



République de Cote d'Ivoire

Union – Discipline - Travail

Projet OASIS/Fonds Mondial de Lutte contre le Sida, la Tuberculose et le Paludisme

Evaluation des indicateurs d'impact de la lutte contre le Sida en Côte d'Ivoire

MISSION D'ETUDE SUR LA SURVIE DES PATIENTS SOUS ARV ET LE POURCENTAGE DES ENFANTS SERONEGATIFS NES DE MERES SEROPOSITIVES

RAPPORT FINAL

Janvier 2010

SOMMAIRE

SOMMAIRE	2
LISTE DES TABLEAUX	3
LISTE DES FIGURES	3
RÉSUMÉ	4
1 INTRODUCTION	8
1.1 CONTEXTE ET JUSTIFICATION	8
1.2 OBJECTIFS	8
2 METHODOLOGIE	10
2.1 POPULATIONS CIBLES	10
2.2 CHAMP DE L'ETUDE (STRUCTURES CONCERNEES ET PERSONNES CONCERNEES)	11
2.3 TECHNIQUE DE RECHERCHES	11
2.4 ECHANTILLONNAGE.....	12
2.4.1 <i>Survie des malades sous ARV</i>	12
2.4.2 <i>Etude de la séroprévalence des enfants nés de mères séropositives</i>	12
2.5 COLLECTE DES DONNEES	12
2.5.1 <i>Instruments de collecte des données</i>	12
2.5.2 <i>Préparation de la collecte des données</i>	13
2.5.3 <i>Déroulement de la collecte des données</i>	13
2.6 TRAITEMENT ET ANALYSE DES DONNEES	13
2.6.1 <i>Saisie des données</i>	13
2.6.2 <i>Apurement des données</i>	13
2.6.3 <i>Analyse des données</i>	14
3 DIFFICULTES RENCONTREES.....	15
4 RESULTATS.....	16
4.1 SURVIE DES PERSONNES VIVANT AVEC LE VIH SOUS ARV A 12 MOIS DE TRAITEMENT	16
4.1.1 <i>Caractéristiques sociodémographiques des malades sous ARV à 12 mois</i>	16
4.1.2 <i>Antécédents biocliniques au moment de la mise sous ARV à 12 mois</i>	19
4.1.3 <i>Traitement ARV et suivi des malades sur 12 mois</i>	21
4.1.4 <i>Analyse différentielle de la survie 12 mois de traitement ARV</i>	24
4.1.5 <i>Evolution de la survie 12 mois de traitement ARV entre l'enquête de base et l'enquête actuelle</i>	31
4.1.6 <i>Analyse différentielle de la survie 18 mois de traitement ARV</i>	33
4.1.7 <i>Analyse des facteurs de la survie des malades sous ARV au niveau communautaire</i>	39
4.2 POURCENTAGE DES ENFANTS DEPISTE NEGATIFS NES DE MERES SEROPOSITIVES	40
4.2.1 <i>Description de la population étudiée</i>	40
4.2.2 <i>Description du pourcentage des enfants négatifs au test de dépistage du Vih nés de mères séropositives</i>	42
5 CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS	43

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1 : Répartition de la taille de l'échantillon des malades sous ARV enquêtés	12
Tableau 2 : Répartition de la taille de l'échantillon des enfants nés de mères séropositives dépistés	12
Tableau 3 : répartition des malades sous ARV enquêtés selon les tranches d'âge	17
Tableau 4 : fréquence des antécédents cliniques	19
Tableau 5 : Répartition des malades sous à ARV selon leur devenir à 12 mois	23
Tableau 6 : Taux de survie à 12 mois selon les caractéristiques socio-économiques des malades :	25
Tableau 7 : Taux de survie à 12 mois selon les infections opportunistes avant le traitement ARV	27
Tableau 8 : Taux de survie à 12 mois selon l'évolution du traitement	29
Tableau 9 : Comparaison du devenir des malades après 12 mois de traitement ARV entre l'enquête de base et cette enquête.....	32
Tableau 10 : Taux de survie selon les caractéristiques défavorables à la survie des malades :	32
Tableau 11 : Taux de survie à 18 mois selon les caractéristiques socio-économiques des malades	33
Tableau 12 : Taux de survie à 18 mois selon les infections opportunistes avant le traitement ARV	35
Tableau 13 : Taux de survie à 18 mois selon l'évolution du traitement	36
Tableau 14 : comparaison du taux de survie des malades sous ARV entre 12 mois et 18 mois	38
Tableau 15 : Le pourcentage des enfants séronégatifs selon les caractéristiques des enfants et les conditions du test	42

LISTE DES FIGURES

Figure 1 : Répartition des malades sous ARV selon le lieu de résidence habituel.	16
Figure 2 : Répartition des malades sous ARV selon le sexe	17
Figure 3 : Répartition des malades sous ARV selon le niveau d'étude	18
Figure 4 : Répartition des malades selon le statut matrimoniale.....	18
Figure 5 : Répartition des malades selon le statut socio-professionnel.....	19
Figure 6 : Répartition des maladies selon l'indice de masse corporelle.....	20
Figure 7 : Répartition des malades selon qu'ils ont reçu un traitement prophylactique avant le traitement.....	20
Figure 8 : Répartition selon que le traitement ARV a été initié par le site qui a suivi le malade ou non	22
Figure 9 : Taux de survie selon le niveau d'étude des malades.....	26
Figure 10 :Taux de survie à 12 mois selon le taux de CD4 des malades	28
Figure 11 :Taux de survie à 18 mois selon le niveau d'étude des malades	34
Figure 12 :Taux de survie à 18 mois selon le taux de CD4 des malades	36
Figure 13 : Répartition des enfants nés de mères séropositives selon l'âge au moment du test.....	41
Figure 14 : Répartition des enfants nés de mères séropositives dépistés selon le type de test de dépistage du VIH41	

RÉSUMÉ

La pandémie du VIH/Sida est un problème de développement en Côte d'Ivoire. Avec un taux de séroprévalence de 4,7% dans la population générale, l'épidémie du Sida est généralisée en Côte d'Ivoire. Cette prévalence est plus élevée chez les femmes (6,4%) et dans la population active. La Côte d'Ivoire s'est engagée à la lutte contre le Sida à travers une réponse multisectorielle avec l'appui des partenaires au développement dont le Fonds mondial de lutte contre le Sida, la Tuberculose et le paludisme. Dans le cadre de la deuxième phase du programme du Fonds Mondial, la mesure de ces indicateurs est une priorité. D'où la conduite de la présente enquête d'évaluation qui permettra, en comparaison avec l'étude de base (Février 2008), d'évaluer l'impact du programme. Cette étude a été réalisée avec l'appui technique du Cabinet Synergie Expertise.

Les objectifs visés sont (i) évaluer le taux de survie de personnes après 12 mois et 18 mois de traitement anti rétroviral, (ii) évaluer les principaux déterminants de la survie des malades sous ARV, et (iii) déterminer le pourcentage d'enfants (18 à 24 mois) négatifs au test du vih nés de mère séropositive.

La mise en œuvre de l'étude a été faite en trois étapes : la conception des outils de collecte de données, la collecte des données sur le terrain (25 juin – 12 juillet 2009) et le traitement et l'analyse des données. La collecte des données a été faite à partir des dossiers médicaux dans les sites de prise en charge et de la PTME soutenus par le Fonds Mondial à travers le programme CARE/OASIS. En effet, un échantillon de 1303 dossiers de malades mis sous ARV sur 12 mois et 736 dossiers de malades sous ARV sur 18 mois ont été exploités après validation. Concernant les enfants nés de mères séropositives, un échantillon de 196 dossiers et fiches de suivi d'enfants nés de mères séropositives testés a été analysé.

La mise en œuvre de l'étude a connu des difficultés au niveau de la collecte des données sur les sites notamment au niveau des établissements sanitaires. Les difficultés rencontrées au niveau du déroulement de l'enquête sont liées principalement à (i) la lenteur dans la signature des courriers ce qui a évidemment rallongé le démarrage effectif de la collecte ; (ii) la grève des professionnels de la santé qui a limité l'accès à certains dossiers de malades et le refus des interviews, (iii) le refus de certaines PVVIH et des proches de malades sous ARV décédés à répondre aux questions, (iv) le mauvais archivage des outils de collecte de données et (v) l'insuffisance du suivi des enfants nés de mères séropositives au niveau de la PTME.

Les principaux résultats de l'étude sont :

Au niveau des malades mis sous ARV,

Le taux de survie sur 12 mois est estimé à 75% (IC_{95%} : 72,1% - 77,9%) pour les malades mis sous ARV entre juillet 2007 et avril 2008 contre 71,7% (IC_{95%} : 70,1% - 73%) pour les malades mis sous ARV entre janvier 2006 et décembre 2006, soit une progression de 3,3%. Cette différence est statistiquement significative (test de X² ; P < 0,001). Pourrait-on conclure que la situation de survie des malades s'est-elle améliorée ? En plus de l'accès au traitement ARV et

des infections opportunistes, les entretiens réalisés auprès des PVVIH, des leaders communautaires et religieux, des familles et proches des PVVIH décédés montrent que la survie dépend de leur intégration dans la société, leur implication dans les activités communautaires, l'acceptabilité du résultat séropositif, l'observance du traitement, ainsi que l'apport des organisations communautaires. L'analyse des données communautaires a montré que la discrimination, la stigmatisation, le faible niveau socio-économique des PVVIH sont des facteurs limitant la survie des malades sous ARV.

Le taux de survie des malades entre 12 mois et 18 mois connaît une baisse considérable (-15%). Cette tendance négative du taux de survie sur cette période de 6 mois est plus accentuée lorsque le malade a la tuberculose (-28,5%), le zona (-24,3%), la diarrhée (-22,8%), l'insuffisance pondérale (-20,1%). L'insuffisance du suivi au niveau des établissements sanitaires, l'inexistence d'un système de référence et de contre référence entre les organisations communautaires et les structures de santé offrant le traitement ARV sont les principales raisons de la forte baisse du taux de survie lorsque le temps de mise sous ARV s'allonge.

Au niveau des enfants nés de mères séropositives

La proportion d'enfants testés entre 18 mois et 24 mois est faible (11%). A cet effet, l'indicateur a été calculé avec tous les cas testés quelque soit l'âge au test. Aussi, le test réalisé a-t-il été confirmé que dans 8% des cas. Le pourcentage d'enfants négatifs au test du VIH nés de mères séropositives est estimé à 61,2% (IC95% : 52,5% - 69,9%). Cette proportion est faible par rapport aux objectifs nationaux en matière de réduction de la transmission du VIH de la mère à l'enfant.

Au terme de l'étude nous recommandons :

1. Améliorer la disponibilité et la qualité des données relatives aux malades sous ARV
2. Améliorer la survie des malades sous ARV
3. Améliorer le pourcentage des enfants séronégatifs nés de mères séropositives

1 - Pour améliorer la disponibilité et la qualité des données de base pour l'évaluation des indicateurs d'impact

- mettre en place des outils de collecte standardisés pour le suivi des malades sous traitement ARV ;
- renforcer la mise en place du logiciel SIG-VIH sur les sites ;
- vulgariser l'utilisation de dossier individuel des malades ;
- former et superviser les personnes impliquées dans la collecte des données sur les sites ;
- organiser des réunions trimestrielles pour le monitoring des activités VIH/Sida avec la participation de l'ensemble des personnels impliqués et

les agents communautaires ;

- conduire des enquêtes communautaires sur la survie des malades sous ARV autour des sites de prise en charge ;
- mettre en place un système d'audit interne et externe des données dans les structures de santé et dans les organisations communautaires selon l'approche DQA (Data Quality Analysis) ;
- mettre en place ou renforcer le système de référence et de contre référence entre les organisations communautaires et les structures sanitaires ;
- conduite des enquêtes communautaires sur la prévalence du VIH chez les enfants et des femmes.

