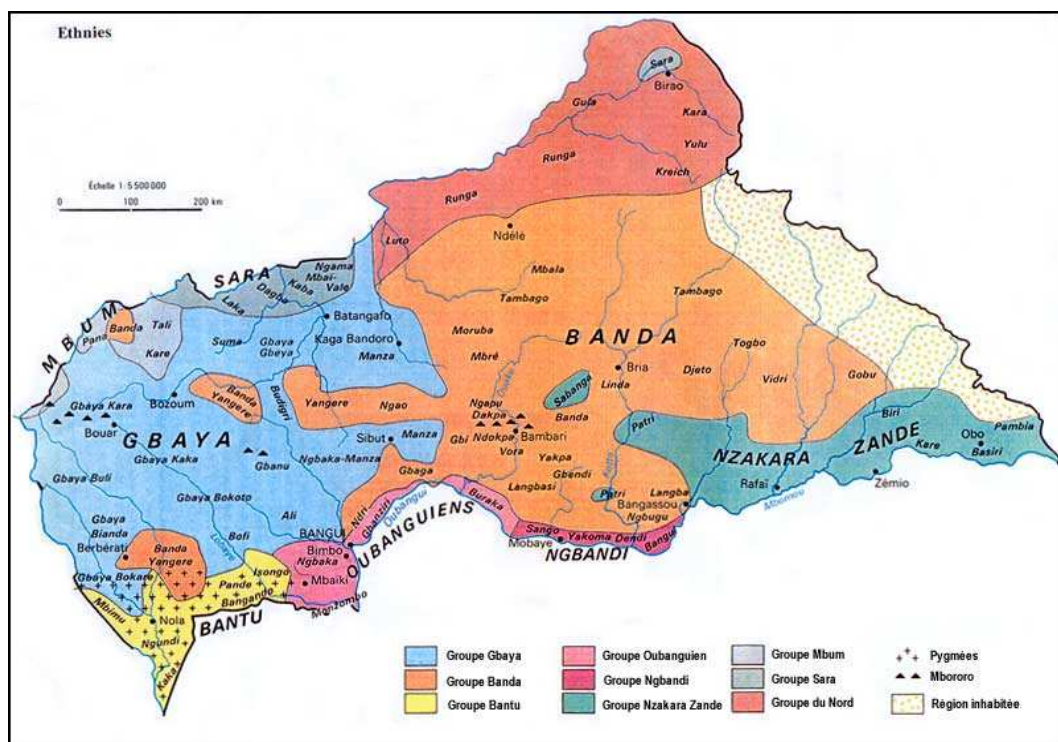


Figure 3 : Les principales ethnies en République Centrafricaine

1.1.2. Situation politique

Depuis la proclamation de l'indépendance de la République Centrafricaine en 1958, le pays est secoué par des séries de crises militaro-politiques avec une succession de coups d'Etat aboutissant à un climat permanent d'instabilité et d'insécurité.

Les tensions atteignent leur paroxysme entre 1996 et 2003, ayant pour conséquence une destruction massive du faible tissu économique, des dégâts matériels importants, ainsi que des pertes considérables en vies humaines. C'est dans ce contexte que le général François Bozizé réussit, avec l'aide de militaires et miliciens tchadiens un coup d'État le 15 mars 2003.

Toutefois, une élection présidentielle multipartite a finalement lieu le 13 mars 2005, après plusieurs reports. C'est Bozizé qui est élu avec 64,4 % des voix dans des conditions de transparence considérées comme satisfaisantes par la communauté internationale. Bien que la prise de pouvoir par les armes et le renversement d'une démocratie restent condamnées par la communauté internationale, Bozizé a instauré rapidement un gouvernement d'unité nationale, prôné la réconciliation et fixé un calendrier électoral. Les signaux positifs étaient encourageants tant sur la scène régionale (médiation entre le Tchad et le Soudan) que sur la scène internationale avec une ouverture à des partenariats politiques et économiques (Chine, Libye, Afrique du Sud...)

Cependant, l'insécurité ne cesse de croître, surtout dans la moitié nord du pays où des troupes rebelles et des coupeurs de routes s'en prennent à la population. Le nombre de réfugiés centrafricains dans les pays frontaliers, notamment au Tchad, ne cesse de croître.

Le MINURCAT (Mission des Nations Unies en Centrafrique et au Tchad) et le détachement de l'armée française nommé « Boalli » ont pour mission de sécuriser les zones à risque.

1.1.3. Situation économique

Pour l'instant sinistrée, l'économie centrafricaine repose cependant sur un potentiel naturel énorme : forêts denses, terres fertiles, pétrole, uranium, or, diamant, fer, zinc, calcaire et cuivre.

Selon le dernier rapport de 2011 du PNUD [2] sur le développement, la République centrafricaine se classe au 179ème rang sur 181 pays considérés. C'est plus de 70% de la population qui vit en dessous du seuil de pauvreté (moins d'1 dollar par jour) [1].

D'après le rapport du FMI en 2010, la croissance économique de la République Centrafricaine est faible depuis la période post conflit (depuis 2004). Après des années de baisse, le revenu par habitant a amorcé une très discrète remontée, qui reste très fragile compte tenu des séries de chocs depuis 2008 (fourniture d'électricité irrégulière, insécurité sur les grands axes, hausse des prix des produits de base importés et récession mondiale). Le PIB par habitant en 2010 est de 468 \$ [3].

1.1.4. Situation sanitaire

La situation sanitaire des populations est très préoccupante. Elle s'est détériorée ces dernières années et les indicateurs sont en régression depuis plusieurs années.

- **Etat de santé de la population**

Selon l'OMS en 2010 [4]:

- L'espérance de vie à la naissance est de 48 ans (49 ans en 1988)
- La mortalité juvénile (0-1 an) est de 106/1000 (97 en 1995)
- La mortalité infanto-juvénile (0-5ans) est de 159/1000 (157 en 1995)
- La mortalité maternelle est la plus importante au monde : 890 décès de femmes pour 100.000 naissances vivantes (683 en 1988)
- Les dépenses totales consacrées à la santé par habitant sont de 31 \$

Concernant les principales causes de morbi-mortalité, les maladies infectieuses et transmissibles représentent, de loin, la première cause ; les trois principales étant :

- Le VIH/SIDA qui est en passe de devenir la première cause de morbi-mortalité
- La tuberculose, pour laquelle la situation devient préoccupante à cause de la forte prévalence du VIH/SIDA et du fort taux de résistance du Bacille de Koch aux antituberculeux.
- Le paludisme, qui touche 37,7% de la population d'après le rapport National de Paludisme de 2004 [5].

Suivent ensuite les maladies menaçant la survie de l'enfant : les maladies diarrhéiques, les infections respiratoires aiguës, les maladies du Programme Elargi de Vaccination (rougeole, tétanos, poliomyélite, coqueluche, fièvre jaune, diphtérie) et la malnutrition.

Enfin, on retrouve dans les principales causes de morbi-mortalité les endémies tropicales dont certaines sont qualifiées de « négligées » : trypanosomiase (maladie du sommeil), maladies cécitantes (onchocercose, trachome), bilharzioses, filarioses, helminthiases, lèpre, ulcère de Buruli, loases.

Par ailleurs, certaines affections non transmissibles font l'objet d'une attention nouvelle : hypertension artérielle, cancers, maladies mentales, diabète, obésité, drépanocytose...

- **Offre de soin dans le secteur publique**

La faible performance du système de santé est liée au manque de ressources adéquates et à une insuffisance de gouvernance (mauvaise organisation et gestion des services, mauvaise répartition des ressources, etc.). Les dépenses consacrées à la santé représentent seulement 4,0 % du PIB [1].

Infrastructures, équipements :

Dans le secteur public les locaux sont vétustes, les plateaux techniques et les équipements sont très insuffisants : quasiment plus de radiographie opérationnelle à Bangui, un échographe pour tout Bangui en obstétrique dans le secteur public. Aucun scanner disponible en RCA. Il convient de préciser que des dégradations et des pillages des structures sanitaires ont eu lieu pendant les conflits armés. La propreté et l'hygiène sont insuffisantes. L'accès aux médicaments est satisfaisant à Bangui, mais insuffisant en province.

On dénombre 669 structures de santé publique [2]:

- 4 hôpitaux centraux à Bangui,
- 5 centres hospitaliers universitaires régionaux,
- 11 hôpitaux préfectoraux,
- 235 centres de santé
- 330 postes de santé.

Les ressources humaines pour la santé:

Selon le Plan National de Développement, en 2010 l'effectif du personnel de santé du secteur publique est de 3.394 agents toutes catégories confondues. Aucune donnée n'est disponible concernant le personnel de santé lucratif ainsi que ceux des organismes caritatifs.

Ainsi on dénombre sur tout le territoire:

- Seulement 137 médecins généralistes
- 10 médecins spécialistes
- 5 chirurgiens dentistes
- 1 pharmacien
- 203 sages femmes,
- 61 techniciens supérieurs de santé,
- 238 infirmiers diplômés d'état,
- 42 techniciens supérieurs de laboratoire

De nombreuses spécialités médicales ou chirurgicales ne sont pas représentées

Au total :

L'ensemble aboutit à une qualité des soins médiocre. La pauvreté générale limite gravement l'accès aux soins et représente un facteur déterminant de la mauvaise santé de la population.

- **L'aide extérieure**

Le financement du secteur reste fortement dépendant de l'aide extérieure (85% entre 2002 et 2007) : [6]

- Le Fonds Mondial SIDA Tuberculose Paludisme :
 - 2004 - 2010 : 61 millions de \$
 - 2009 – 2014 : 44 millions de \$
- Le système des Nations Unies : 2008 – 2011 : 40 millions de \$
- L'Union Européenne : 2008 – 2012 : 9,5 millions d'euros
- L'Agence Française de développement : 2007 – 2011 : 6 millions d'euros
- La BADEA : 2007 – 2009 : 3,3 millions de \$
- La Banque Mondiale : 2007 – 2010 : 7 millions de \$
- Le GAVI : 2008 - 2011 : 3,1 millions de \$
- ESTHER : 2006 – 2009 : 850.000 euros
- UNITAID ESTHER : 2009 – 2010 : 2 millions d'euros
- La Croix-Rouge Française : 2006 – 2009 : 2,5 millions d'euros
- La Chine (réhabilitation de l'hôpital de l'amitié) depuis 2008 : 6 millions d'euros

1.1.5. Aspects culturels

- Education

En principe, la scolarité est obligatoire de 6 à 14 ans. Mais le système éducatif centrafricain est déplorable faute de moyens alloués à l'éducation nationale. En 2008, le taux d'alphabétisation était de seulement 44% [7].

- Religion

La RCA est un pays chrétien à dominante protestante (protestants: 51% et catholiques: 29%). Les musulmans représentent 11% de la population.

Les églises se multiplient dans le pays sans aucun contrôle, laissant portes ouvertes à de nombreuses sectes chrétiennes installées dans beaucoup de pays d'Afrique.

- Sexualité et place de la femme en RCA

Bien que l'excision et l'infibulation soient officiellement interdites par la loi, on estime que 43% des femmes en sont victimes [8].

La polygamie est légale. Elle est surtout pratiquée dans les zones rurales.

Les mariages sont cependant rares ou tardifs car seul le mariage coutumier a une importance et la dot, de rigueur, est un frein à l'union. La vie maritale avec relations extra-conjugales est la règle en RCA.

Les violences domestiques sont communes mais restent difficiles à quantifier.

La prostitution des femmes est courante. C'est un phénomène en hausse.

Beaucoup d'adolescentes ont des rapports sexuels contre une gratification financière ou des cadeaux. L'activité sexuelle devient alors une stratégie de survie, un moyen de se mettre à l'abri du besoin matériel. On constate une multiplicité des partenaires pour accroître les avantages financiers. Dans l'étude de Kobelembi en 2005 [10], ce sont 47 % des jeunes femmes qui affirment avoir plusieurs partenaires afin de satisfaire leurs besoins financiers.

Le début de la sexualité est souvent précoce. Le préservatif est largement sous-utilisé : ce phénomène ne s'explique pas uniquement par son coût ou sa faible disponibilité dans le pays (notamment dans les zones rurales) mais aussi par l'image qu'il véhicule. L'utilisation du préservatif est source de préjugés comme le souligne Kobelembi : il réduit le plaisir sexuel et est une menace de rupture dans un couple. En effet, dans une relation l'exigence du port du préservatif est source d'accusation et de suspicion.

- Sorcellerie

La sorcellerie fait partie du quotidien en RCA. On explique les décès, les maladies, les accidents par un mauvais sort. Les centrafricains consultent un sorcier ou un guérisseur comme on consulte un médecin. Le niveau d'éducation et même une formation scientifique n'occultent pas ces croyances. Aucune institution (médecine, justice, politique) n'échappe à ces pratiques.

1.2. L'épidémie du VIH

1.2.1. Situation sur le plan international

En 2011, l'ONUSIDA [10] a estimé à 34 millions le nombre de personnes vivant avec le VIH/sida (contre 20 millions en 1995). Ce nombre continue de progresser compte tenu de l'allongement de la survie grâce aux ARV et compte tenu des nouvelles infections.

L'Afrique Subsaharienne est la partie du monde la plus touchée avec :

- 23,5 millions de personnes contaminées soit 69% des personnes vivant avec le VIH
- 1,8 millions de nouvelles infections par an

- 1,2 millions de décès liés au sida par an, soit 71% des décès liés au sida dans le monde

Cependant, le dernier rapport montre qu'une accélération sans précédent de la riposte contre le sida génère des résultats au profit des personnes. En effet, le nombre de nouvelles infections a été réduit de 50% dans 25 pays à revenu faible ou intermédiaire. Par ailleurs, en Afrique Subsaharienne, le nombre des décès liés au sida a diminué d'un tiers en 6 ans et le nombre de personnes sous traitement antirétroviral a augmenté de 59% en l'espace de 2 ans.

Même si des progrès importants ont été réalisés ces dernières années en matière de prévention et de diminution du nombre de décès, cette épidémie demeure une priorité sanitaire mondiale majeure.

Dans les pays les plus lourdement touchés, l'impact du sida ne se limite pas à une crise sanitaire. L'impact est aussi démographique, social et économique. Il bouleverse l'ensemble des secteurs de la société.

Le nombre de personnes ayant accès au traitement antirétroviral ne cesse de croître (21% d'augmentation en un an), le taux de couverture dépasse pour la première année les 50%, et l'accès aux ARV dans les pays du Sud est désormais acquis. Mais le combat n'est pas terminé d'autant que la situation financière internationale laisse planer de lourdes inquiétudes sur la pérennité des engagements d'Etat.

1.2.2. Situation en République Centrafricaine

La République Centrafricaine est l'un des pays les plus touchés en Afrique centrale. Selon l'ONUSIDA [11], en 2011, le nombre de personnes vivant avec le VIH en RCA est estimé à plus de 130 000 dont 110 000 adultes de plus de 15 ans, soit une prévalence de 4,9%. Ce taux confirme la stabilisation de l'épidémie et la tendance à la baisse de la séroprévalence. En effet, la RCA fait partie des pays ayant présenté une baisse de plus de 50% de l'incidence en 10 ans (entre 2001 et 2011). Le nombre de nouvelles infections tous âges confondus est estimé à 8 200 en 2011.

On estime à 10 000 le nombre de décès par an lié au VIH/sida. Ce chiffre a baissé de plus de 31% en 10 ans (entre 2001 et 2011).

Par ailleurs, le nombre de personnes nécessitant un traitement ARV est estimé à 64 000 et le nombre de patients bénéficiant d'un traitement ARV en 2011 à 14 400, soit une couverture de 22% (3% en 2004).

1.3. Prise en charge du PVVIH en République Centrafricaine : exemple du CTA de Bangui

1.3.1. Infrastructures et personnel

La prise en charge des PVVIH se fait dans des structures publiques, privées et confessionnelles.

On distingue :

- les sites de suivi représentés par les postes de santé et les réseaux associatifs.

Leurs missions sont :

- Le dépistage et conseil de l'infection à VIH ;
- La prise en charge psychologique ;
- La prophylaxie des principales infections opportunistes ;
- Le diagnostic et le traitement des infections opportunistes non sévères ;
- La continuité des soins et l'accompagnement à l'observance ;
- La prise en charge nutritionnelle.

- les sites de prescription et de distribution représentés par les centres de santé, les hôpitaux, les centres de traitement ambulatoire et les cliniques.

Un centre de prescription et de dispensation doit avoir au moins :

- un médecin ou un Infirmier Diplôme d'Etat ou une Sage-femme, formé à la prescription et à la dispensation des antirétroviraux ;
- des travailleurs sociaux, des conseillers ou des membres d'associations des PVVIH formés au counseling et à l'éducation thérapeutique;
- un laborantin ;
- un réseau de médiateurs communautaires pour la continuité des soins.

Seules les structures disposant d'au moins un médecin sont autorisées à prescrire les ARV de 2^{ième} et/ou 3^{ième} ligne selon le niveau de la formation sanitaire. Les structures ne disposant pas de médecin sont autorisées à ne prescrire que les ARV de 1^{ère} ligne.

Exemple du Centre de Traitement Ambulatoire (CTA) de Bangui : site de prescription et de distribution. Il s'apparente à un service hospitalier spécialisé dans l'infection à VIH, avec une prise en charge globale du patient allant du dépistage, à la prise en charge psychologique, sociale, médicale, et à l'appui nutritionnel. C'est la structure de référence en RCA. Initialement financé par la Croix-Rouge et l'Union Européenne (de 2005 à 2008), le CTA est désormais appuyé par la subvention du Fonds Mondial de Lutte contre le Sida, la Tuberculose, et le Paludisme ainsi que par la Mairie de Paris à travers la Croix-Rouge française.

Fin 2011, c'est plus de 7523 personnes qui ont été dépistées (4437 résultats positifs) et 2704 inscrits au CTA depuis son ouverture en 2006 [12].



Figure 4 : le CTA de l'hôpital communautaire de Bangui

L'accueil des patients est réalisé par les APS (Accompagnateurs psychosociaux) qui orientent le patient dans les différents secteurs du service et qui gèrent l'archivage des dossiers.



Figure 5 : 1^{ère} salle d'attente du CTA



Figure 6 : accueil des patients par l'APS

C'est l'équipe psycho-sociale composée d'un psychologue et de deux assistantes sociales qui gère le dépistage et l'annonce des résultats. Si le résultat s'avère positif, une inscription au CTA est proposée contre une somme de 1500 FCFA. L'équipe gère aussi par la suite les entretiens d'éducation thérapeutique (ETP) et le renforcement d'observance si la mise sous ARV est nécessaire.

L'équipe du laboratoire est composée de 4 techniciens qui assurent les prélèvements et la réalisation des examens biologiques.

L'équipe médicale est composée de 3 médecins généralistes chargés des suivis en consultation. Les patients présentant des signes de gravité peuvent être pris en charge au niveau de l'hôpital de jour, qui dispose de cinq lits.

En prolongation du CTA, a été créée l'Unité Nutritionnelle et d'Information sur le VIH (UNIV) en aout 2006. L'objectif général étant d'assurer une continuité dans la prise en charge globale du patient entre la structure de soin et son environnement.

Sont proposés aux patients suivis au CTA :

- Des activités d'éducation nutritionnelle, des repas communautaires (trois fois par semaine), des distributions de kits alimentaires et d'aliments enrichis aux malnutris
- Des activités d'IEC (Information/Education/Communication) avec une séance de groupe de parole
- Des visites à domicile par un réseau de 30 volontaires de la CRCA formés et expérimentés.
- Des AGR (Activités génératrices de revenu) : l'UNIV pour réduire la précarité des personnes atteintes par le VIH fournit une aide à la création d'activité qui leur procure des revenus réguliers (formation informatique, de couture, distribution de machines à coudre)



Figure 7 : équipe de l'UNIV

Figure 8 : repas communautaire

1.3.2. Bilan initial

D'après les directives nationales de RCA pour la prise en charge par les antirétroviraux [13] :

L'examen clinique doit être complet afin de classer le patient dans le stade OMS.

Il doit comprendre :

- la mesure du poids, de la taille et le calcul de l'indice de la masse corporelle;
- un examen systématique de tous les appareils à la recherche des infections opportunistes récentes;
- l'analyse attentive des antécédents du patient.

Le bilan biologique initial d'une personne infectée par le VIH doit comporter, chaque fois que les conditions le permettent, les examens suivants:

- Hémogramme complet
- Taux d'hémoglobine (si absence d'hémogramme)
- Comptage des CD4
- Test de grossesse chez les femmes en âge de procréer
- Glycémie à jeun
- Créatininémie
- Transaminases (ALAT)
- Cholestérol (total, HDL et LDL) et Triglycérides
- Recherche des BAAR dans les crachats
- Recherche de marqueurs hépatite B et C
- Sérologie Syphilis

Mais en pratique, faute de réactifs, le bilan initial au CTA de Bangui se limite quasiment systématiquement à un taux de CD4 et un taux d'hémoglobine. Les ruptures en réactifs en particulier pour les tests de dépistage et les CD4 sont régulières.

La charge virale n'est pas accessible compte tenu du prix.

1.3.3. Critères déterminant les indications thérapeutiques

- un taux de CD4 < 350/mm³, quel que soit le stade OMS de la maladie ;
- une co-infection VIH/TB ou VIH/Hépatites chroniques, quel que soit le taux des CD4 (Dans le cas de VIH/TB, commencer d'abord le traitement de la tuberculose et n'introduire les ARV qu'après stabilisation de l'état clinique du patient);
- Si le comptage des CD4 n'est pas possible : démarrer le traitement ARV chez tout patient au stade III et IV de l'OMS ;
- les sujets âgés de plus de 50 ans avec un taux de CD4 compris entre 350 et 500/mm³ et les patients présentant une néphropathie associée au VIH doivent être traités par les ARV.