2 - Pour améliorer la survie des malades sous ARV

- impliquer davantage les leaders communautaires et religieux dans les activités d'offre de service de prévention et de prise en charge des PVVIH,
- renforcer la mise en œuvre de la prévention positive ;
- impliquer les familles et les proches des malades pour la surveillance de l'observance du traitement ARV
- impliquer les collectivités territoriales et autres (Conseils Généraux, Mairies, Mutuelles et Association de base communautaire) dans la prise en charge économique des PVVIH.
- Impliquer les PVVIH pour sensibiliser les populations au dépistage précoce;
- mettre en œuvre des stratégies pour la sensibilisation des partenaires des malades sous ARV ;
- approvisionner régulièrement des sites en médicaments et intrants stratégiques ;
- renforcer la collaboration positive entre les prescripteurs, les dispensateurs et les conseillers communautaires;

3 - Pour améliorer le pourcentage des enfants séronégatifs nés de mères séropositives

- renforcer le suivi des enfants nés de mères séropositives au niveau des établissements sanitaires ;
- mettre en place un système de recherche active des enfants nés de mères séropositives ;
- organiser le suivi des femmes enceintes dépistées séropositives dans la communauté ;
- mettre en œuvre des stratégies pour intégrer effectivement le suivi des enfants nés de mères séropositives avec les autres services de santé post-natals tel que le suivi de la croissance, la vaccination, la distribution de moustiquaire ;
- approvisionner régulièrement les sites de PTME en médicaments et intrants stratégiques ;

- renforcer le partenariat entre les agents de santé et les agents communautaires
- mettre en place des groupes de soutien autour des sites de PTME ;

1 INTRODUCTION

1.1 Contexte et justification

La pandémie du sida est un véritable problème de développement pour la quasi-totalité des pays africains, tant elle touche la tranche d'âge de la population la plus active et affecte tous les secteurs de l'activité socio-économique.

En Côte d'Ivoire, l'ampleur sans précédent des dégâts causés par le VIH sur le développement socio économique national est telle que la réaction nationale est devenue une urgence.

Face à cette situation, la communauté internationale s'est mobilisée à travers plusieurs financements pour renforcer les efforts de la réponse nationale. L'impact de ces actions ne peut être mesuré qu'à travers les indicateurs tant nationaux qu'internationaux renseignés régulièrement sur la base de données fiables.

Les données disponibles en ce moment au niveau national ne permettent pas de renseigner un certain nombre d'indicateurs dont ceux relatifs à la survie des patients sous anti rétroviraux depuis 12 mois ainsi que ceux liés au pourcentage d'enfants séronégatifs nés de mères séropositives au VIH.

Dans le cadre de la deuxième phase du programme du Fonds Mondial, la mesure de ces indicateurs est une priorité. D'où la conduite de la présente enquête d'évaluation qui permettra, en comparaison avec l'étude de base (Février 2008), d'évaluer l'impact du programme.

Suite à l'évaluation des offres techniques et financières et un entretien avec les responsables de Care, la réalisation de l'étude a été confiée au cabinet Synergie Expertise à travers une convention de prestation de service signé le 4 juin 2009.

1.2 Objectifs

L'enquête vise principalement à évaluer l'impact du programme OASIS sur la survie des personnes vivant avec le VIH et bénéficiant du traitement ARV, ainsi que la proportion des enfants séronégatifs nés des mères séropositives.

Les objectifs spécifiques sont :

1. Collecter les données relatives aux indicateurs de survie de patients après 12 mois et 18 mois de traitement anti rétroviral ;
2. Collecter les données relatives aux indicateurs d'enfants séronégatifs nés de mères

séropositives au VIH.

3. Analyser la survie de patients après 12 mois et 18 mois de traitement anti rétroviral, en comparaison avec l'étude de base ;
4. Déterminer le pourcentage d'enfants (18 à 24 mois) séronégatifs nés de mères séropositives, en comparaison avec l'étude de base.
5. Evaluer les principaux déterminants de la survie des patients sous anti rétroviraux après 12 mois

2 METHODOLOGIE

2.1 Populations cibles

Population cible 1 : *les patients mis sous ARV de juillet 2007 à avril 2008 (avec comme date de censure fin mars 2009) dans les sites de traitement ARV soutenus par le programme OASIS*

a) Critères d'inclusion :

- tout malade ayant un dossier médical ou enregistré avec des informations sur la date de mise sous traitement, la date de la dernière visite, la date de décès s'il est décédé.
- le malade mis sous ARV n'est pas transféré vers un autre site avant 12 mois (pour la survie à 12 mois)
- le malade mis sous ARV n'est pas transféré vers un autre site avant 18 mois (pour la survie à 18 mois)

b) Critères d'exclusion :

- tout malade n'ayant pas de dossier médical ou ayant un dossier incomplet avec des informations manquantes notamment sur la date de mise sous traitement, la date de la dernière visite, la date de décès s'il est décédé.
- le malade mis sous ARV est transféré vers un autre site avant 12 mois (pour la survie à 12 mois)
- le malade mis sous ARV est transféré vers un autre site avant 18 mois (pour la survie à 18 mois)

Population cible 2 : Les enfants nés de mères séropositives dépistés entre 18 mois et 24 mois après la naissance dans les sites PTME soutenus par le programme OASIS

2.2 Champ de l'étude (Structures concernées et personnes concernées)

L'enquête a ciblé les établissements sanitaires soutenus par le fonds Mondial/CARE offrant les services de PEC, PTME et les organisations impliquées dans le suivi et la PEC communautaire des malades sous ARV ainsi que dans les organisations à base communautaire impliquées dans les activités Vih/Sida. Au niveau des établissements sanitaires, l'enquête a impliqué les médecins prescripteurs ARV et les pharmaciens dispensateurs ARV. Au niveau communautaire, les conseillers communautaires, les leaders communautaires et religieux, les responsables de suivi et évaluation des organisations communautaires, les PVVIH sous ARV, les proches des PVVIH décédés.

a) Critères d'inclusion des sites ARV :

- la structure offrant les traitements ARV ;
- la structure a bénéficié d'un appui du Fonds mondial/Care Oasis
- la structure a mis au moins 50 nouveaux malades sous ARV sur la période de juillet 2007 à avril 2008

b) Critères d'exclusion des sites ARV

- la structure n'a pas bénéficié d'un appui du Fonds mondial/Care Oasis
- la structure a mis au moins 50 nouveaux malades sous ARV sur la période de juillet 2007 à avril 2008

2.3 Technique de recherches

Trois (3) techniques de recherche sont employées dans cette étude :

- La revue documentaire au niveau des dossiers des PVVIH et des fiches de suivi des enfants nés de mères séropositives ;
- Une enquête de service sur les capacités de prise en charge, de gestion et de suivi-évaluation des structures sanitaires et des organisations communautaires
- Un entretien individuel approfondi des prescripteurs, dispensateurs, conseillers communautaires, des PVVIH sous ARV, les leaders communautaires et religieux.

2.4 Echantillonnage

2.4.1 Survie des malades sous ARV

Dans les sites enquêtés, 3552 nouveaux malades ont été mis sous ARV sur la période Juillet 2007 – avril 2008, mais 2081 dossiers ont été exploités, soit 59% des cas. En prenant en compte des critères d'inclusion et d'exclusion, 1303 dossiers de malades sous ARV ont été analysés pour la survie à 12 mois et 736 dossiers ont été analysés pour la survie à 18 mois.

Tableau 1 : Répartition de la taille de l'échantillon des malades sous ARV enquêtés

	effectif
Nombre de dossiers attendus	3552
Nombre de dossiers observés	2081
Nombre de dossiers validés pour la survie à 12 mois	1303
Nombre de dossiers validés pour la survie à 18 mois	736

2.4.2 Etude de la séroprévalence des enfants nés de mères séropositives

L'enquête a porté sur 207 fiches d'enfants nés de mères séropositives, mais après contrôle, ce sont 196 fiches pour lesquels l'enfant a été testé.

Tableau 2 : Répartition de la taille de l'échantillon des enfants nés de mères séropositives dépistés

	effectif
Nombre de dossiers exploités	207
Nombre dossiers dont les enfants ont été testés	196
Nombre de dossiers dont les tests sont réalisés entre 18 et 24 mois	21

2.5 Collecte des données

2.5.1 Instruments de collecte des données

1. questionnaire A : enquête sur les capacités de gestion des sites
2. questionnaire B : enquête sur les capacités de suivi communautaire des PVVIH
3. questionnaire C : données individuelles sur le traitement ARV (PVVIH mis sous ARV entre le 1er juillet 2007 et le 31 mars 2008)
4. questionnaire D : données individuelles sur les enfants suivis nés de mères séropositives
5. questionnaire E : données individuelles sur les PVVIH vivantes

6. guide 1 : grille d'entretien individuel avec les PVVIH
7. guide 2 : grille d'entretien avec les leaders et familles
8. guide 3 : grille d'entretien avec les proches des PVVIH décédées
9. guide 4 : grille d'entretien avec le Pharmacien dispensateur
10. guide 5 : grille d'entretien avec le Médecin prescripteur
11. guide 6 : grille d'entretien avec le conseiller communautaire
12. Guide des superviseurs et des enquêteurs

2.5.2 Préparation de la collecte des données

La préparation de la collecte des données a consisté à la formation et à l'information des structures à enquêter. Concernant la formation, 10 superviseurs ont été formés en deux étapes : la première formation s'est déroulée le 14 juin 2009 mais compte tenu du retard de démarrage à cause du courrier une autre séance de briefing a été organisée le 22 juin en vu de l'organisation pratique de la collecte sur le terrain. Concernant l'information des districts et des établissements sanitaires, le courrier a été signé le 19 juin par le Directeur Général Adjoint de la Santé (DGA) malgré que les documents aient été transmis plus tôt au PNPEC ce qui a causé un retard dans le démarrage

2.5.3 Déroulement de la collecte des données

La collecte des données a été réalisée sur la période de 25 juin 2009 au 8 juillet 2008. Elle a été réalisée par 10 superviseurs du cabinet Synergie avec l'appui des agents de la santé, des Agents Moniteurs de Données (AMD) sur les sites. Au niveau communautaire, les conseillers communautaires ont aussi apporté un appui.

2.6 Traitement et analyse des données

Le traitement des données a consisté à la saisie et l'apurement des fichiers de données.

2.6.1 Saisie des données

La saisie des données a été effectuée à partir du logiciel EPI DATA par quatre (4) opérateurs de saisie sur une période de 10 jours sous la supervision d'un gestionnaire de données dans les locaux du Cabinet Synergie Expertise.

2.6.2 Apurement des données

Des travaux d'apurement et de vérification des données sont organisés sur deux jours

avec l'équipe d'Experts, tous les superviseurs et les agents de saisie. L'analyse de la qualité des données a été faite sur la base de l'analyse de cohérence des données, l'analyse des données aberrantes et l'analyse des données manquantes. Cette analyse a permis d'exclure toutes les données incohérentes.

2.6.3 Analyse des données

L'analyse des données a été faite avec les logiciels EXCEL et SPSS. Deux méthodes d'analyse ont été utilisées:

Une analyse qualitative par la méthode d'analyse de contenu des entretiens

Une analyse statistique des données a porté sur les indicateurs d'impact. Les méthodes d'analyse descriptive, différentielle et de tendance ont été utilisées. Les intervalles de confiance des indicateurs ont été déterminés au seuil de 5% d'erreur. Les intervalles de confiance et le test de X2 ont été utilisés pour analyser la signification statistique des différences observées selon les facteurs étudiés.

3 DIFFICULTES RENCONTREES

La mise en œuvre de cette étude a connu des difficultés au niveau de la collecte des données sur les sites notamment au niveau des établissements sanitaires. Les difficultés rencontrées au niveau du déroulement de l'enquête sont liées principalement à (i) la lenteur dans la signature des courriers ce qui a évidemment rallongé le démarrage effectif de la collecte ; (ii) la grève des professionnels de la santé qui a limité l'accès à certains dossiers de malades et le refus des interviews, (iii) le refus de certaines PVVIH et des proches de malades sous ARV décédés à répondre aux questions , (iv) la mauvais archivage des outils de collecte de données et (v) l'insuffisance du suivi des enfants nés de mères séropositives au niveau de la PTME.

4 RESULTATS

4.1 Survie des personnes vivant avec le VIH sous ARV à 12 mois de traitement

4.1.1 Caractéristiques sociodémographiques des malades sous ARV à 12 mois

Cette partie porte sur la description des caractéristiques sociodémographiques de la population étudiée (le lieu de résidence habituel, le sexe, l'âge, la situation matrimoniale, le niveau d'étude et le statut socioprofessionnel). Ces différentes caractéristiques seront utilisées comme variables d'analyse de la survie des malades dans la suite du rapport.

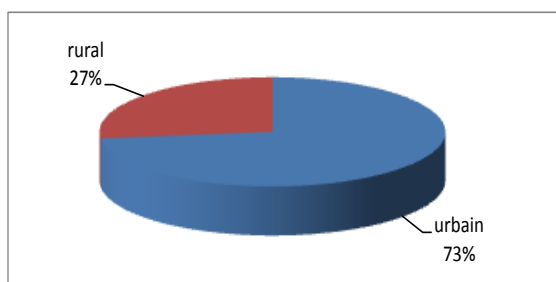
4.1.1.1 Principaux résultats

- la majorité des malades (73%) résident en milieu urbain ;
- plus de deux tiers des malades (64%) sont du sexe féminin ;
- les malades ont en moyenne 37 ans ;
- environ quatre malades sur dix sont célibataires ;
- la moitié des malades est non scolarisé ou a un niveau d'étude primaire ;
- la situation socioprofessionnelle des malades est relativement faible : plus de deux malades sur trois sont sans emploi.

4.1.1.2 Principaux résultats

Les malades mis sous ARV résident en majorité en milieu urbain (73%). Cette situation ne s'explique pas seulement par le fait que la séroprévalence est plus importante en milieu urbain mais parce que l'ensemble des sites de prise en charge sont dans les villes.

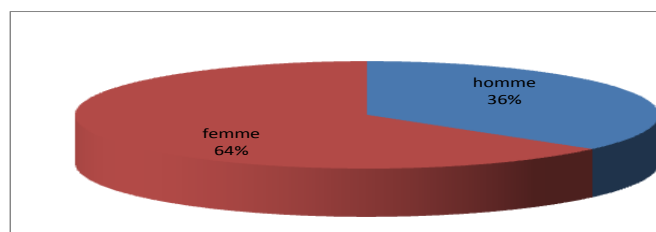
Figure 1 : Répartition des malades sous ARV selon le lieu de résidence habituel.



4.1.1.3 Le sexe

La majorité des malades sous ARV sont des femmes (64%), soit un sex-ratio de 178 femmes pour 100 hommes. Ce ratio est similaire à celui de l'infection au VIH. En effet, la féminisation de l'infection à VIH est confirmée par l'Enquête à Indicateur du Sida (INS, EIS-CI 2005).

Figure 2 : Répartition des malades sous ARV selon le sexe



4.1.1.4 L'âge

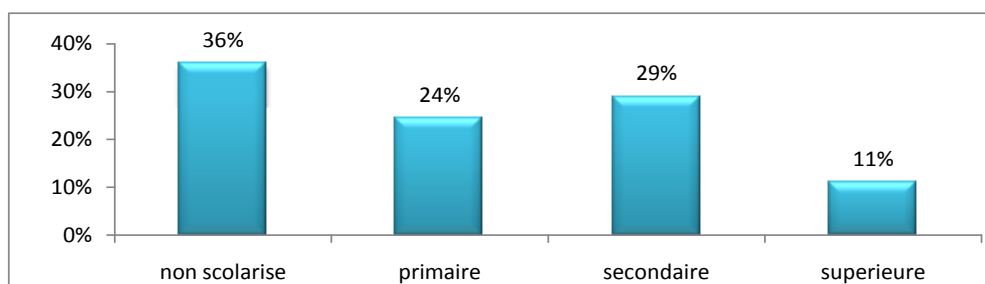
L'âge moyen des malades est estimé à 37 ans et plus du tiers des malades ont un âge compris entre 30 et 39 ans. Cette situation corrobore avec les résultats de l'EIS-CI 2005 qui montrent que les plus fortes prévalences du VIH sont observées à partir de 30 ans.

Tableau 3 : répartition des malades sous ARV enquêtés selon les tranches d'âge

<i>Tranche d'âge</i>	<i>Pourcentage</i>
Moins de 20 ans	5%
20 a 29 ans	15%
30 a 39 ans	38%
40 à 49 ans	27%
50 ans et +	14%
Total	100%
Age moyen : 37 ans	

4.1.1.5 Niveau d'étude

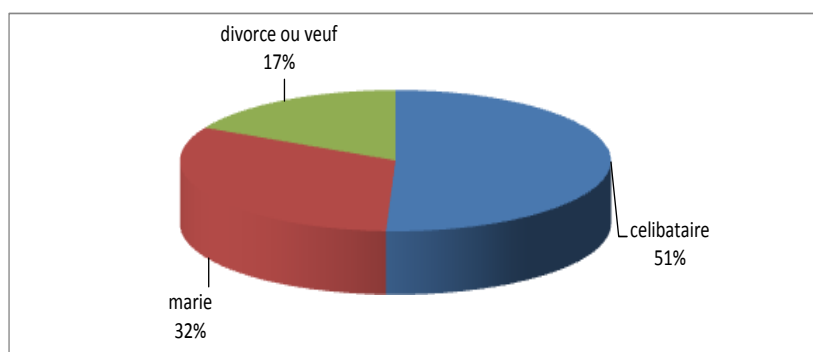
Le niveau d'étude des malades est relativement bas. En effet, 60% des malades sont non scolarisés ou ont le niveau primaire.

Figure 3 : Répartition des malades sous ARV selon le niveau d'étude

4.1.1.6 Situation matrimoniale

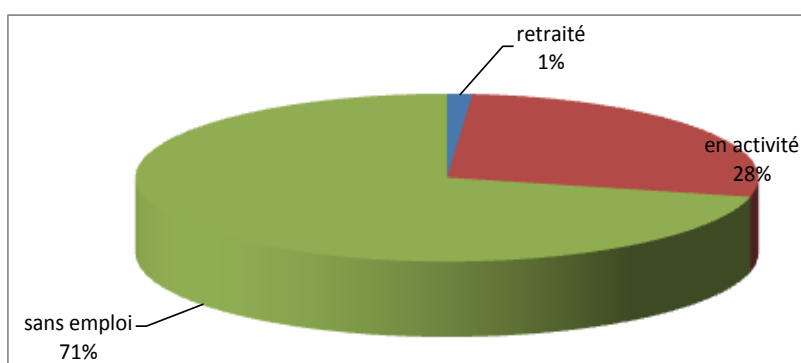
La majorité des malades sont célibataires (51%) ou sont en union (32%). Les veufs ou les divorcés représentent 17% des malades. Bien que la proportion des veufs ou des divorcés soit plus faible par rapport aux autres catégories, elle est trois fois plus élevée chez les malades que dans la population générale. En effet, la proportion des veufs et des divorcés est de 4,6% dans la population générale (RGPH-98). La forte représentation des veufs et des divorcés parmi les malades s'expliquent par le fait que la séroprévalence du VIH est fortement élevée dans cette catégorie de population (13,4%) selon l'EIS-CI 2005.

Les mariés représentent près de la moitié des malades.

Figure 4 : Répartition des malades selon le statut matrimoniale

4.1.1.7 Situation socio-professionnelle

La situation socio-professionnelle est relativement faible dans l'ensemble. Près des $\frac{3}{4}$ des malades ne sont pas en activité.

Figure 5 : Répartition des malades selon le statut socio-professionnel

4.1.2 Antécédents biocliniques au moment de la mise sous ARV à 12 mois

Cette partie porte sur la description des malades selon les antécédents biocliniques au moment de la mise sous ARV (infections opportunistes, données anthropométriques, données biologiques, traitement prophylactique). Ces différentes caractéristiques seront utilisées comme variables d'analyse de la survie des malades dans la suite du rapport.

4.1.2.1 Principaux résultats

- L'amaigrissement (30%), le zona (29%), la diarrhée (29%) et tuberculose (22%) sont les antécédents cliniques les plus observés chez les malades sous traitement ARV
- un malade sur trois a une insuffisance pondérale selon l'indice de masse corporelle (IMC <18,5 kg/m²)
- la moitié des malades (58%) ont un CD4 inférieur à 183/mm³

4.1.2.2 Infections opportunistes

Le zona, la tuberculose et la diarrhée sont les principales infections opportunistes présentées par les malades avant le traitement ARV.

Tableau 4 : fréquence des antécédents cliniques

Infection	Fréquence (n=1303)
Amaigrissement	30%
Diarrhée	29%
Zona	29%
Tuberculose	22%
IST	17%
Pneumonie	11%
Toxoplasmose	8%

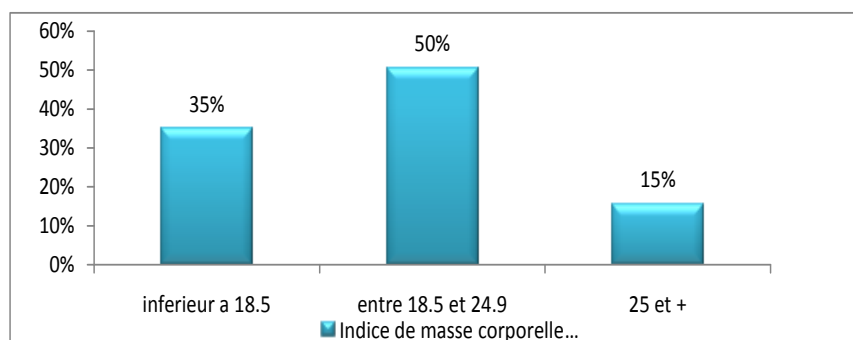
Méningite

7%

4.1.2.3 Données anthropométriques

L'indice de masse corporelle est le rapport entre le poids (en kg) et le carré de la taille (en m) et donc s'exprime en kg/m². Pour indiquer une déficience énergétique chronique, on utilise généralement comme valeur seuil 18,5. A l'opposé, pour indiquer un surpoids, le seuil établi est de 25 ou plus (James et al., 1988). Comme le montre la figure ci-dessous, la moitié des malades ont une insuffisance pondérale (35%) ou un surpoids (15%).