1.3.4. Antirétroviraux disponibles

En RCA, les trois classes actuellement disponibles sont :

- Les inhibiteurs nucléosidiques de la transcriptase inverse (INTI ou IN):

utilisés en première ligne :

- Zidovudine ou AZT
- Lamivudine ou 3TC
- Stavudine3 ou D4T
- Emtricitabine ou FTC
- Tenofovir ou TDF

utilisés en deuxième ligne :

- Didanosine ou DDI
- Abacavir ou ABC

-Les inhibiteurs non nucléosidiques de la transcriptase inverse:

- Efavirenz ou EFV
- Névirapine ou NVP

-Les inhibiteurs de la protéase:

- Ritonavir 100 mg
- Indinavir 400 mg
- Lopinavir 200 mg + ritonavir 50 mg (LPV/r)

En pratique seuls les centres présents dans la capitale comme le CTA de Bangui sont livrés en ARV, et malheureusement les ruptures en ARV restent fréquentes.

2. PERDUS DE VUE

2.1. Revue de la littérature

2.1.1. Définition des PVVIH perdus de vue

Il n'y a pas de définition consensuelle. En général, le patient est considéré comme perdu de vue (PDV) quand il ne s'est pas présenté à son rendez-vous dans le délai imparti. Ce délai varie donc selon l'organisation de la structure de soin et la fréquence du suivi. Ainsi selon les études il peut varier de 2 semaines [14] à 6 mois [15] après le rendez-vous.

L'OMS, conseille de considérer PDV, les patients qui ont manqué un rendez-vous depuis plus de 3 mois.

Dans le dernier rapport Yéni [16], la définition du patient VIH PDV varie en fonction de sa prise en charge :

- pour un patient sous traitement ARV, il est considéré comme perdu de vue au-delà de 6 mois (180 jours) d'interruption de suivi médical;
- pour un patient non traité, deux sous-groupes sont définis selon le taux de CD4 :
 - o pour un patient dont le taux de CD4 est inférieur à 500/mm³, il est considéré perdu de vue au-delà de 6 mois de non suivi médical,
 - o pour un patient dont le taux de CD4 est supérieur ou égal à 500/mm³, il est considéré perdu de vue au-delà d'un an de non suivi médical.

2.1.2. Proportion des perdus de vue

Les pertes précoces de patients sont de plus en plus fréquentes avec l'agrandissement des programmes et le nombre croissant des patients sous ARV [17]. L'augmentation de la taille des cohortes s'est parfois fait au détriment de la qualité de la prise en charge [18].

Le taux de PDV varie énormément en fonction du lieu d'étude, mettant en exergue les disparités de système de soin et les problématiques propres à chaque pays. Pour exemple, en France, la FDPH estimait en 2000 un taux de PDV de 8,5 % [19]; dans l'étude de Geng en 2008 en Ouganda c'est 22,9% [15]; dans l'étude d'Hochgesang au Malawi en 2006 c'est 48% [14] ; dans l'étude de Dalal en 2008 en Afrique du Sud c'est 16,4% [20].

Par ailleurs, la quantification du nombre de PDV dans une file active se heurte à la question de la définition. Une étude réalisée en Afrique du sud souligne la variabilité du taux de perdus de vue en fonction de la définition utilisée. La méthode la plus conservatrice donnait 14,4% de PDV à M12 contre 8,8% pour la moins conservatrice [21].

D'autre part on trouve parmi ces PDV de nombreux « faux perdus de vue » : patients décédés ou suivis dans un autre centre.

La méta-analyse de Brinkhof [17] montre que 40 % des PDV sont en réalité décédés : dans l'étude de Yu en 2007 au Malawi c'est 69 % des PDV qui sont en réalité décédés [22],

dans l'étude de Maskew en 2007 en Afrique du Sud c'est 27% [23], dans l'étude de Muwanga en Uganda c'est 43% [24].

Une part importante des patients PDV est suivie dans un autre centre, 35% dans l'étude de Yu, 12% dans l'étude de Maskew, 17% dans l'étude de Muwanga.

Ainsi, l'évaluation de l'importance des PDV dans la fille active se trouve biaisée alors que la quantification des PDV est fondamentale pour l'évaluation des programmes, dont l'exactitude est cruciale dans un contexte de financements internationaux basés sur les résultats.

2.1.3. Facteurs associés aux perdus de vue

Dans la littérature on retrouve essentiellement des études centrées sur les déterminants individuels sous-jacents à la rupture du suivi. Mais comme le souligne Carillon S dans son étude au Mali [25], les logiques sous-jacentes aux ruptures de suivi sont à rechercher autour de 3 grands axes : l'axe individuel (facteurs socio-économiques et culturels, l'environnement et le vécu de la maladie), l'axe de la relation soignant-soigné et l'axe des contraintes structurelles

- Les facteurs individuels

Ainsi dans la littérature on retrouve:

- les facteurs socio-économiques et culturels :
 - le jeune âge [26-27-28]
 - les femmes [29]
 - les étrangers et les minorités ethniques [19-28-29]
 - le bas niveau d'éducation [26-28]
 - les faibles ressources [19-22-23-30]

Bien que le diagnostic, le traitement ARV et le traitement des infections opportunistes soient souvent gratuits, la gestion des effets indésirables et le déplacement sont rarement pris en compte. Ces composantes indispensables dans une prise en charge représentent en réalité 50 à 75 % des dépenses des ménages liés au VIH/sida [31-32]

- la consommation de drogues [19]

- les facteurs liés au vécu, à l'évolution de la maladie et son acceptation :
 - la première année de suivi [19]
 - un stade évolué [20-30]
 - les effets secondaires des ARV [20-26]

- Les facteurs liés à la relation soignant-soigné

Dans les pays sous-développés, les ruptures de suivi des PVVIH sont aussi le reflet de la difficulté des soignants d'adapter leur pratique à la chronicité de l'infection. La relation soignant-soigné reste basée sur une relation paternaliste. Les soignants sont pour l'instant réticents à opérer le passage vers une relation contractuelle, proche de la coopération entre soignants et soignés.

Les discours injonctifs, les remontrances et attitudes moralisatrices participent d'autant plus au renforcement de l'asymétrie de la relation et donc à la restriction de l'espace de dialogue. Le patient ne s'approprie pas sa maladie, il reste passif, augmentant ainsi le risque de rupture. [25]

- Les facteurs liés aux contraintes structurelles et au parcours de soin :

Les centres de prescription restent peu nombreux dans les pays sous-développés, la distance à parcourir est souvent longue et les difficultés liées aux transports sont autant de facteurs propices aux ruptures de suivi [30]. Le manque de ressources humaines et le nombre croissant de patients entraînent une surcharge du travail des soignants. Ainsi, les consultations sont écourtées avec une standardisation des messages, et le parcours de soin s'apparente à un parcours du combattant avec une attente prolongée, source de rupture [33]. Dans ces conditions, un suivi médical optimal est souvent difficile.

2.1.4. Conclusion

L'interruption de suivi chez les patients VIH est un phénomène complexe, plurifactoriel. Cet acte est rarement un acte volontaire, il est très souvent la conséquence de difficultés majeures dans le quotidien. C'est un acte à l'issue souvent désastreuse, et qui décourage aussi les soignants.

Par ailleurs, le phénomène « perdu de vue » ne dépend pas seulement du patient, mais aussi de la relation soignant-soigné, de la structure, de l'offre et de la politique de soins.

2.2. Perdus de vue au CTA de Bangui

Au CTA, la définition du PDV se rapproche de celle du dernier rapport Yéni [16] :

- le patient sous traitement ARV, est considéré comme PDV au-delà de 6 mois (180 jours) d'interruption de suivi médical;
- le patient non traité est considéré comme PDV au delà d'un an d'interruption de suivi

Fin 2011, sur les 2654 patients qui se sont inscrits au CTA, on estime [12]:

- la file active à 1527 patients,

- le nombre de patients PDV à 695,
- le nombre de patients décédés à 432.

Sur la période de juillet à décembre 2011, c'est 53 nouveaux PDV qui ont été comptabilisés. Depuis 2011, devant l'ampleur du phénomène, les efforts ont été décuplés pour détecter au plus vite les patients PDV. Grâce au travail des volontaires de la Croix-Rouge et des psychologues (appels téléphoniques et visites à domicile), ce sont 46 patients qui ont été récupérés.

3. METHODE

3.1. Objectif de l'étude

L'objectif de l'étude est de comprendre les mécanismes qui sous-tendent les ruptures de suivi des PVVIH.

3.2. Population d'étude

Les sujets inclus dans l'étude étaient les patients âgés de plus de 18 ans, inscrits au CTA de l'hôpital communautaire de Bangui, traités par ARV et ayant été PDV au-delà de 6 mois (180 jours) d'interruption de suivi médical au CTA. Compte tenu des difficultés de terrain, seul les patients PDV revenus spontanément ont été inclus. Cela regroupait à la fois les PDV ayant déjà repris leur suivi avant le début de l'étude et les PDV revenus dans le circuit de soins au moment de l'étude.

Le recrutement s'est effectué du 3 février 2012 au 03 mai 2012 dans l'ensemble des unités du CTA de Bangui en République Centrafricaine.

3.3. Echantillonnage

Le suivi des patients au CTA s'effectue à l'aide du logiciel SANTIA. Chaque patient possède un dossier SANTIA avec un numéro d'anonymat. Chaque passage du patient est notifié dans le dossier avec la date et le motif de consultation.

Nous avons pu lister avec l'aide de l'informaticien du CTA, l'ensemble des patients sous ARV et PDV ou ayant été PDV au sein du CTA de Bangui par leur numéro SANTIA. Selon notre définition: 422 étaient toujours PDV et 351 avaient été PDV mais réapparus.

La liste des numéros des patients PDV a été remise à l'ensemble des unités : accueil, pôle psycho-social, UNIV, pharmacie ainsi qu'à l'ensemble des médecins afin de pouvoir les détecter.

Tous les patients passent normalement au niveau de l'accueil où ils sont enregistrés. Il était alors possible pour les APS de comparer chaque numéro du registre avec la liste des numéros de patients PDV.

3.4. Recueil des données

L'étude combine à la fois un recueil de données par questionnaire auprès de PVVIH perdus de vue et une observation de la prise en charge au CTA de Bangui.

Le questionnaire a été élaboré par l'ensemble de l'équipe du CTA. Ce questionnaire cherchait à évaluer le statut socio-économique du patient, la perception de leur maladie et de leur prise en charge au CTA. La majorité des questions posées étaient des questions fermées. Seules quelques questions sont restées ouvertes afin de laisser le patient

s'exprimer sur ses difficultés quotidiennes et les motifs de sa rupture de suivi. Le questionnaire était rédigé en français.

L'investigateur était l'interne de médecine générale de 5ème semestre en poste au CTA de Bangui de novembre 2011 à mai 2012. Pour les patients ne parlant pas Français, l'interne faisait appel aux APS pour la traduction.

3.5. Analyse des données

Description épidémiologique : utilisation du logiciel Epi Data pour la saisie des données et le calcul des fréquences.

3.6. Aspects éthiques

Seuls les numéros des dossiers SANTIA ont été utilisés afin de garantir l'anonymat des patients.

Par ailleurs une information adaptée a été préalablement fournie aux patients et leur consentement écrit a été recueilli.

4. RESULTATS

4.1. Résultats de l'échantillonnage

Sur la période du 3 février au 3 mai 2012, 36 patients PDV ou anciennement PDV se sont présentés au CTA. Sur ces 36 patients, 31 ont été repérés et ont accepté de participer à l'étude. 4 patients n'ont malheureusement pas été détectés lors de leur passage au CTA et 1 patient a refusé de participer à l'étude.

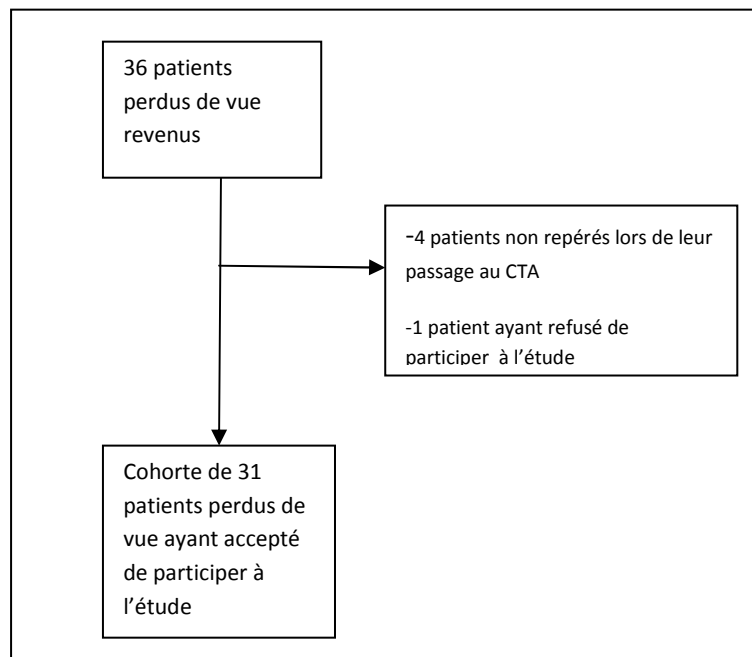


Figure 9 : résumé de l'échantillonnage

4.2. Analyse descriptive des déterminants individuels

4.2.1. Données socio-démographiques et économiques

- Sexe

Sur les 31 patients ; 6 étaient des hommes (19%) et 25 des femmes (81%)

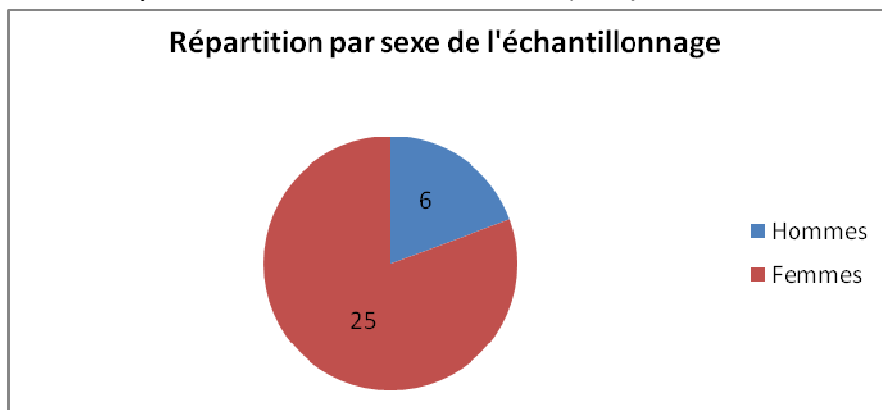


Figure10 : répartition par sexe de la population étudiée

- Age

La moyenne d'âge des patients PDV était de 37,5 ans au moment de l'étude, l'âge allant de 25 à 54 ans.

Répartition par âge lors de l'interruption de suivi	Effectif	Pourcentage
≤29ans	8	26
[30-39] ans	14	45
[40-49] ans	6	19
≥49 ans	3	10

Tableau 2: répartition par âge de la population étudiée

- Nationalité :

Sur les 31 patients, 30 patients étaient de nationalité centrafricaine et un seul patient était de nationalité étrangère (togolaise).

- Niveau d'éducation :

Sur les 31 patients, seulement 18 patients avaient eu accès aux études secondaires. 7 patients ne parlaient pas le français et ont nécessité le recours d'un membre du CTA (APS) pour la traduction.

Niveau de scolarité	Effectif	Pourcentage
Non scolarisé	2	6
Primaire	11	36
1 ^{er} cycle	12	39
2 ^{ème} cycle	3	10
Etudes supérieures	2	6
Non renseigné	1	3

Tableau 3: répartition par niveau scolaire de la population étudiée

- Emploi :

Sur les 31 patients interrogés, 14 déclaraient un emploi (45%) les 17 autres étaient sans emploi (55%)

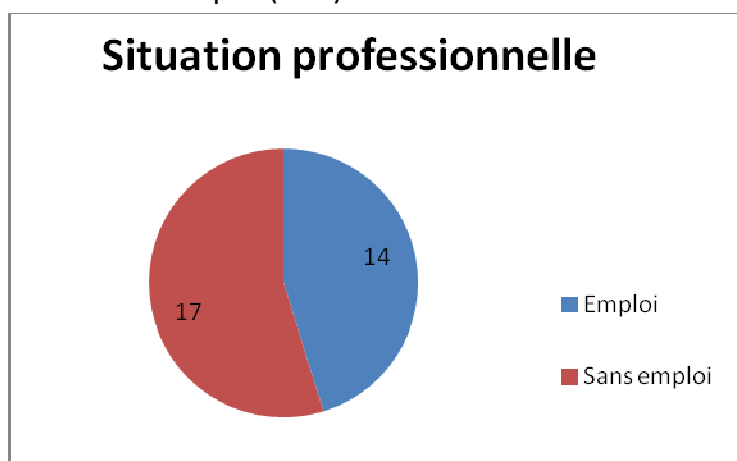


Figure 11 : répartition par situation professionnelle de la population étudiée

Sur les 14 patients qui déclaraient un emploi, 2 exprimaient des difficultés pour s'absenter du travail pour venir au CTA.

- Protection sociale :
Aucun des patients interrogés n'avait de protection sociale.
- Situation familiale :
9 patients étaient veufs ; 4 divorcés, 7 célibataires ; 1 marié et 10 en union libre.
6 patients n'avaient aucune personne à charge à domicile, 8 patients avaient moins de 3 personnes à charge à domicile, 13 patients avaient entre 3 et 6 personnes à charge à domicile et 4 patients avaient plus de 6 personnes à charge à domicile.
8 patients exprimaient des difficultés pour faire garder les enfants pour venir au CTA.
- Habitat :
16 patients avaient un habitat stable : 8 locataires et 8 propriétaires. 14 étaient dans une situation de logement précaire (hébergement par la famille ou les amis).
1 non renseigné.
- Mode de transport habituel et distances parcourues pour venir au centre :
Les moyens de transport habituellement utilisés étaient les transports les moins coûteux. En effet : 10 patients se déplaçaient essentiellement à pied ; 15 en bus ; 5 en taxi collectif, 1 en moto. Aucun n'utilisait de voiture personnelle ou de taxi individuel.
Sur les 31 patients, 21 patients habitaient à Bangui, 8 patients parcouraient entre 10 et 50 km pour venir au centre et 1 patient parcourait plus de 50 km. 1 non renseigné.
25 patients trouvaient que le transport représentait une dépense excessive.
- Addiction
Concernant la consommation de boissons alcoolisées, 24 patients déclaraient ne jamais consommer d'alcool ; 5 patients déclaraient boire 1 fois par mois et 1 patient déclarait boire 2 à 4 fois par semaine.
Aucun patient n'avouait avoir consommé de drogues.

4.2.2. Données sur l'évolution de la maladie et leur vécu

- Mode de transmission par lequel le patient pense avoir été contaminé :

Mode de transmission	Effectif	Pourcentage
Transmission hétérosexuelle	24	77
Transmission homosexuelle	0	0
Toxicomanie	0	0
AES	3	10
Punition divine	1	3
Mauvais sort	0	0
Ne sait pas	3	10

Tableau 4: différents modes de transmission par lequel le patient pense avoir été contaminé

- Révélation à l'entourage
23 patients avaient partagé l'information avec au moins une personne de leur entourage. 7 patients n'ont jamais révélé leur séropositivité.
- Durée d'interruption du suivi
Pour 17 des patients, l'interruption de suivi dépassait un an.

Durée d'interruption de suivi	Effectif	Pourcentage
]6 mois - 1 an]	14	45
]1 an - 2 ans]	13	42
]2 ans - 3 ans]	3	10
> 3 ans	1	3

Tableau 5: structure de la population étudiée par durée d'interruption de suivi

- Durée de suivi avant la rupture

La durée moyenne de suivi avant une rupture était de 2 ans et 4 mois avec une étendue allant de 1 mois à 5 ans et 2 mois.

Durée de suivi avant la rupture	Effectif	Pourcentage
≤1an	3	10
]1 an - 3 ans]	17	55
]3 ans - 5ans]	10	32
> 5 ans	1	3

Tableau 6 : Durée de suivi avant la rupture

- Taux de CD4

Au moment du diagnostic, le taux de CD4 moyen était de 221/mm³ avec une étendue de 11 à 641/mm³.

Au moment de la rupture de suivi, le taux de CD4 moyen était de 368/mm³ avec une étendue de 102 à 778/mm³. 18 des PDV avaient une cinétique des CD4 en hausse et 8 avaient une cinétique en baisse (5 non renseignés).

Lors du retour, le taux de CD4 moyen était de 193/mm³ avec une étendue de 1 à 306/mm³. 22 patients avaient des CD4 en chute et seulement 5 patients avaient des CD4 en hausse. Sur ces 5 patients, 4 étaient suivis dans un autre centre et 1 patient se procurait les ARV par des marchés parallèles. Ils n'avaient pas eu de rupture dans leur traitement.

Patient PDV	CD4 à l'inscription	CD4 avant l'interruption	CD4 au retour
1	238	325	196
2	120	188	65
3	225	242	203
4	11	556	12
5	18	102	280
6	227	591	421
7	64	208	32
8	399	511	191
9	266	266	NR
10	161	293	34
11	61	778	7
12	334	646	435
13	384	346	311
14	373	488	217
15	247	459	162
16	252	122	13
17	221	704	282
18	366	372	60
19	307	124	287
20	103	299	125
21	47	238	1
22	641	344	287
23	142	456	NR
24	249	156	NR
25	107	294	465
26	343	200	326
27	256	539	82
28	197	197	122
29	184	512	97
30	183	183	506
31	221	666	NR
Moyenne	224	368	193

Tableau 7 : Evolution du taux de CD4

- Maladies intercurrentes déclarées dans le dossier au moment de la rupture :
La présence de maladies intercurrentes était notifiée dans 3 dossiers avant la rupture (4 dossiers non remplis, 24 dossiers remplis sans notion de maladies intercurrentes).
- Evolution du stade OMS avant la rupture de suivi :
Chez 22 patients, le stade OMS était stable avant la rupture et chez 7 patients le stade OMS se dégradait (2 non renseignés).
- Délai de mise sous traitement ARV à compter de la date d'éligibilité :
Plus d'un quart des patients débute le traitement plus de 3 mois après la date d'éligibilité.