Figure 6 : Répartition des maladies selon l'indice de masse corporelle

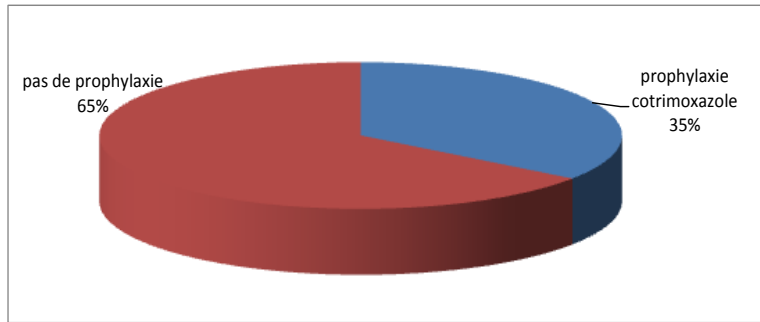


4.1.2.4 Prophylaxie cotrimoxazole avant le traitement ARV

La prophylaxie cotrimoxazole est généralement administrée aux personnes vivant avec le VIH qui ne sont pas encore éligibles au traitement ARV. Il s'agit d'un traitement de soutien pour limiter les maladies opportunistes. Dans la majorité des cas les malades n'ont pas bénéficié de prophylaxie COTRI avant la mise sous ARV. Cette situation s'explique par trois principales raisons :

- les personnes vivant avec le VIH ne connaissent pas assez tôt leur statut sérologique du faible taux de dépistage volontaire ;
- la prise en charge médicale des personnes vivant avec le VIH n'est pas disponible partout ;
- le recours aux soins de santé moderne est généralement faible

Figure 7 : Répartition des malades selon qu'ils ont reçu un traitement prophylactique avant le traitement



4.1.3 Traitement ARV et suivi des malades sur 12 mois

Cette partie permet de décrire le déroulement de la prise en charge des malades à travers l'initiation du traitement, les régimes thérapeutiques ARV, la prophylaxie cotrimoxazole, les infections opportunistes, les effets secondaires, le suivi du traitement au niveau de l'établissement et au niveau communautaire et le devenir des malades (décès, perdu de vue, survie) sur 12 mois. Ces différents paramètres seront utilisés pour analyser les facteurs déterminants de la survie pour la suite du rapport.

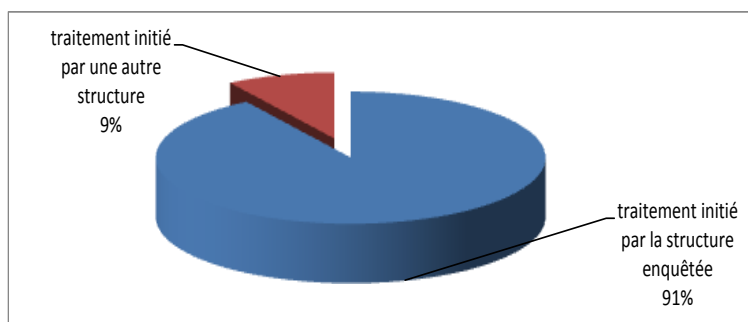
4.1.3.1 Principaux résultats

- Dans la quasi-totalité des cas (91%), le traitement ARV a été initié par la structure enquêtée ;
- 84% des malades ont été mis sous régime ARV en première ligne ;
- 57% des malades ont bénéficié de traitement prophylactique cotrimoxazole au cours du traitement ARV ;
- les infections opportunistes notifiées au cours du traitement ARV sont la diarrhée (16%), l'amaigrissement (13%) et la tuberculose (13%).
- les effets secondaires notifiés sont en général la nausée (8%), les vertiges (8%), l'asthénie (8%) et les céphalées (7%) ;
- un malade sur trois (34%) a été suivi par les organisations communautaires ;
- 4% de cas de décès ont été notifiés et 23% des malades sont perdues de vues
- 75% des malades ont revu après 12 mois de traitement.

4.1.3.2 Initiation du traitement ARV

Dans la quasi-totalité des cas (91%), les malades sont suivis sur les sites qui ont débuté leur traitement ARV.

Figure 8 : Répartition selon que le traitement ARV a été initié par le site qui a suivi le malade ou non



4.1.3.3 Régime ARV

Dans la majorité des cas (84%), les malades sont mis sous régime première ligne.

4.1.3.4 Prophylaxie Cotrimoxazole au cours du traitement ARV

34% des malades ont bénéficié de traitement prophylactique en plus des ARV. Cette situation s'explique par le fait que la plupart des malades ont des antécédents d'infections opportunistes.

4.1.3.5 Survenu des infections opportunistes au cours du traitement ARV

Au cours de la première année de traitement, les infections opportunistes observées sont la diarrhée (16%), la tuberculose (13%) et l'amaigrissement (13%). La fréquence des infections opportunistes notifiées est certainement sous estimée au regard des insuffisances observées pour le remplissage des outils de collecte des données (registre de suivi de cohorte, dossier de malades, registre de traitement ARV).

4.1.3.6 Effets secondaires des traitements ARV

Les effets secondaires notifiés sont liés à l'utilisation des services de santé par les malades une fois sous traitement ARV. Dans la majorité des cas, les plaintes des malades en termes d'effets secondaires sont la nausée (11,4%), les céphalées (6,4%), l'asthénie (5,9%) et les vertiges (4,3%). La survenue de ces effets secondaires a-t-elle des répercussions sur leur survie ?

4.1.3.7 Suivi du traitement ARV

Le suivi des malades sous ARV est caractérisé par :

- Une insuffisance de la référence et contre référence entre les organisations communautaires et les établissements sanitaires ;
- une insuffisance de remplissage et de gestion des outils de collecte de données ;
- une insuffisance du suivi communautaire ;
- une faible communication entre les médecins prescripteurs et les pharmaciens dispensateurs d'ARV

4.1.3.8 Devenir des malades sous ARV sur 12 mois de traitement

Les effets secondaires notifiés sont liés à l'utilisation des services de santé par les malades une fois sous traitement ARV. Dans la majorité des cas, les plaintes des malades en termes d'effets secondaires sont la nausée (11,4%), les céphalées (6,4%), l'asthénie (5,9%) et les vertiges (4,3%). La survenue de ces effets secondaires a-t-elle des répercussions sur leur survie ?

Tableau 5 : Répartition des malades sous à ARV selon leur devenir à 12 mois

Devenir	Pourcentage
Décédés	4%
Perdus de vue	21,0%
Revus après 12 mois de traitement	75,0%
Total	100%

Le devenir des malades sous ARV est étudié selon trois modalités : les décès, les perdus de vue, et la survie à 12 mois.

Les cas de décès

Sur la période 12 mois, le taux de décès est estimé à 21 pour 1000. Même si ce taux est plus élevé que le taux brut de mortalité dans la population générale (en Côte d'Ivoire le taux brut de mortalité est estimé à 13 pour 1000 (RGPH-98), il est certainement sous estimé parce que certains malades perdus de vue pourraient être décédés sans que cela ne soit notifié dans les outils de collecte dans le mesure où le système de référence et contre référence entre le niveau communautaire et les établissements de santé est peu fonctionnel.

Les perdus de vue

Sur la période de 12 mois, environ un malade sur cinq n'a pas été revu, soit 21%.

Les survivants au traitement ARV

Dans 75% des cas, les malades mis sous ARV ont été revus après 12 mois de traitement.

4.1.4 Analyse différentielle de la survie 12 mois de traitement ARV

Cette partie permet de décrire le profil des malades survivants après 12 mois de traitement ARV. Cette description est faite selon les caractéristiques socio-économiques, les antécédents biocliniques, le déroulement et le suivi du traitement ARV.

4.1.4.1 Principaux résultats

- Le taux de survie des malades en activité est significativement plus élevé (82% ; IC_{95%} : 78,0% - 86,0%) par rapport aux autres (72%, IC_{95%} : 69,1% - 74,9%)
- Le taux de survie augmente avec le niveau d'étude des malades mais les différences observées ne sont pas statistiquement significatives
- Le taux de survie est significativement élevé (85%, IC_{95%} : 80,5%-89,5%) lorsque l'état nutritionnel des malades est normal ;
- Le taux de survie est significativement plus élevé (83%, IC_{95%} : 80,3% - 85,7%) pour les malades mis sous prophylaxie cotrimoxazole en plus du traitement ARV que les autres (62,5%, IC_{95%} : 58,2%-66,8%) ;

4.1.4.2 Description de la survie selon les caractéristiques sociodémographiques

Tableau 6 : Taux de survie à 12 mois selon les caractéristiques socio-économiques des malades :

<i>Caractéristiques</i>	<i>Effectif</i>	<i>Taux de survie (%)</i>	<i>Intervalle de confiance à 95%</i>	
Lieu de résidence habituel				
Urbain	949	76,9	74,2	79,6
Rural	240	70	64,2	75,8
Sexe				
Homme	474	74,9	71,0	78,8
Femme	829	75	72,1	77,9
Groupe d'âge				
Moins de 20 ans	62	72,6	61,5	83,7
20 à 29 ans	179	73,7	67,3	80,1
30 à 39 ans	442	75,8	71,8	79,8
40 à 49 ans	318	77,7	73,1	82,3
50 ans et plus	164	77,4	71,0	83,8
Statut matrimonial				
Célibataire	548	76,8	73,3	80,3
Marié ou concubinage	346	75,4	70,9	79,9
Divorcé	71	83,1	74,4	91,8
Veuf	116	73,3	65,2	81,4
Niveau d'étude				
Non scolarisé	386	70,7	66,2	75,2
Primaire	263	76	70,8	81,2
Secondaire	311	79,7	75,2	84,2
Supérieur	118	85,6	79,3	91,9
Occupation				
En activité	357	82	78,0	86,0
Sans emploi	946	72	69,1	74,9
Ensemble	1303	75	72,6	77,4

4.1.4.2.1 *Survie à 12 mois selon le milieu de résidence des malades*

La survie varie selon le milieu de résidence. En effet le taux de survie des malades du milieu urbain (76,9% ; IC95% = 74,2% - 79,6%) est significativement plus élevé que ceux du milieu rural (70,0% ; IC95% : 64,2 % - 75,8%).

4.1.4.2.2 *Survie à 12 mois selon le sexe des malades*

La survie ne varie pas selon le sexe des malades sous ARV. Le taux de survie n'est pas significativement associé au sexe du PVVIH. Il est pratiquement le même que l'on soit un homme (74,9% ; IC95% = 71,0 – 78,8%) ou une femme (75%, IC95% = 72,1% - 77,9%).

4.1.4.2.3 *Survie à 12 mois selon l'âge des malades*

La survie des malades sous ARV ne varie pas significativement selon l'âge au regard des intervalles de confiance à 95%.