Délai de mise sous ARV	Effectif	Pourcentage
≤ 1mois	12	39
]1 mois - 3 mois]	11	36
]3 mois - 6 mois]	5	16
]6 mois - 1an]	2	6
> 1an	1	3

Tableau 8 : délai de mise sous traitement ARV à compter de la date d'éligibilité

- Traitement ARV au moment de l'interruption
Au moment de l'interruption du suivi, tous les patients étaient en 1^{ère} ligne de traitement.
18 patients prenaient un traitement avec du D4T (11 patients étaient traités par D4T+3TC+NVP et 7 par D4T+3TC+EFV)
12 patients prenaient un traitement par AZT (11 par AZT+3TC+NVP et 1 par AZT+3TC+EFV)
1 patient prenait un traitement comprenant du Truvada

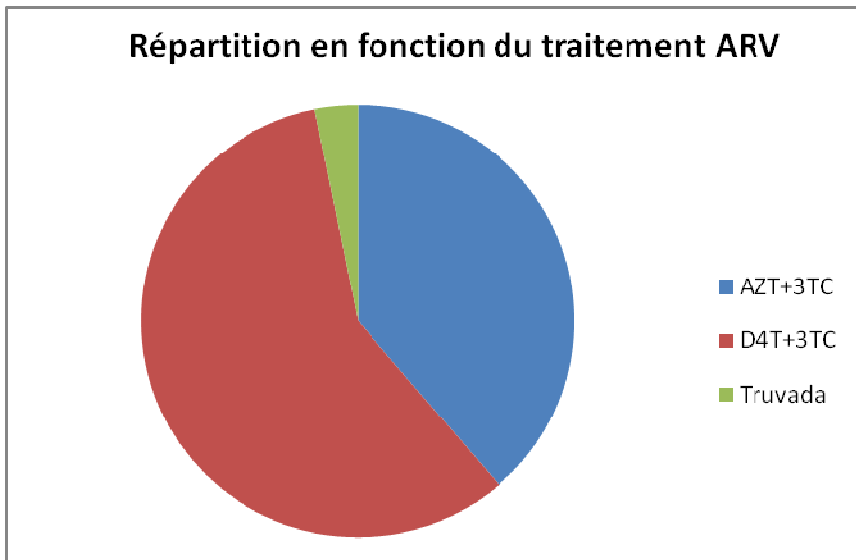


Figure 12 : répartition de la population étudiée en fonction du traitement ARV

- Motifs d'interruption de traitement évoqués :
 - A 23 reprises, le motif de déplacement était invoqué (il s'agissait pour 9 d'entre eux d'un déplacement pour raison professionnelle et pour 8 d'entre eux d'un rapprochement familial ; pour les 6 autres, le motif n'était pas renseigné)
 - 9 ont eu un suivi dans un autre centre
 - 7 avaient des difficultés familiales
 - 4 n'avaient plus les moyens financiers pour venir
 - 3 étaient trop fatigués pour se déplacer
 - 2 habitaient trop loin
 - 2 étaient en prison
 - 2 avaient peur d'être reconnus
 - 1 évoque le désir de mourir
 - 1 évoque le manque de confiance dans le CTA

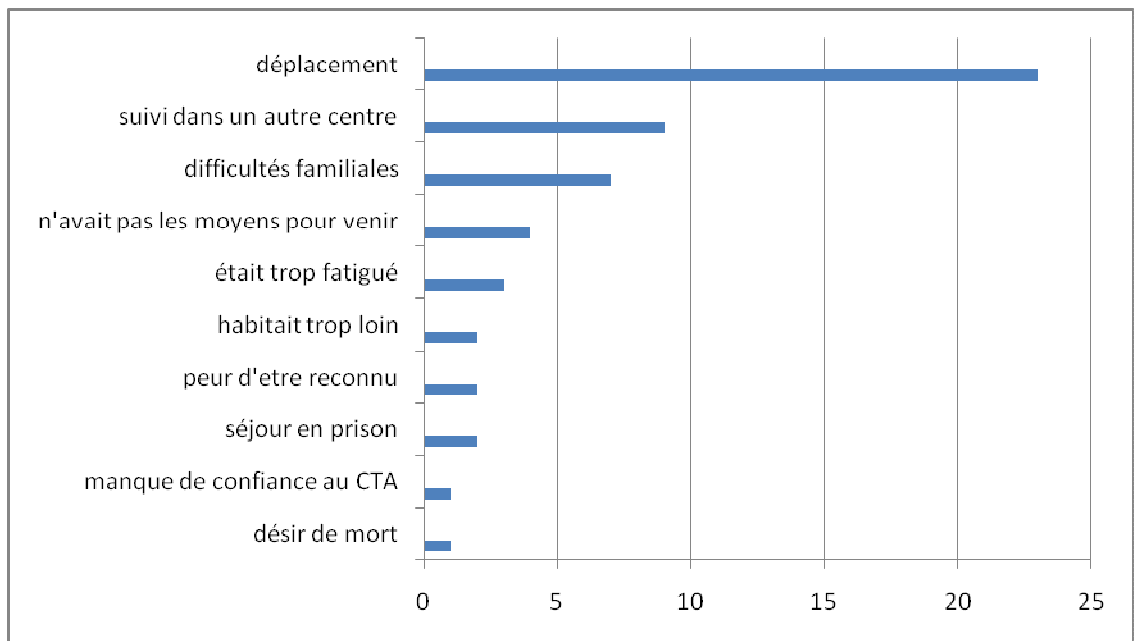


Figure 13 : Motifs de rupture de suivi selon les patients

- Motif de retour au CTA

18 patients invoquaient la fin de leur déplacement ; 13 une altération de l'état général, 2 une sortie ou une permission de prison, 1 une grossesse, 1 un décès d'un nouveau né, et 1 le non approvisionnement en ARV du centre de suivi de substitution.

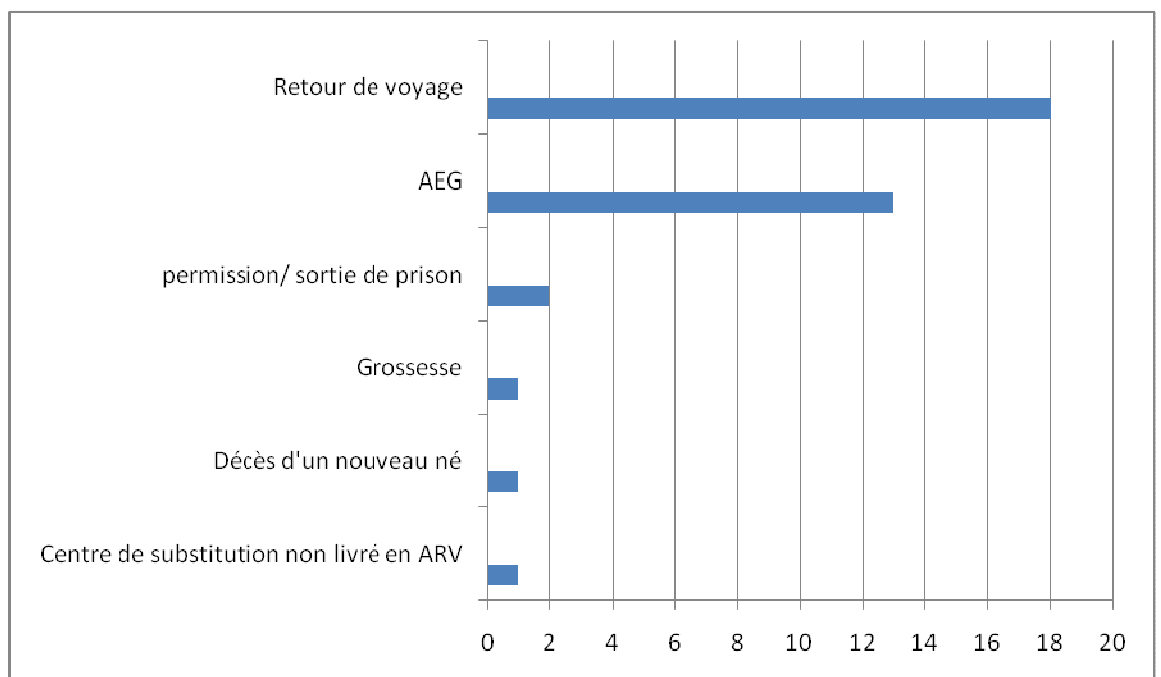


Figure 14 : Motifs de reprise du suivi au CTA selon les patient

4.3. Analyse de la relation de soin

La relation soignant-soigné était basée sur la relation paternaliste. Elle était fondamentalement inégalitaire. Le patient s'en remettait totalement à la décision du médecin. Il ne s'appropriait pas sa maladie. Il restait passif.

L'espace d'échange avec le médecin était très restreint du fait de la durée des consultations. Les patients pouvaient cependant échanger plus facilement avec les autres soignants (APS, psychologues, infirmiers...)

Les discours restaient cependant souvent moralisateurs et certains soignants avaient parfois recours à des agissements punitifs. Le patient PDV se voit montré du doigt et blâmé à son retour.

- L'accueil au CTA
26 patients trouvaient l'accueil bon, 4 moyen et 1 mauvais

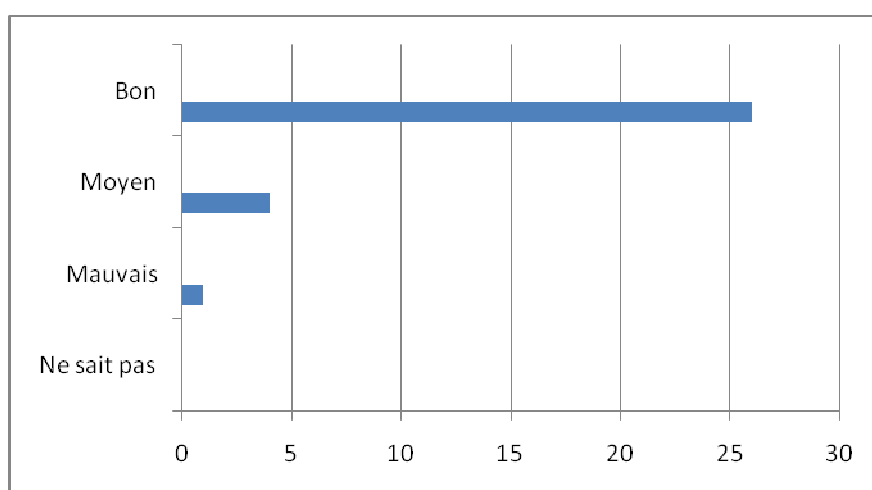


Figure 15 : qualité de l'accueil selon les patients étudiés

- La disponibilité du personnel
22 patients trouvaient le personnel disponible, 3 considéraient le personnel moyennement disponible, et 6 peu disponible. Tous les patients non satisfaits évoquaient un absentéisme important du personnel.
- Visite à domicile
8 patients avaient bénéficié d'un passage régulier à domicile de volontaires de la Croix-Rouge. Sur les 8 patients, 7 estimaient ce passage des volontaires comme un soutien.