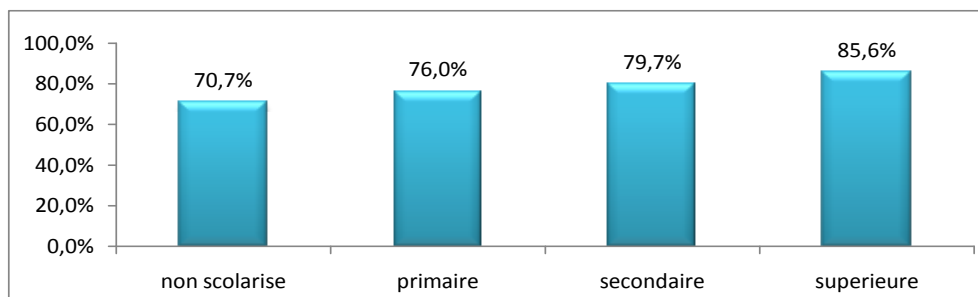
4.1.4.2.4 *Survie à 12 mois selon le statut matrimonial des malades*

Il n'existe pas de différence significative du taux de survie entre les statuts matrimoniaux (célibataire, marié, divorcé, veuf).

4.1.4.2.5 *Survie à 12 mois selon le niveau d'étude des malades*

Le niveau d'étude est une variable discriminante de la survie. En effet, la survie des malades sous ARV augmente avec le niveau d'étude. La survie varie de 70,7% pour les non scolarisés à 85,6% pour les malades de niveau d'étude supérieur.

Figure 9 : Taux de survie selon le niveau d'étude des malades



4.1.4.2.6 *Survie à 12 mois selon l'occupation des malades*

Le taux de survie varie significativement selon l'occupation des malades. Les malades en activité ont un taux de survie plus élevé (82% ; IC95% : 78,0% - 86,0) que ceux qui sont sans emploi (72% ; IC95% : 69,1% - 74,9%).

4.1.4.3 Description de la survie à 12 mois selon les antécédents bioclinique des malades au moment de la mise sous ARV

Tableau 7 : Taux de survie à 12 mois selon les infections opportunistes avant le traitement ARV

<i>Caractéristiques</i>	<i>Effectif</i>	<i>Taux de survie (%)</i>	<i>Intervalle de confiance 95%</i>	
Antécédents d'infections opportunistes				
Tuberculose	281	76,9	72,0	81,8
IST	221	75,6	69,9	81,3
Diarrhée	379	72,3	67,8	76,8
Amaigrissement	387	77,5	73,3	81,7
Pneumonie	142	71,8	64,4	79,2
Zona	373	76,7	72,4	81,0
Méningite	93	68,8	59,4	78,2
Toxoplasmose	102	70,6	61,8	79,4
Données anthropométriques				
IMC < 18,5 : insuffisance pondérale	165	75	68,4	81,6
IMC entre 18,5 et 25,0 : normal	240	85	80,5	89,5
IMC > 25,0 : surpoids	73	78	68,5	87,5
Données biologiques CD4				
Le plus faible (< 56)	87	78,2	69,5	86,9
Le second (entre 57 et 114)	81	82,7	74,5	90,9
Le moyen (entre 115 et 182)	105	79	71,2	86,8
Le quatrième (entre 183 et 277)	93	71	61,8	80,2
Le plus élevé (> 277)	107	80,4	72,9	87,9
Traitement avant ARV				
Cotrimoxazole	434	76	72,0	80,0
Pas cotrimoxazole	796	74,1	71,1	77,1
Ensemble	1303	75	72,6	77,4

4.1.4.3.1 *Survie à 12 mois selon les antécédents infections opportunistes des malades*

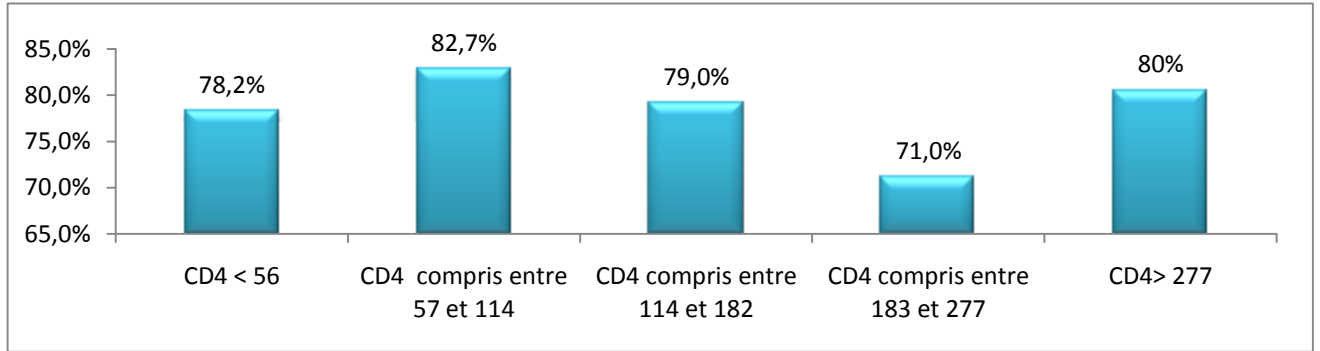
Le taux de survie est significativement plus faible chez les malades ayant un antécédent de méningite (68,8% ; IC95% : 54,9% - 78,2%) par rapport aux autres.

4.1.4.3.2 *Survie à 12 mois selon les données anthropométriques des malades*

Le taux de survie est plus élevé chez les malades ayant un bon état nutritionnel (85,0% ; IC95% : 80,5% - 89,5%) selon l'indice de masse corporelle.

4.1.4.3.3 *Survie à 12 mois selon le CD4 au moment de la mise sous traitement ARV*

Le taux de survie est élevé lorsque le taux de CD4 au moment de la mise sous ARV est compris entre 57 et 114/mm³. Il est plus bas lorsque le taux de CD4 est compris entre 183/ mm³ et 277/ mm³.

Figure 10 :Taux de survie à 12 mois selon le taux de CD4 des malades

4.1.4.3.4 *Survie à 12 mois selon la prophylaxie cotrimoxazole avant la mise sous ARV*

Il n'existe pas une différence significative du taux de survie entre les malades qui ont un antécédent de traitement prophylactique avec le cotrimoxazole (76% ; IC95% :72,0% - 80,0%) et ceux qui ne l'ont pas (74,1% ; IC95% :71,1% - 77,1%). Cependant, les PVVIH sous traitement cotrimoxazole vivent plus longtemps que les autres.

4.1.4.3.5 Description de la survie à 12 mois selon l'évolution du traitement et du suivi des malades

Tableau 8 : Taux de survie à 12 mois selon l'évolution du traitement

<i>Caractéristiques</i>	<i>Effectif</i>	<i>Taux de survie</i>	<i>Intervalle de confiance à 95%</i>	
Traitement ARV				
Le malade est mis sous prophylaxie après le traitement ARV	749	83	80,3	85,7
Le malade n'a pas été mis sous prophylaxie	485	62,5	58,2	66,8
Effet secondaire				
Nausée	105	88,6	82,5	94,7
Vertiges	98	87,8	81,3	94,3
Asthénie	104	82,7	75,4	90,0
Neuropathie	58	84,5	75,2	93,8
Troubles digestifs	65	86,2	77,8	94,6
Céphalées	97	90,7	84,9	96,5
Insomnie	83	86,7	79,4	94,0
Ballonnement	40	82,5	70,7	94,3
Douleur abdominale	46	93,5	86,4	100,6
Troubles cutanées	44	86,6	76,5	96,7
Maladies opportunistes diagnostiquées au cours du traitement				
Tuberculose	165	74,5	67,8	81,2
IST	119	69,7	61,4	78,0
Diarrhée	211	71,1	65,0	77,2
Amaigrissement	175	67,4	60,5	74,3
Pneumonie	106	67	58,0	76,0
Zona	136	72,1	64,6	79,6
Méningite	73	65,8	54,9	76,7
Toxoplasmose	90	66,7	57,0	76,4
Suivi du traitement				
Le malade est suivi par une organisation au niveau communautaire	437	73,7	69,6	77,8
Le malade est vu après 6 mois de traitement	779	93,7	92,0	95,4
Le malade n'a pas été vu à M6	468	42,7	38,2	47,2
Ensemble	1303	75	72,6	77,4

4.1.4.3.5.1 Survie à 12 mois selon la prophylaxie cotrimoxazole au cours du traitement ARV des malades

Le taux de survie varie considérablement selon la mise sous prophylaxie après le traitement ARV. Lorsque les malades sous ARV sont mis sous prophylaxie cotrimoxazole, le taux de survie est significativement plus élevé (83,0% ; IC95% : 80,3% -85,7%) par rapport aux autres (62,5; IC95% :58,2% - 66,8%).

4.1.4.3.5.2 Survie à 12 mois selon les effets secondaires du traitement ARV

Le taux de survie varie selon les effets secondaires signalés par les malades. Le taux de survie est plus bas chez les malades sous ARV qui ont déclarés des cas de douleurs dus au ballonnement ou à une asthénie (82,7% ; IC95% :75,4% -90%). Il est plus élevé lorsque les douleurs ne sont qu'abdominales.

4.1.4.3.5.3 Survie à 12 mois selon les maladies opportunistes diagnostiquées au cours du traitement

La survie des malades varie significativement selon la maladie opportuniste diagnostiquée au cours du traitement. Les malades manifestant une tuberculose au cours de leur traitement ont un taux de survie plus élevé (74,5%, IC95% :67,8% - 81,2%) que les autres. Mais, ceux qui souffrent généralement d'une méningite, toxoplasmose ou amaigrissement vivent moins longtemps par rapport aux autres.

4.1.4.3.5.4 Survie à 12 mois selon le soutien et le suivi par les organisations communautaires

Lorsqu'on tient compte du suivi du traitement, on note un écart significatif du taux de survie entre les malades. Les patients vus après 6 mois de traitement (93,7% : IC95% :92,0% -95,4%) vivent plus longtemps que les autres. Mais, les malades qui n'ont pas été vus après 6 mois (42,7% : IC95% :38,2% - 47,2%) ont une survie moins importante par rapport à ceux qui sont suivis par les organisations communautaires (73,7% : IC95% :69,6% - 77,8%).

4.1.5 Evolution de la survie 12 mois de traitement ARV entre l'enquête de base et l'enquête actuelle

Cette partie permet de mesurer les progrès en termes de survie des malades après 12 mois de traitement ARV entre l'enquête de base et cette enquête. Cette analyse de tendance est faite selon les facteurs défavorables à la survie à l'issue de la première étude (Cf. *Celbany International, Care, Rapport enquête sur les indicateurs d'impact de la lutte contre le Sida en Côte d'Ivoire, Classification des malades selon les facteurs déterminants de la survie*).

4.1.5.1 Principaux résultats

- Le taux de survie à 12 mois est passé de 71,7% (IC_{95%} : 70,7% - 72,9%) à 75% (IC_{95%} : 72,6% - 77,4%), soit une augmentation de 3%. Cette augmentation est statistiquement significative.
- Le taux de survie à 12 mois des malades vivant en couple est passé de 71,8% (IC_{95%} : 70,0% - 73,6%) à 75,4% (IC_{95%} : 70,9% - 79,9%), soit une augmentation de 3,6%. Cette augmentation n'est pas statistiquement significative.
- Le taux de survie à 12 mois des malades ayant la diarrhée est passé de 60,9% (IC_{95%} : 57,9% - 63,9%) à 72,3% (IC_{95%} : 67,8% - 76,8%), soit une augmentation de 11,4%. Cette augmentation est statistiquement significative.
- Le taux de survie à 12 mois des malades ayant la Tuberculose est passé de 71,7% (IC_{95%} : 69,2% - 74,2%) à 76,9% (IC_{95%} : 72,0% - 81,8%), soit une augmentation de 5,2%. Cette augmentation n'est pas statistiquement significative.
- Le taux de survie à 12 mois des malades ayant le zona est passé de 71,0% (IC_{95%} : 68,8% - 73,2%) à 76,7% (IC_{95%} : 72,4% - 81,0%), soit une augmentation de 6,7%. Cette augmentation n'est pas statistiquement significative.
- Le taux de survie à 12 mois des malades ayant une insuffisance pondérale (IMC < 18,5 kg/m²) est passé de 74,1% (IC_{95%} : 70,6% - 77,6%) à 75% (IC_{95%} : 68,4% - 81,6%), soit une augmentation de 0,9%. Cette augmentation n'est pas statistiquement significative.