Sur les 24 patients non visités par les volontaires, 18 exprimaient le désir d'être visités par un volontaire, 7 ne souhaitaient pas que des volontaires viennent à domicile.

4.4. Analyse sur le plan organisationnel et structurel

Les patients ont pu à travers le questionnaire s'exprimer sur :

- L'accessibilité du CTA :
 - 24 patients déclaraient avoir des difficultés pour trouver un moyen de transport jusqu'au CTA
 - 4 patients n'avaient pas de difficulté
 - 1 non renseigné

Pour 29 des patients, les horaires d'ouvertures leurs convenaient. Seulement 2 patients auraient souhaité des horaires d'ouverture plus tardifs.

- L'attente au CTA :

L'attente au CTA était considérée comme beaucoup trop longue par 11 patients ; longue par 9 patients ; normale par 10 patients et courte par 1 patient.

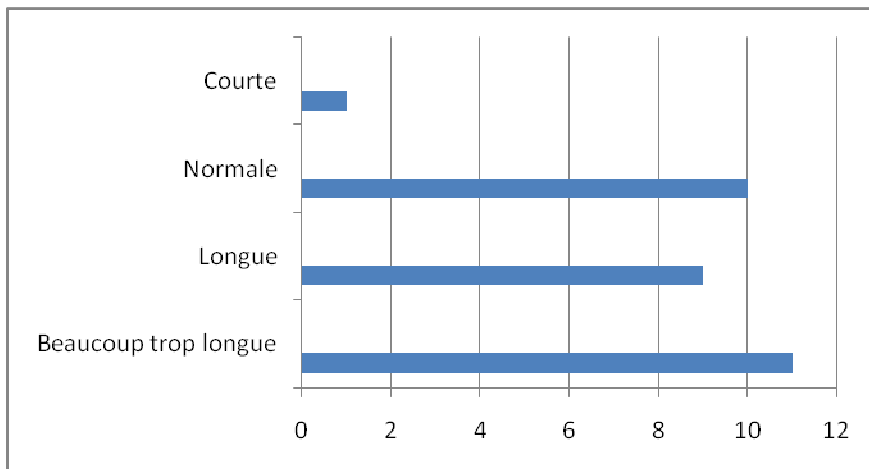


Figure 16 : ressenti des patients sur l'attente au CTA

- Stigmatisation

24 des patients PDV ne craignaient pas d'être vus au CTA, 7 patients avouaient avoir peur d'être vus au CTA.
- La fréquence des rendez-vous

Les patients doivent venir s'approvisionner tous les mois en traitement, ils sont revus par le médecin tous les 3 mois.

Pour 8 des patients, la fréquence des rendez-vous était trop contraignante, ils souhaitaient des rendez-vous plus espacés. Et pour 23 des patients PDV, la fréquence des rendez vous était bonne.

- Satisfaction de la prise en charge au CTA
29 patients étaient satisfaits de la prise en charge au CTA. 1 patient était moyennement satisfait et 1 patient mécontent.

5. DISCUSSION

5.1. Méthodologie et biais de l'étude

Le projet initial de l'étude était de réaliser l'étude sur les patients PDV et non pas seulement sur les patients PDV revenus spontanément. Il aurait fallu mobiliser pour cela un volontaire Croix-Rouge pour la traduction ainsi qu'un véhicule motorisé et un chauffeur pour retrouver et entrer en contact avec ces patients PDV. Pour des raisons budgétaires et compte tenu des problèmes de stigmatisation, nous avons rapidement abandonné cette voie. Par ailleurs, la plupart des patients ne possèdent pas de téléphone et le réseau téléphonique est plus que précaire en RCA. Il était donc impossible de retrouver les patients par ce biais. La seule possibilité était alors de réaliser l'étude sur les patients VIH PDV, spontanément revenus au CTA, créant ainsi un biais de sélection.

La durée de l'étude a été limitée. Les difficultés ont été multiples surtout à la mise en place de l'étude. La lourdeur de l'administration centrafricaine a été un véritable frein. Par ailleurs, en raison de l'instabilité politique du pays, le poste d'interne n'a pas été renouvelé empêchant la poursuite de l'étude. Le nombre de patients inclus a donc été restreint, engendrant des limites quant à l'analyse des données. Ce travail se limitait à donner des clés pour mieux comprendre les ruptures de suivi de ces 31 patients, en partageant leur vécu, leurs difficultés, leur logique. La généralisation de certaines tendances était difficile de par la taille de l'échantillon.

Le nombre restreint de patients inclus reflète les difficultés de terrain. Mener à bien un travail, dans un pays comme la République Centrafricaine, s'avère difficile.

Les dossiers sont mal tenus. En effet, la multiplicité des dossiers (papiers et informatiques) compliquent l'archivage des données. Les coupures électriques sont quotidiennes et peuvent durer plusieurs semaines empêchant l'utilisation des dossiers informatiques. Certaines données objectives n'ont donc pu être renseignées car absentes des dossiers.

Par ailleurs, la prolifération des registres rend l'analyse de certaines données difficiles. Le nombre de patients PDV listés initialement a été largement surestimé (patients décédés, dossiers informatiques non remplis sur plusieurs mois alors que les patients étaient suivis...)

Lors du recueil de données, il a fallu à plusieurs reprises avoir recours à un traducteur. C'était l'APS présent à l'accueil qui réalisait la traduction. Le patient se trouvait alors face à un membre de l'équipe du CTA. On pouvait donc suspecter une influence dans certaines réponses, notamment celles concernant l'accueil au CTA et la disponibilité du personnel soignant.

5.2. Discussion des résultats

5.2.1. Les données individuelles

Les femmes étaient majoritaires dans l'échantillon, c'est un facteur retrouvé dans la littérature. Cependant, la petite taille de notre échantillon ne permettait pas de généraliser, d'autant que les femmes sont surreprésentées au CTA (71,7% des inscrits sont des femmes). L'âge moyen des PDV inclus dans l'étude (37,5 ans) était comparable à la moyenne d'âge des inscrits au CTA (37,6 ans).

Nous retrouvions comme dans la littérature des patients avec des situations précaires, avec pour la plupart des situations familiales difficiles avec de nombreuses personnes à charge, des logements précaires, l'absence d'emploi, de protection sociale. Il découlait de ces situations économiques précaires, des difficultés pour financer le transport jusqu'au centre. Par ailleurs, ces situations économiques poussaient les patients aux déplacements pour rejoindre de la famille ou pour trouver un travail (souvent dans l'agriculture). Le traitement passait souvent au second plan, la priorité ultime étant de s'alimenter. Contraints aux déplacements, ils abandonnaient alors leur suivi et rares étaient ceux qui pouvaient être traités dans un autre centre. Ainsi la durée de rupture était souvent supérieure à un an.

Aucun patient de l'échantillon n'a avoué de consommation de drogues. Pourtant, la consommation de drogues est un véritable fléau en République Centrafricaine mais c'est aussi un sujet extrêmement tabou, car sévèrement puni par la loi. La question créait souvent une grande gêne et les résultats sont sans doute peu représentatifs. La consommation d'alcool semble aussi sous représentée.

Les patients inclus arrêtant leur suivi étaient majoritairement des patients stables au moment de la rupture avec pour la plupart des CD4 en hausse, un stade OMS stable et l'absence de maladies intercurrentes.

Contrairement aux données de la littérature, la rupture de suivi survenait pour une très grande majorité après plus d'un an.

Les effets secondaires des traitements n'ont pas été évoqués par les 31 patients comme cause de rupture de suivi. Pourtant, les effets secondaires majorés par les conditions de vie difficiles sont très fréquents chez les patients du CTA. En effet, en 2011 près de 40% des patients sont malnutris au moment de leur inscription au CTA [18] avec un métabolisme ralenti et une fonction rénale altérée. La prescription du traitement ARV n'est jamais adaptée au poids et encore moins à la fonction rénale qui n'est jamais contrôlée. On comprend alors facilement que la plupart des patients sont en surdosage.

Par ailleurs, la plupart des patients ne font qu'un seul repas dans la journée. Ce repas se compose en général d'une ration de manioc ou de riz accompagné de "feuilles". La

tolérance au traitement est moins bonne et parfois c'est l'efficacité du traitement qui peut être diminuée comme avec le Ténofovir (biodisponibilité de 25% à jeun contre 39% après un repas riche en graisse). La situation se complique encore durant les périodes de jeun imposées par de nombreuses paroisses.

L'effet secondaire le plus fréquemment rapporté est celui des neuropathies périphériques, liées principalement au D4T et favorisées par les carences nutritionnelles et vitaminiques. On note dans l'étude que 58,1% des patients étaient sous D4T avant leur rupture de suivi. Dans la file active du CTA c'est 25% des patients qui sont sous D4T [18]. Ce traitement n'est plus recommandé par l'OMS depuis 2009. En effet, l'OMS préconise de cesser l'utilisation de la Stavudine comme traitement de choix en première intention et propose des traitements moins toxiques comme l'AZT (Zidovudine) et TDF (Ténofovir). D'après les enquêtes réalisées par l'OMS, la Stavudine constituait encore en 2011 la principale option thérapeutique de première intention dans le monde.

Bien que notre étude n'ait pu mettre en exergue les difficultés liées aux effets secondaires, on peut comprendre que ces derniers soient responsables de nombreux abandons de traitement.

5.2.2. La relation soignant-soigné

C'était sans doute l'axe le moins abouti du questionnaire. En effet, le personnel soignant du CTA peu sensibilisé à la relation soignant-soigné n'avait pas souhaité développer cette partie dans le questionnaire. Ainsi, la plupart des questions sur les relations soignant-soigné ont été supprimées du questionnaire initial. Il craignait aussi peut être d'être jugé. L'étude de cet axe reposait alors essentiellement sur les données observationnelles.

La relation paternaliste pèse sur le suivi. Elle maintient le patient dans une attitude passive. Le patient s'en remet à la décision du médecin, il ne s'approprie pas sa maladie. Face aux remontrances, le patient se replie, il ne peut pas exprimer ses difficultés, ses questionnements. L'asymétrie de la relation est renforcée. L'espace de dialogue est réduit et favorise ainsi les ruptures.

Pourtant, les patients sont réellement demandeurs d'un temps de parole, comme le montre le succès de la mise en place d'un suivi par les volontaires Croix-Rouge, qui sont pour la plupart des PVVIH assidus au CTA. Les patients peuvent facilement échanger avec eux et être conseillés. C'est une réponse efficace pour lutter contre les ruptures de suivi.

Cependant, la lutte contre les ruptures de suivi au CTA ne doit pas se limiter à la mise en place de temps de parole. L'infection VIH est une maladie chronique qui impose aux soignants de repenser leurs actions. Le patient et le soignant doivent apprendre à devenir partenaire, à partager un contrat thérapeutique. Le patient doit être

accompagné dans un processus d'apprentissage, il doit jouer un rôle central dans sa prise en charge.

5.2.3. La structure

- « Le parcours du combattant »

La principale difficulté est celle de la surcharge de travail. Il en découle une attente considérable pour les patients. Le parcours de soin est un réel parcours du combattant nécessitant souvent plusieurs journées.

Les consultations ont lieu du lundi au vendredi de 07H00 à 13h00. Le laboratoire est ouvert au mêmes horaires mais les prélèvements ne s'effectuent que jusqu'à 9h30. La pharmacie est ouverte jusqu' à 15h00. Les patients doivent être présents avant l'ouverture du CTA pour pouvoir entrer dans le circuit (7h00). On comprend alors que les patients qui habitent loin doivent souvent partir de chez eux la veille.

L'attente pour voir le médecin est de plusieurs heures en général. Une fois la consultation terminée, le patient doit encore patienter plusieurs heures pour la pharmacie. Si un examen biologique lui est prescrit, il devra revenir le lendemain matin. Les patients qui habitent loin sont alors contraints de rester passer la nuit à Bangui. S'ils attendent le résultat, ils resteront encore un jour de plus. Pour finir, ils devront parcourir à pied, des dizaines de kilomètres pour rentrer chez eux, augmentant encore la durée du parcours de soin. Les absences du personnel sont par ailleurs régulières, obligeant le patient à revenir ou à rester un jour supplémentaire sur Bangui et favorisant ainsi l'abandon de suivi.

Durant les longues attentes, les conditions sont extrêmes : il fait parfois plus de 40° et les risques de transmission de maladies infectieuses contagieuses sont considérables pour ces patients immunodéprimés.

Le parcours de soin pèse réellement sur le quotidien du patient. Plusieurs patients de l'étude évoquaient leurs difficultés à faire garder leurs enfants ou à s'absenter du travail.

Toutefois, les horaires d'ouverture convenaient habituellement aux patients interrogés. Et, l'étude montrait bien que la plupart des patients étaient demandeurs d'un suivi régulier, avec des rendez-vous rapprochés. Ils étaient par ailleurs pour la plupart satisfaits du CTA.

Il est important de souligner que pour les femmes, le suivi se complique encore au moment des grossesses. Elles doivent alors être suivies en parallèle au centre PTME qui s'occupe de la prise en charge péri-partum puis post-partum. Malheureusement, aucun centre à Bangui ne permet un suivi global à la fois de la mère et de l'enfant. Les femmes doivent redoubler d'effort pour permettre à leur enfant d'être pris en charge. Certaines femmes abandonnent alors le suivi de leur enfant. Ainsi en 2011, au CTA, 42 nouvelles grossesses ont été enregistrées mais seulement 12 nourrissons ont bénéficié d'une PCR

pour le diagnostic précoce de l'infection VIH [18]. Rares sont les enfants qui bénéficient d'une prophylaxie durant toute la durée de l'allaitement.

Le problème est le même pour les patients tuberculeux qui doivent subir un nouveau parcours du combattant dans les centres de suivi de la tuberculose pour obtenir un traitement.

- « La consultation express »

Les consultations sont surchargées. En effet c'est seulement 3 médecins à temps partiel (et souvent absents) qui suivent une file active d'environ 1600 patients. Le patient voit rarement le même médecin d'une consultation à l'autre.

Les consultations sont très courtes. Un médecin voit environ 40 patients en moins de 5 heures. La prescription est standardisée, mécanique. L'examen clinique se fait rare.

Certains médecins tentent d'« optimiser » les consultations en consultant 2 patients simultanément dans la même salle d'examen. Le secret médical n'est plus respecté. Il n'y a aucune place pour le dialogue et l'examen clinique se fait encore plus rare.

- Les traitements restreints

Les ruptures d'ARV sont fréquentes, les switches de traitement sont réguliers ou les patients sont obligés de revenir quelques jours plus tard. Les ruptures totales ne sont pas rares et discréditent le discours des soignants sur l'importance de l'observance.

Si un patient présente des effets secondaires invalidants, son traitement n'est pas toujours modifié, compte tenu du choix restreint des traitements ARV et du grand nombre de ruptures. Le patient n'a souvent pas d'autres choix que de vivre avec les effets secondaires ou que d'arrêter son traitement.

- Perspectives

L'organisation du CTA doit être repensée. L'objectif étant de limiter au maximum la durée du parcours de soin.

Convoquer l'ensemble des patients avant 07h00 prolonge l'attente de plusieurs heures. Il serait facile de répartir l'arrivée des patients sur l'ensemble de la matinée, limitant ainsi l'attente et les contacts rapprochés de patients contagieux.

Le parcours de soin pourrait être réduit d'une journée pour beaucoup de patient en décalant les horaires de prélèvement au laboratoire. Les patients qui voient le médecin après 09h30 doivent pouvoir réaliser leurs examens biologiques dans la journée sans avoir à revenir.

Enfin, il est indispensable de s'orienter vers une prise en charge globale du patient. Il faut simplifier le parcours de soin notamment pour les patients VIH tuberculeux et pour les femmes enceintes ou allaitantes en centralisant les différentes prises en charge.

6. CONCLUSION

La rupture de suivi est un phénomène complexe qui résulte des interactions et des contraintes entre les 3 axes identifiés (individuel ; relationnel ; structurel).

Les actions pour réduire les ruptures de suivi sont multiples : rappel téléphonique des patients devant un retard de consultation, éducation thérapeutique renforcée pour les patients à risque, mise en place de visites à domicile. Cependant, ces actions demeurent uniquement centrées sur la responsabilisation du patient.

Il est désormais indispensable d'aborder la problématique autour des soignants et de la structure. Il faut une approche globale pour faire face au phénomène des perdus de vue. L'enjeu est grand, tant sur le plan de la santé individuelle, que sur le plan de la santé publique avec l'émergence des résistances. Cette approche globale ne pourra se faire sans l'aide des forces associatives.

7. BIBLIOGRAPHIE

[1]- WHO. Central African Republic country Cooperation strategy 2008-2013. Disponible sur <http://www.afro.who.int>

[2]- PNUD. Rapports sur le développement humain. 2011. Disponible sur <http://hdr.undp.org/fr/>

[3]- FMI. République Centrafricaine : Rapport des services du FMI N 10/21 1^{er} janvier 2010
Disponible sur <http://www.imf.org>

[4]- WHO. Central African Republic Factsheets of Health Statistics 2010. Disponible sur <http://www.afro.who.int>

[5]- Ministère de la santé publique de République Centrafricaine. Rapport National du Paludisme. 2004

[6]- Ministère des affaires étrangères. La France en République Centrafricaine : situation économique et financière. 2011. Disponible sur <http://www.ambafrance-cf.org>

[7]- Backiny-Yetna P, Wodon Q. Profil et corrélats de la pauvreté en République Centrafricaine en 2008. 2010

[8]- Creel L. Abandonner l'excision. 2002.

[9]- Kobelembe F. (2005). Le comportement sexuel des adolescents à Bangui (RCA). African Population Studies 2005. 20(2), 65-99.

[10]- ONUSIDA. Résultat-Rapport de la journée mondiale de lutte contre le sida 2012. Disponible sur <http://www.unaids.org>

[11]- ONUSIDA. Rapport ONUSIDA sur l'épidémie mondiale de sida 2012. Disponible sur <http://www.unaids.org>

[12]- Ministère de la santé publique, de la population et de la lutte contre le sida. Centre de traitement ambulatoire de l'hôpital communautaire de Bangui (RCA): rapport annuel d'activités 2011. Mars 2012.

[13]- Ministère de la santé publique, de la population et de la lutte contre le sida. Directives Nationales pour la prise en charge par les antirétroviraux. 2eme édition. 2010

[14]- Hochgesang M, Kuyenda A, Hosseinipour M, Phiri S, Weigel R, Mhango E.

Active tracing of ART patients lost to follow-up at lighthouse shows that few 'stopped' treatment for their own reasons, but many have died (Abstract TUPE0119). In XVI International AIDS Conference. Toronto. 13-18 August 2006.

[15]- Geng EH, Emenyonu N, Bwana MB, Glidden DV, Martin JN. Sampling-based approach to determining outcomes of patients lost to follow-up in antiretroviral therapy scaleup programs in Africa. *JAMA*, 2008 Aug 6; 300(5) : 506-507.

[16]- Yeni, P. Prise en charge médicale des personnes infectées par le VIH. Rapport 2010. La documentation française, Paris, 417.

[17]- Brinkhof MWG, Pujades-Rodriguez M, Egger M. Mortality of patients lost to follow up in antiretroviral treatment programmes in resource-limited settings : systematic review and metan-analysis. *PLoS One* 2009 Jun 4; 4(6): e5790

[18]- Tweya H, Gareta D, Chagwera F, Ben-Smith A, Mwenyemasi J, Chiptula Fet al. Early active follow-up of patient on antiretroviral therapy who are lost to follow up : the back to care project in Lilongwe Malawi. *Trop Med Int Health* 2010; 15 (Suppl. 1): 82-9

[19]- FDPH. Lanoy E, Mary-Krause M, Tattevin P, Dray-Spira R, Duvivier C, Fischer P and al. Predictors identified for losses to follow-up among HIV-seropositive patients. *J Clin Epidemiol* 2006; 59(8): 829-835

[20]- Dalal RP, Macphail C, Mqhayi M, Wing J, Feldman C, Chersich M and al. Characteristics and outcomes of adult patients lost to follow-up at an antiretroviral treatment clinic in Johannesburg, South Africa. *J Acquir Immune Defic Syndr* 2008 ; 47: 101-107.

[21]- Grimsrud A. How do different approaches to estimating loss to follow up impact on patient outcomes on ARV. ABS 833

[22]- Yu JK, Chen SC, Wang KY, Chang CS, Makombe SD, Schouten EJ, and al.. True outcomes for patients on antiretroviral therapy who are "lost to follow-up" in Malawi. *Bull World Health Organ* 2007; 85(7): 550-554.

[23]- Maskew M, MacPhail P, Menezes C, Rubel D. Lost to follow up: contributing factors and challenges in South African patients on antiretroviral therapy. *S Afr Med J* 2007; 97(9): 853-857.

[24]- Muwanga A, Easterbrook PJ, Schaefer P, Wandera M, Okello D, Castelnuovo B, and al. Losses to follow-up in a large ART programme in Uganda. 2008. In 15th Conference on Retroviruses and Opportunistic Infections (CROI), Boston, MA.