4.1.5.2 Evolution du devenir des malades sous ARV

Tableau 9 : Comparaison du devenir des malades après 12 mois de traitement ARV entre l'enquête de base et cette enquête

Devenir	Enquête de base (n = 1389)	Enquête actuelle (n=1303)
Décédés	2,3%	4%
Perdus de vue	26,0%	21,0%
Revus après 12 mois de traitement	71,7%	75,0%
Total	100%	100%

$X^2 = 14,1$ ddl = 2 , p = 0,00

4.1.5.3 Evolution du taux de survie selon les facteurs défavorables

Tableau 10 : Taux de survie selon les caractéristiques défavorables à la survie des malades :

Facteurs défavorables à la survie	Enquête de base (n = 1389)		Enquête actuelle (n=1303)		écart
	Taux de survie (%)	Intervalle de confiance à 95%	Taux de survie	Intervalle de confiance à 95%	
Marié ou union libre	71,8	70,0 – 73,6	75,4	70,9 – 79,9	+ 3,6
Diarrhée	60,9	57,9 – 63,9	72,3	67,8 – 76,8	+11,4
Tuberculose	71,7	69,2 – 74,2	76,9	72,0 – 81,8	+5,2
Zona	71,0	68,8 – 73,2	76,7	72,4 – 81,0	+6,7
Insuffisance pondérale	74,1	70,6 – 77,6	75,0	68,4 – 81,6	+0,9

D'une manière générale, le taux de survie des malades sous ARV à 12 mois a connue une progression positive pour l'ensemble des facteurs identifiés comme défavorables à la survie selon les résultats de l'enquête de base. Le taux de survie actuelle (75%) est significativement plus élevé que celui de l'enquête de base (71,7%) (P = 0,0). Cependant les écarts observés ne sont pas significatifs en dehors des malades ayant présenté les cas de diarrhée. En effet, le taux de survie a connu une augmentation statistiquement significative de 11,4 points par rapport à l'enquête de base. Cette situation pourrait s'expliquer par le fait que les organisations communautaires ont de plus en plus développé les soins palliatifs et le soutien nutritionnel notamment à travers la mise en œuvre du volet communautaire du programme OASIS.

4.1.6 Analyse différentielle de la survie 18 mois de traitement ARV

Le profil des malades survivants après 18 mois de traitement ARV se fera également suivant les caractéristiques socio-économiques, les antécédents biocliniques, le déroulement et le suivi du traitement ARV.

4.1.6.1 Principaux résultats

- Le taux de survie augmente avec le niveau d'étude des malades mais les différences observées ne sont pas statistiquement significatives
- Le taux de survie est significativement plus élevé pour les malades mis sous prophylaxie cotrimoxazole en plus du traitement ARV (67,7%, IC_{95%} : 63,1% - 72,3%) que les malades qui n'ont pas été mis sous prophylaxie cotrimoxazole (49,5%, IC_{95%} : 44,1%-54,9%) ;
- Il n'existe pas de différence significative entre le taux de survie des patients en activité (66,1% ; IC=59,9% -72,3%) et celui des patients sans emploi (56,6% ; IC= 52,3%-60,9%)

4.1.6.2 Description de la survie à 18 mois selon les caractéristiques sociodémographiques

Tableau 11 : Taux de survie à 18 mois selon les caractéristiques socio-économiques des malades

<i>Caractéristiques</i>	<i>Effectif</i>	<i>Taux de survie (%)</i>	<i>Intervalle de confiance à 95%</i>	
Lieu de résidence habituel				
Urbain	520	62,7	58,5	66,9
Rural	145	49	40,9	57,1
Sexe				
Homme	266	58,6	52,7	64,5
Femme	470	60	55,6	64,4
Groupe d'âge				
Moins de 20 ans	39	56,4	40,8	72,0
20 à 29 ans	92	62	52,1	71,9
30 à 39 ans	246	57,7	51,5	63,9
40 à 49 ans	192	65,6	58,9	72,3
50 ans et plus	77	66,2	55,6	76,8
Statut matrimonial				
Célibataire	310	62,6	57,2	68,0
Marié ou concubinage	197	55,3	48,4	62,2
Divorcé	51	76,5	64,9	88,1
Veuf	72	56,9	45,5	68,3
Niveau d'étude				
Non scolarisé	221	56,6	50,1	63,1
Primaire	151	62,3	54,6	70,0
Secondaire	190	61,1	54,2	68,0
Supérieur	64	76,6	66,2	87,0
Occupation				
En activité	227	66,1	59,9	72,3
Sans emploi	509	56,6	52,3	60,9
Ensemble	736	60	56,5	63,5

4.1.6.2.1 *Survie à 18 mois selon le milieu de résidence des malades*

La survie à 18 mois varie également selon le milieu de résidence comme on l'a constaté chez les malades mis sous ARV depuis 12 mois. Le taux de survie des malades du milieu urbain (62,7% ; IC95% = 58,5% - 66,9%) est significativement plus élevé que ceux du milieu rural (49,0% ; IC95%: 40,9% - 57,1%).

4.1.6.2.2 *Survie à 18 mois selon le sexe des malades*

Le sexe n'est pas significativement associé à la survie des malades après 18 mois de traitement même si le taux de survie chez la femme est légèrement plus élevé (60,0% : IC95% = 55,6% - 64,4%) que celui de l'homme (58,6% : IC95% = 52,7% - 64,5%).

4.1.6.2.3 *Survie à 18 mois selon l'âge des malades*

Le taux de survie après 18 mois de traitement n'est pas différentiel chez le malade selon qu'il appartienne à un groupe d'âges spécifique.

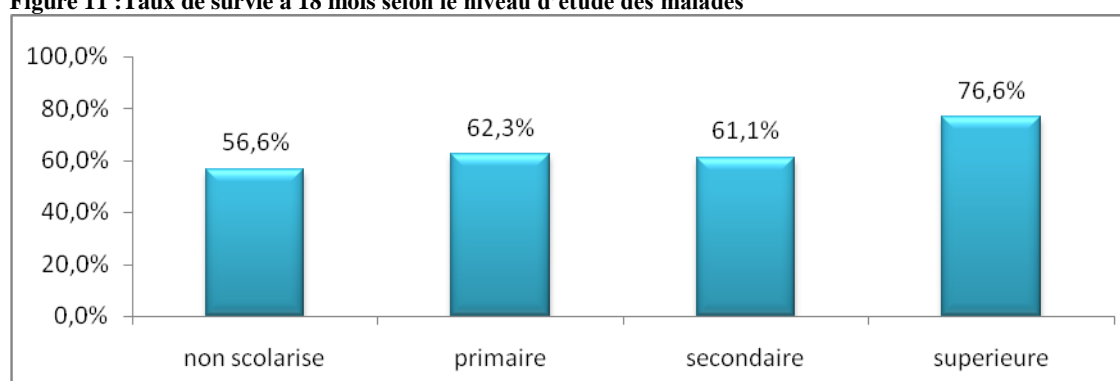
4.1.6.2.4 *Survie à 18 mois selon le statut matrimoniale des malades*

Contrairement à la survie après 12 mois, il existe une différence significative du taux de survie (après 18 mois de traitement) entre les statuts matrimoniaux (célibataire, marié, divorcé, veuf) ; en témoigne les intervalles de confiance.

4.1.6.2.5 *Survie à 18 mois selon le niveau d'étude des malades*

Le niveau d'étude est significativement associé à la survie chez les malades après 18 mois de traitement. Dans l'ensemble, la survie augmente avec le niveau d'étude. De 56,6% (IC95% = 50,1% - 63,1%) chez les non scolarisés, le taux de survie passe à 76,6% (IC95% = 66,2 - 87,0%).

Figure 11 : Taux de survie à 18 mois selon le niveau d'étude des malades



4.1.6.2.6 *Survie à 18 mois selon l'occupation des malades*

Le taux de survie varie significativement selon l'occupation des malades. Les malades en activité ont un taux de survie plus élevé (66,1% ; IC95% = 59,9% - 72,3) que ceux

qui sont sans emploi (56,6% ; IC95% = 52,3% - 60,9%).

4.1.6.3 Description de la survie à 18 mois selon les antécédents bioclinique des malades au moment de la mise sous ARV

Tableau 12 : Taux de survie à 18 mois selon les infections opportunistes avant le traitement ARV

<i>Caractéristiques</i>	<i>Effectif</i>	<i>Taux de survie (%)</i>	<i>Intervalle de confiance 95%</i>	
Antécédents d'infections opportunistes				
Tuberculose	150	58,7	50,8	66,6
IST	135	58,5	50,2	66,8
Diarrhée	222	54,1	47,5	60,7
Amaigrissement	259	63,3	57,4	69,2
Pneumonie	74	55,4	44,1	66,7
Zona	215	63,7	57,3	70,1
Méningite	47	57,4	43,3	71,5
Toxoplasmose	52	42,3	28,9	55,7
Données anthropométriques				
IMC < 18,5 : insuffisance pondérale	82	54,9	44,1	65,7
IMC entre 18,5 et 25,0 : normal	130	70,8	63,0	78,6
IMC > 25,0 : surpoids	37	70,3	55,6	85,0
Données biologiques CD4				
Le plus faible (< 56)	99	55,6	45,8	65,4
Le second (entre 57 et 114)	115	67,8	59,3	76,3
Le moyen (entre 115 et 182)	121	67,8	59,5	76,1
Le quatrième (entre 183 et 277)	117	59,8	50,9	68,7
Le plus élevé (> 277)	186	58,6	51,5	65,7
Traitement avant ARV				
Cotrimoxazole	194	51	44,0	58,0
Pas cotrimoxazole	542	62,5	58,4	66,6
Ensemble	736	60	56,5	63,5

4.1.6.3.1 *Survie à 18 mois selon les antécédents infections opportunistes des malades*

Après 18 mois de traitement, le taux de survie est significativement plus faible chez les malades ayant un antécédent de toxoplasmose (42,3% ; IC95% : 28,9% - 55,7%) par rapport aux autres. De plus, l'écart entre ce taux de survie et celui de l'ensemble (60% ; IC95% : 56,5 – 63,5%) est le plus élevé (17,7 points).

4.1.6.3.2 *Survie à 18 mois selon les données anthropométriques des malades*

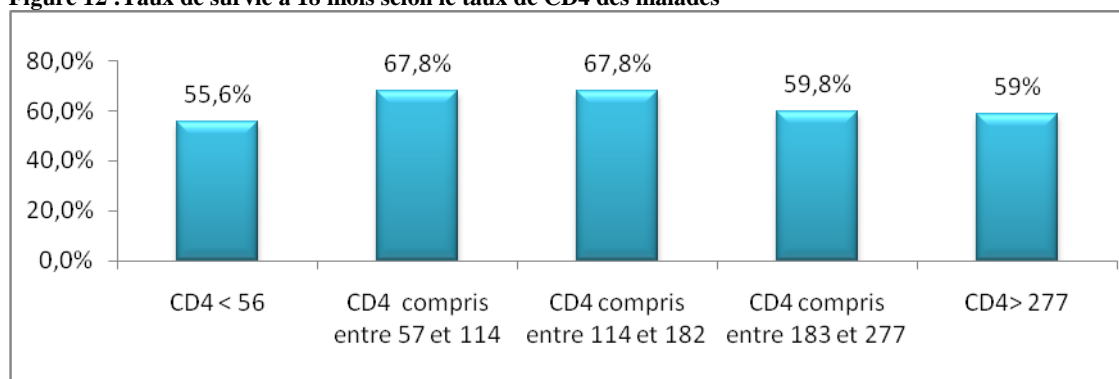
Le taux de survie est plus élevé à la fois chez les malades ayant un bon état nutritionnel (70,8% ; IC95% = 63,0% - 78,6%) et chez ceux dont l'IMC > 25kg/m² (70,3% ; IC95%

= 55,6% - 85,0%) selon l'indice de masse corporelle.

4.1.6.3.3 *Survie à 18 mois selon le CD4 au moment de la mise sous traitement ARV*

Le taux de survie est élevé lorsque le taux de CD4 au moment de la mise sous ARV est compris entre 57 et 182/mm³. Il est plus bas lorsque le taux de CD4 est compris entre 183 et 277/mm³

Figure 12 :Taux de survie à 18 mois selon le taux de CD4 des malades



4.1.6.3.4 *Survie à 18 mois selon la prophylaxie cotrimoxazole avant la mise sous ARV*

Les patients sous cotrimoxazole avant la mise sous traitement ARV ont un taux de survie de 51 % (IC : 44% - 58%) contre 62,5% (IC : 58,4%-66,6%) pour ceux qui ne sont pas sous cotrimoxazole.

4.1.6.3.5 *Description de la survie à 18 mois selon l'évolution du traitement et du suivi des malades*

Tableau 13 : Taux de survie à 18 mois selon l'évolution du traitement

Caractéristiques	Effectif	Taux de survie	Intervalle de confiance à 95%	
Traitement ARV				
Le malade est mis sous prophylaxie après le traitement ARV	403	67,7	63,1	72,3
Le malade n'a pas été mis sous prophylaxie	333	49,5	44,1	54,9
Effet secondaire				
Nausée	62	69,4	57,9	80,9
Vertiges	55	67,3	54,9	79,7
Asthénie	71	69	58,2	79,8
Neuropathie	38	60,5	45,0	76,0
Troubles digestifs	33	48,5	31,4	65,6
Céphalées	52	69,2	56,7	81,7
Insomnie	47	72,3	59,5	85,1
Ballonnement	22	59,1	38,6	79,6
Douleur abdominale	32	53,1	35,8	70,4
Troubles cutanés	26	46,2	27,0	65,4

<i>Caractéristiques</i>	<i>Effectif</i>	<i>Taux de survie</i>	<i>Intervalle de confiance à 95%</i>	
Maladies opportunistes diagnostiquées au cours du traitement				
Tuberculose	91	48,4	38,1	58,7
IST	66	42,4	30,5	54,3
Diarrhée	105	49,5	39,9	59,1
Amaigrissement	105	46,7	37,2	56,2
Pneumonie	55	56,4	43,3	69,5
Zona	63	52,4	40,1	64,7
Méningite	41	43,9	28,7	59,1
Toxoplasmose	48	43,8	29,8	57,8
Suivi du traitement				
Le malade est suivi par une organisation au niveau communautaire	225	60,4	54,0	66,8
Le malade est vu après 6 mois de traitement	314	94,6	92,1	97,1
Le malade n'a pas été vu à M6	422	33,4	28,9	37,9
Ensemble	736	60	56,5	63,5

4.1.6.3.5.1 Survie à 18 mois selon la prophylaxie cotrimoxazole au cours du traitement ARV des malades

Le taux de survie varie considérablement selon la mise sous prophylaxie après le traitement ARV. Ce taux de survie est de (67,7% ; IC : 63,1%-72,3%) tandis que celui des patients qui ne sont pas mis sous prophylaxie est de (49,5% ; : 44,1% -54,9%).

4.1.6.3.5.2 Survie à 18 mois selon les effets secondaires du traitement ARV

Le taux de survie varie selon les effets secondaires signalés par les malades. On constate que les taux de survie chez les patients présentant les effets secondaires suivants : Insomnie (72,3% ; IC=55,9%-85,1%), nausée (69,4% ; IC : 57,9-80,9), céphalées (69,2% : IC :56,7%-81,7%), asthénie (69% ; IC=58,2% :79,8%), vertiges (67,3, IC =54,9% :79,7%) sont les plus élevés. Le taux de survie le plus faible qui est de 46,2% se retrouve chez les patients souffrant de troubles cutanés.

4.1.6.3.5.3 Survie à 18 mois selon les maladies opportunistes diagnostiquées au cours du traitement

La survie des malades varie significativement selon la maladie opportuniste diagnostiquée au cours du traitement. Les malades manifestant une pneumonie au cours de leur traitement ont un taux de survie plus élevé (56,45%, IC95% :43,3% - 69,5%) que les autres. Le taux de survie le plus faible se retrouve chez les patients présentant des IST (42,4%, IC95%=30,5%-58,7%).

4.1.6.3.5.4 Survie à 18 mois selon le soutien et le suivi par les organisations communautaires

Lorsque qu'on tient compte du suivi du traitement, on note un écart significatif du taux de survie entre les malades. Les patients vus après 6 mois de traitement ont un taux de survie de 94,6% : IC95% :92,1% -97,1%). Ce taux est de 33,4% (IC=28,9%-37,9%) chez les malades qui n'ont pas été vus après 6 mois. Les malades suivis par les organisations communautaires ont un taux de survie de 60,4% (IC95% :54%-66,8%).

4.1.6.4 Evolution de la survie des malades sous ARV entre 12 mois et 18 mois

Tableau 14 : comparaison du taux de survie des malades sous ARV entre 12 mois et 18 mois

Facteurs défavorables à la survie	Malades sur 12 mois (n = 1303)		Malades sur 18 mois (n=736)		écart
	Taux de survie (%)	Intervalle de confiance à 95%	Taux de survie	Intervalle de confiance à 95%	
Marié ou union libre	75,4	70,9 – 79,9	55,3	48,4 – 62,2	-20,1
Diarrhée	72,3	67,8 – 76,8	49,5	39,9 – 59,1	-22,8
Tuberculose	76,9	72,0 – 81,8	48,4	38,1 – 58,7	-28,5
Zona	76,7	72,4 – 81,0	52,4	40,1 – 64,7	-24,3
Insuffisance pondérale	75,0	68,4 – 81,6	54,9	44,1 – 65,7	-20,1

D'une manière générale, le taux de survie des malades sous ARV baisse considérablement entre 12 mois et 18 mois (- 15,0%). Cette baisse du taux de survie sur cette période de 6 mois est plus accentuée lorsque le malade a la tuberculose (-28,5%), le zona (-24,3%), la diarrhée (-22,8%), l'insuffisance pondérale (-20,1%).

4.1.7 Analyse des facteurs de la survie des malades sous ARV au niveau communautaire

Cette partie permet d'apprécier l'effet de certains facteurs communautaires tels que (i) l'implication des PVVIH aux activités de lutte contre le Sida, (ii) l'intégration des malade dans la société, (iii) la gestion de la séropositivité et l'observance du traitement ARV et (iv) les interventions des organisations communautaires sur la survie des malades sous ARV.

a) Implication des PVVIH aux activités de lutte contre le Sida et la survie

D'une manière générale, les PVVIH sous ARV interrogées pensent que les ARV améliorent leur état de santé. Certains malades pensent la prise d'ARV n'est une condition suffisante pour avoir la meilleure santé. Selon un PVVIH sous ARV interrogé à Divo « *la majorité des malades se rendre à l'hôpital lorsqu'ils sont au stade terminal, dans ce cas, les ARV ne peuvent pas faire grande chose* ». Ce message est très important et concorde avec les résultats de l'analyse différentielle de la survie. En effet lorsque le CD4 est très bas le taux de survie est très faible, lorsque les malades ont une insuffisance pondérale (IMC < 18,5 kg/m²) le taux de survie est faible. En plus du traitement médical, les PVVIH ont exprimé des besoins en moyens financiers et matériel pour améliorer leur condition de survie. Même si les PVVIH suivis par les ONG affirment que ces organisations les aident, ils reconnaissent dans l'ensemble que ces organisations n'ont pas assez de moyen. Si nous reprenons l'expression de d'une PVVIH à Séguéla : « *Ici à Séguéla, les ONG nous aident mais ils n'ont pas assez de moyens, je souhaite qu'on leur donne plus de moyens pour qu'elles aident les personnes qui n'ont rien* ». L'implication des PVVIH à la lutte contre le Vih/sida améliorent leur condition de vie notamment sur l'intégration communautaire, la sensibilisation de la population contre la stigmatisation, l'auto-rejet, l'intégration communautaire et le jugement de la mort comme fatalité. Les propos d'une PVVIH d'Aobisso « *Nous menons des activités avec Lumière Action Section d'Aobisso, ces activités ont un impact positif sur notre entourage et sur la communauté ; depuis que je participe aux activités de la LASA, je n'ai plus de soucis sur ma mort éventuelle du vih.* » permet de mieux apprécier l'implication des PVVIH aux activités de lutte comme facteur favorable à la survie et à la prévention positive.

b) Intégration communautaire des PVVIH et la survie

L'intégration communautaire est un facteur déterminant pour la survie du malade selon les PVVIH interrogées. A cet effet, les leaders communautaires et religieux doivent jouer un rôle important. Au cours de cette étude, quelques leaders communautaires ont été interviewés par les superviseurs. Il ressort que l'homme n'a pas le droit de rejeter son prochain selon le religieux. Les propos d'un chef religieux à Séguéla « *nous avons des PVVIH dans notre communauté, ces personnes ont les mêmes traitements que ceux qui ne sont pas atteints du Vih/sida, nous les associons à tout car il n'y a pas de discrimination chez nous ici* » montre que la discrimination est une faute humaine qui va à l'encontre des personnes malades. Certains leaders affirment que les PVVIH ne sont pas bien intégrés parce qu'ils sont jugés dangereux selon certaines personnes.

c) Gestion du statut de séropositivité et observance du traitement sur la survie sous ARV

Malgré les efforts fournis par le gouvernement et les partenaires à la lutte contre le VIH et l'adoption de l'accès universel aux soins et traitement des malades, certains malades ne bénéficient pas pleinement des services pour plusieurs raisons. La non acceptation du statut comme séropositif a impact sur la survie du malade. Au cours de cette étude, avec l'aide des conseillers communautaires, notre équipe a pu recueillir des informations auprès des proches des malades sous ARV décédés au cours des 18 derniers mois. Il ressort des interviews que la plupart des PVVIH décédés sont ceux qui n'ont pas accepté facilement leur statut. La sœur d'une PVVIH décédée : « *ma sœur après avoir fait son test , n'a pas accepté le résultat séropositif ; quand elle a commencé à faire la maladie nous lui avons dit que si elle ne prend pas les ARV elle va mourir ; donc elle est allée à l'hôpital, les docteurs lui ont donné les médicaments, elle nous faisait croire qu'elle prenait ses médicaments, c'est lorsqu'elle est décédée qu'on a découvert tout cela* » illustre bien que le rejet du statut et la non observance du traitement ARV, sont des facteurs limitant la survie des PVVIH.

d) Apport des interventions des organisations communautaires sur la survie des PVVIH

L'action des organisations communautaires au bénéfice des PVVIH sous ARV est indispensable pour améliorer la qualité de vie des PVVIH et améliorer leur survie. C'est donc dans cette perspective que le programme OASIS a en plus du volet public, un volet communautaire dans le but d'avoir une intervention complète et efficace. L'apport des interventions des ONG a été discuté avec plusieurs groupes (PVVIH, les leaders communautaires, les familles, les conseillers communautaires, les prescripteurs, ...). Dans la majorité des cas (68%), les malades sous ARV suivis par les organisations communautaires sont satisfaits de leurs interventions.