- [25]- Carillon S. Ruptures de suivi médical en milieu africain : l'exemple de Kayes (Mali) *Transcriptases* 2010 ; 143 : 35-38
- [26]- Lignani L, Greco DB, Carneiro M. Assessment of the compliance to antiretroviral drugs among HIV/AIDS patients. *Rev Saude Publica* 2001; 35: 495-501.
- [27]- Veinot TC, Flicker SE, Skinner HA, McClelland A, Saulnier P, Read SE and *al.* "Supposed to make you better but it doesn't really": HIV-positive youths' perceptions of HIV treatment. *J Adolesc Health* 2006; 38(3): 261-267.
- [28]- Adriouch L. Comprendre pour mieux agir: étude descriptive d'une cohorte de 30 patients infectés par le VIH et perdus de vue à l'hôpital de jour de Cayenne. *Med : Université de Grenoble*. 2009. N°70
- [29]- Mugavero MJ, Lin HY, Allison JJ, Willig JH, Chang PW, Marler M, Raper JL, Schumacher JE, Pisu M, Saag MS. Failure to establish HIV care: characterizing the "no show" phenomenon. *Clin Infect Dis*, 2007; 45(1): 127-130.
- [30]- Geng EH, Bangsberg DR, Musinguzi N, Emenyonu N, Bwana MB, Yiannoutsos C and *al.* Understanding Reasons for and Outcomes of Patients Lost to Follow-Up in Antiretroviral Therapy Programs in Africa Through a Sampling-Based Approach Geng, E. H., Bangsberg, D.. *JAIDS* 2010; 53(3): 405.
- [31]- Beaulière A, toure S, Alexandre PK, Kone K, Pouhé A, Kouadio B and *al.* The financial burden of morbidity in HIV infected adults on antiretroviral therapy in Cote d'Ivoire. *PLoS One* 2010; 5(6): e11213.
- [32]- Boyer S, Marcellin F, Ongolo-Zogo P, Abega SC, Nantchouang R, Spire B and *al.* Financial barriers to HIV treatment in Yaoundé, Cameroun: first results of national cross-sectional survey. *Bull World Health Organ* 2009; 87(4):279-87.
- [33]- Miller CM, Ketlhapile M, Rybasack-Smith H, Rosen S. Why are antiretroviral treatment patients lost to follow-up? A qualitative study from South Africa. *Trop Med Int Health* 2010; 15: 48-54
- [34]- WHO. HIV treatment guidelines. Disponible sur <http://www.who.int>

8. ANNEXES

QUESTIONNAIRE

Numéro d'inscription au CTA-HC : |_|_|_|_|

A/ Situation socio-démographique, économique et culturelle

1. Sexe

Homme
Femme

2. Année de naissance : 19__

Age : __ ans

3. Nationalité :

4. Niveau d'étude :

Non scolarisé
Primaire
Lycée :
 1^{er} cycle ($\leq 3^{\text{ème}}$)
 2^{ème} cycle ($\geq 2^{\text{nde}}$)
Etudes supérieures
Formations professionnelles

5. Distance entre le lieu d'habitation et le CTA de l'hôpital communautaire de Bangui :

Moins de 10 km
Entre 10 et 50 km
Plus de 50 km
Ne sait pas

6. Quel est votre principal moyen de transport pour vos déplacements ?

Voiture personnelle
Moto
Vélo
Taxi individuel
Taxi collectif
Bus
Véhicule d'un ami/voisin
Marche à pied

7. Dans quel type de logement habitez-vous ?

maison ou appartement qui vous appartient
maison ou appartement que vous louez
logement chez un membre de la famille
logement chez votre conjoint
logement chez des amis
sans domicile fixe

8. Avez-vous un travail ?

- Oui
- Non

Si OUI préciser :

9. Avez-vous une protection sociale (assurance maladie, mutuelle de santé, prise en charge sanitaire par un employeur...)?

- Oui
- Non

10. Statut matrimonial :

- Marié
- Union libre
- Célibataire
- Divorcé
- Veuf
- Autre, merci de préciser

11. Nombre d'enfant à charge:

12. Autres personnes à charge:

13. Combien de fois vous arrive-t-il de consommer des boissons alcoolisées de production artisanale (vin de palme, bière de mil, hydromel...) ou de production industrielle?

- Jamais
- Une fois par mois au moins
- Deux à quatre fois par mois
- Deux à trois fois par semaine
- Quatre à six fois par semaine
- Tous les jours

14. Si vous avez arrêté les prises de boissons alcoolisées, depuis combien de temps ?

15. Les jours où vous buvez de l'alcool, quelle quantité consommez-vous en moyenne (à chiffrer en nombre de bouteilles petites ou grandes ou en litre?)

16. Avez-vous consommé des produits donnant des sensations de bien être (produits injectables, ou en comprimés, ou en poudre, ou à fumer) au cours des 6 derniers mois ?

- Oui
- Non

Si OUI, merci de préciser :

B/ Concernant la maladie

17. Comment pensez-vous vous être contaminé(e)?

Plusieurs réponses possibles.

- Transmission hétérosexuelle
- Transmission homosexuelle
- Transfusion
- Toxicomanie/Partage de seringues
- Accident d'exposition au sang
- Punition divine
- Mauvais sort
- Autre, merci de préciser.....

18. Dans votre entourage, qui est au courant de votre séroposivité pour le VIH?

Plusieurs réponses possibles.

- Votre conjoint
- Vos autres partenaires sexuels
- Vos parents
- Vos enfants
- Vos frères et sœurs
- Vos voisins
- Vos amis
- Vos relations professionnelles / collaborateurs
- vosre chef religieux (pasteur, curée....)
- Autres, merci de préciser.....
- Personne

C/ Concernant l'offre de soin et la relation soignant-soigné

19. Avez-vous des difficultés pour trouver un moyen de transport jusqu'au CTA ?

- Oui
- Non

20. Cela vous coûte cher pour venir ?

- Oui
- Non

Si oui, combien au total pour l'aller-retour ?

21. Avez-vous des difficultés pour obtenir une autorisation d'absence au travail ?

- Oui
- Non

22. Avez-vous des difficultés pour faire garder les enfants afin de vous permettre de venir au CTA-HC ?

- Oui
- Non

23. Les horaires d'ouverture vous conviennent-elles ?

- Oui
- Non

Si NON, que souhaiteriez-vous pour les horaires d'ouvertures ?

24. Trouvez-vous que l'attente au CTA est :

- Courte
- Normale
- Longue
- Beaucoup trop longue

25. Avez-vous peur de rencontrer quelqu'un que vous connaissez au CTA ?

- Oui
- Non

Si OUI que peut faire le CTA pour limiter ce risque ?

26. Vous trouvez qu'il y a trop de rendez vous au CTA ?

- Oui
- Non

Si OUI que souhaiteriez-vous par rapport à ces rendez-vous ?

27. Vous trouvez que l'accueil au CTA est :

- Bon
- Moyen
- Mauvais
- Ne sait pas

Si mauvais, pourquoi ?

28. Vous trouvez que le personnel est généralement :

- Disponible
- Moyennement disponible
- Peu disponible

Si personnel jugé peu disponible que souhaiteriez-vous ?

29. Avez-vous un volontaire de la Croix Rouge Centrafricaine qui passe à votre domicile une fois par mois ?

- Oui
- Non

Si OUI, en quoi sa visite vous est-elle utile ?

Si NON, souhaiteriez-vous avoir un volontaire qui passe à votre domicile en cas de besoin pour vous aider avec votre maladie et vos médicaments ?

- Oui
- Non

30. Au final, êtes-vous satisfait de venir au CTA de l'hôpital communautaire de Bangui ?

- Satisfait
- Moyennement satisfait
- Mécontent

Si vous n'êtes pas satisfait pourquoi ?

31. Pourquoi n'êtes vous pas revenu au CTA pendant cette période d'interruption du suivi ?

Ne rien suggérer. Si la personne n'arrive pas à donner de réponse aidez-la avec les propositions.

Plusieurs réponses possibles :

- Vous n'aviez pas le temps
- Vous n'aviez pas eu de rendez-vous
- Vous ne faisiez pas confiance au personnel du service
- Vous aviez trop peur qu'on vous reconnaisse
- Vous avez été suivi (e) dans un autre centre
- Vous étiez trop fatigué(e) pour vous déplacer
- Vous habitez trop loin du CTA
- Vous n'aviez pas les moyens pour venir
- Vous aviez voyagé
- Vous utilisiez des plantes pour vous soigner
- Vous avez été aidé par un guérisseur pour vous soigner
- Vous avez été aidé par un religieux pour vous soigner
- Vous pensiez être guéri(e)
- Les médicaments donnaient trop d'effets secondaires
- Vous ne vouliez plus vous soigner
- Vous étiez hospitalisé(e)
- Vous étiez en prison
- Vous avez eu des problèmes dans votre famille
- Autre (précisez).....

D/ A partir du dossier

Partie à remplir à partir du logiciel Santia, des dossiers pharmaceutiques et des fiches du Psychologues.

32. Date de l'inscription au CTA :/...../.....

33. Date du démarrage des ARV :/...../.....

34. Date du dernier contact avec le CTA avant la première interruption de suivi :/...../.....

35. Stade OMS de l'infection à VIH au moment de l'inscription au CTA :

Stade OMS 1

Stade OMS 2

Stade OMS 3

Stade OMS 4

36. Dernier stade OMS de l'infection à VIH noté avant l'interruption de suivi :

Stade OMS 1

Stade OMS 2

Stade OMS 3

Stade OMS 4

37. Nombre de CD4 lors de l'inscription au CTA (/mm3) : |_|_|_|_|

38. Nombre de CD4 avant l'interruption de suivi (/mm3) : |_|_|_|_|

39. Présence d'une maladie évolutive notée au moment de l'interruption:

Oui

Non

Si oui préciser :

40. Au moment de l'interruption de suivi :

traitement par ARV seul

traitement par ARV et CTM

Feuille de consentement

Le suivi régulier par un médecin de votre pathologie est important. Il permet de vous traiter, et d'éviter que vous développiez des maladies graves liées au VIH.

Certains patients arrêtent parfois leur suivi, et nous aimerions connaître les raisons et les difficultés qui les ont poussées à suspendre leur suivi afin de mieux accompagner les patients du CTA.

Seriez- vous d' accord pour répondre à un questionnaire anonyme ? Les réponses que vous me donnerez resteront confidentielles. Si vous acceptez, votre nom n'apparaîtra nulle part. En répondant, vous nous aidez à améliorer la prise en charge des patients. Je vous demande simplement d'être sincère dans vos réponses.

Pour nous indiquer que vous être d'accord pour réaliser cette enquête, il est prévu que vous signiez un formulaire de consentement éclairé.

Numéro de questionnaire :

Numéro de dossier SANTIA :

Je consens à participer à l'enquête réalisée au CTA de Bangui. Je déclare avoir pris connaissance des objectifs et de l'usage qui sera fait des résultats, notamment du fait que les informations transmises seront traitées de manière strictement confidentielle et que je peux demander à tout moment un complément d'information sur l'étude

Date :

Nom et signature du soignant:

Signature du patient:



RESUME

Une bonne observance des traitements ARV est indispensable pour freiner l'évolution de la maladie, maîtriser la réplication virale, limiter la transmission et éviter l'émergence de résistances.

Dans les pays du Sud, nombreux sont les PVVIH qui interrompent leur traitement et deviennent «perdus de vue». Dans ce contexte, il est primordial de comprendre les processus qui sous-tendent les ruptures de suivi.

Une étude descriptive a été menée à Bangui en République Centrafricaine en 2012 dans un centre de traitement ambulatoire auprès de 31 PVVIH perdus de vue.

Ce travail souligne les difficultés rencontrées au quotidien par ces patients. Les déterminants qui poussent les patients à interrompre leur suivi sont multiples. Ils ne sont pas uniquement liés aux patients et à leur environnement mais découlent aussi de la relation de soin et des dysfonctionnements structurels.

Mots clés

- VIH
- perdus de vue
- République Centrafricaine
- abandon de traitement
- Etablissements de soins ambulatoires