4.2 Pourcentage des enfants dépistés négatifs nés de mères séropositives

4.2.1 Description de la population étudiée

Cette partie porte sur la présentation de la population des enfants testés, objet de l'étude. La description est faite selon les caractéristiques démographiques des enfants, la prise en charge ARV des mères, le mode d'allaitement et les conditions du test.

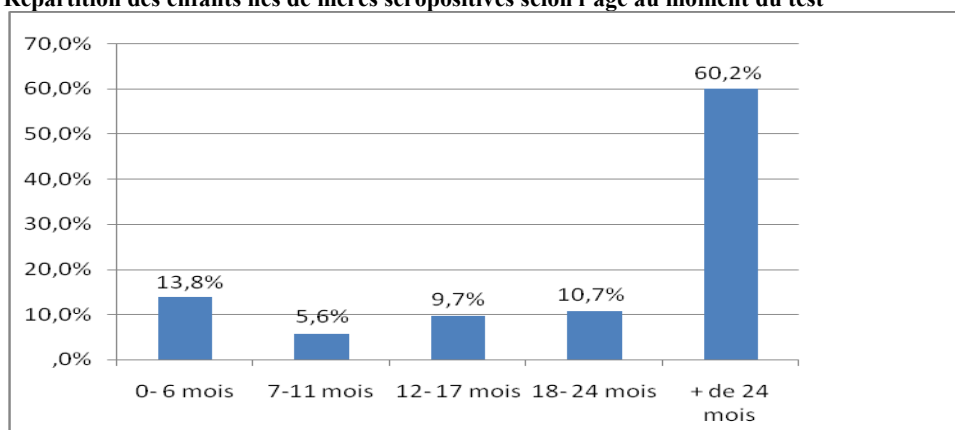
4.2.1.1 Principaux résultats

- 196 enfants nés de mères séropositives testés constitue la population d'étude
- 25,5% des enfants ont été allaités artificiellement jusqu'à 6 mois ;
- 10,7% des enfants ont été testé entre 18 et 24 mois ;
- Seulement 7,7% des enfants ont bénéficié d'un deuxième test ;
- 32,7% des tests ont été réalisés à la PCR à 6 semaines ;
- Un peu plus de la moitié des tests est la sérologie (67,3%).

4.2.1.2 L'âge au premier test

Le taux de test entre 18 et 24 mois est de 10,7%

Figure 13 : Répartition des enfants nés de mères séropositives selon l'âge au moment du test



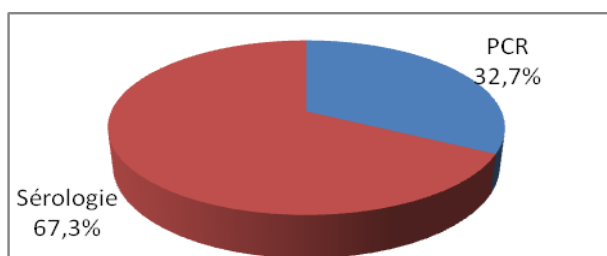
4.2.1.3 Le mode d'allaitement des enfants testés

Dans trois quart des cas (74,5%), l'allaitement maternel exclusif jusqu'à 6 mois est le mode d'alimentation de l'enfant notifié par les agents de santé. Cette proportion est largement supérieure à celle fournie par les enquêtes communautaires. La proportion de l'allaitement maternel exclusif est élevée parce que cette information est mal renseignée par les agents de santé.

4.2.1.4 Le type de test réalisé

Le test à la PCR à 6 semaines a été réalisé dans 32,7% des cas.

Figure 14 : Répartition des enfants nés de mères séropositives dépistés selon le type de test de dépistage du VIH



4.2.2 Description du pourcentage des enfants négatifs au test de dépistage du Vih nés de mères séropositives

Cette partie permet de décrire le pourcentage des enfants séronégatifs nés de mères séropositives selon les caractéristiques démographiques, le régime ARV de la mère et les conditions du test.

4.2.2.1 Principaux résultats

Le pourcentage des enfants séronégatifs nés de mères séropositives est estimé à 61,2% (IC95% : 52,5% - 69,9%)

Le pourcentage d'enfants séronégatifs ne varie pas selon le mode d'alimentation ;

Le pourcentage des enfants séronégatifs nés testés entre 18 mois et 24 mois de mères séropositives est estimé à 66,7% (IC95% : 46,5% -86,9%)

Tableau 15 : Le pourcentage des enfants séronégatifs selon les caractéristiques des enfants et les conditions du test

<i>Caractéristiques</i>	<i>Effectif</i>	<i>% enfants séronégatifs</i>	<i>Intervalle de confiance à 95%</i>	
Mode d'alimentation				
Allaitement Maternel Exclusif	146	61	53,1	68,9
Alimentation de remplacement	50	62	48,5	75,5
Age au moment du test				
0 – 6 mois	27	96,3	89,2	100
7 – 11 mois	11	90,9	73,9	100
12-17 mois	19	94,7	84,6	100
18 – 24 mois	21	66,7	46,5	86,9
25 mois &+	118	44,1	35,1	53,1
Ensemble	196	61,2	52,5	69,9

5 CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

L'étude sur les indicateurs d'impact de la lutte contre le Sida a été mise en œuvre de l'étude à travers 1303 dossiers de malades mis sous ARV sur 12 mois et 736 dossiers de malades sous ARV sur 18 mois dans les sites ARV soutenus par le Fonds Mondial (projet CARE/OASIS) et 196 dossiers et fiches de suivi d'enfants nés de mères séropositives testés ont été analysés. Les résultats montrent que :

- Le taux de survie sur 12 mois est estimé à 75% (IC_{95%} : 72,1% - 77,9%) pour les malades mis sous ARV entre juillet 2007 et avril 2008 contre 71,7% (IC_{95%} : 70,1% - 73%) pour les malades mis sous ARV entre janvier 2006 et décembre 2006, soit une progression de 3,3%. Cette différence est statistiquement significative (test de X² ; P < 0,001). Pourrait-on conclure que la situation de survie des malades s'est-elle améliorée ? En plus de l'accès au traitement ARV et des infections opportunistes, les entretiens réalisés auprès des PVVIH, des leaders communautaires et religieux, des familles et proches de PVVIH décédés montrent que la survie dépend de leur intégration dans les sociétés, leur implication dans les activités communautaires, l'acceptabilité du résultat séropositif, l'observance du traitement, ainsi que l'apport des organisations communautaires. L'analyse des données communautaires a montré que la discrimination, la stigmatisation, le faible niveau socio-économique des PVVIH sont des facteurs limitant la survie des malades sous ARV.
- Le taux de survie des malades entre 12 mois et 18 mois connaît une baisse considérable (-15%). Cette tendance négative du taux de survie sur cette période de 6 mois est plus accentuée lorsque le malade a la tuberculose (-28,5%), le zona (-24,3%), la diarrhée (-22,8%), l'insuffisance pondérale (-20,1%). L'insuffisance du suivi au niveau des établissements sanitaires, l'inexistence d'un système de référence et de contre référence entre les organisations communautaires et les structures de santé offrant le traitement ARV sont les principales raisons de la forte baisse du taux de survie lorsque le temps de mise sous ARV s'allonge.
- La proportion d'enfants testés entre 18 mois et 24 mois est faible (11%). A cet effet, l'indicateur a été calculé avec tous les cas testés quelque soit l'âge au test. Aussi, le test réalisé a été confirmé que dans 8% des cas. Le pourcentage d'enfants négatifs au test du VIH nés de mères séropositives est estimé à 61,2% (IC_{95%} : 52,5% - 69,9%). Cette proportion est faible par rapport aux objectifs nationaux en matière de réduction de la transmission du VIH de la mère à l'enfant.

Au terme de l'étude nous recommandons :

1. Améliorer la disponibilité et la qualité des données relatives aux malades sous ARV

2. Améliorer la survie des malades sous ARV

3. Améliorer le pourcentage des enfants séronégatifs nés de mères séropositives

1 - Pour améliorer la disponibilité et la qualité des données de base pour l'évaluation des indicateurs d'impact

- mettre en place des outils de collecte standardisés pour le suivi des malades sous traitement ARV ;
- renforcer la mise en place du logiciel SIG-VIH sur les sites ;
- vulgariser l'utilisation de dossier individuel des malades ;
- former et superviser les personnes impliquées dans la collecte des données sur les sites ;
- organiser des réunions trimestrielles pour le monitoring des activités VIH/Sida avec la participation de l'ensemble des personnels impliqués et les agents communautaires ;
- conduire des enquêtes communautaires sur la survie des malades sous ARV autour des sites de prise en charge ;
- mettre en place un système d'audit interne et externe des données dans les structures de santé et dans les organisations communautaires selon l'approche DQA (Data Quality Analysis) ;
- mettre en place ou renforcer le système de référence et de contre référence entre les organisations communautaires et les structures sanitaires ;
- conduire des enquêtes communautaires sur la prévalence du VIH chez les enfants et les femmes.

2 - Pour améliorer la survie des malades sous ARV

- impliquer davantage les leaders communautaires et religieux dans les activités d'offre de service de prévention et de prise en charge des PVVIH ;
- renforcer la mise en œuvre de la prévention positive ;
- impliquer les familles et les proches des malades pour la surveillance de l'observance du traitement ARV ;
- impliquer les collectivités territoriales et autres (Conseils Généraux, Mairies, Mutuelles et Association de base communautaire) dans la prise en charge économique des PVVIH ;
- impliquer les PVVIH dans la sensibilisation des populations au dépistage précoce;
- approvisionner régulièrement des sites en médicaments et intrants stratégiques ;
- renforcer la collaboration positive entre les prescripteurs, les dispensateurs et les conseillers communautaires.

3 - Pour améliorer le pourcentage des enfants séronégatifs nés de mères séropositives

- renforcer le suivi des enfants nés de mères séropositives au niveau des établissements sanitaires ;
- mettre en place un système de recherche active des enfants nés de mères séropositives ;
- organiser le suivi des femmes enceintes dépistées séropositives dans la communauté ;
- mettre en œuvre des stratégies pour intégrer effectivement le suivi des enfants nés de mères séropositives avec les autres services de santé post-natals tel que le suivi de la croissance, la vaccination, la distribution de moustiquaire ;
- approvisionner régulièrement les sites de PTME en médicaments et intrants stratégiques ;
- renforcer le partenariat entre les agents de santé et les agents communautaires ;
- mettre en place des groupes de soutien autour des sites de PTME.