



**CNLS-IST**

CONSEIL NATIONAL DE LUTTE CONTRE LE SIDA  
ET LES INFECTIONS SEXUELLEMENT TRANSMISSIBLES

## **Rapport final du 05 août 2022**

**Analyse de la rétention dans les soins des personnes  
vivant avec le VIH au Togo en 2021**

**Consultant**

**Centre Africain de Recherche en Epidémiologie et en Santé  
Publique (CARESP)**

## **Remerciements**

Le coordonnateur du SP/CNLS adresse ses gratitudes :

- A FHI360/ EWA qui a financé cette étude dans le cadre de la mise en œuvre du programme de PEFPAR au Togo
- Aux personnes ressources du groupe national de référence de suivi-évaluation pour leurs disponibilités et leurs appuis
- Au Cabinet CARESP pour leur expertise et la qualité du travail réalisé

## Table des matières

Liste des tableaux.....	3
Liste des figures .....	4
Equipe CARESP.....	5
1. Contexte .....	9
1.1 Epidémiologie du VIH dans le monde et en Afrique.....	9
1.2 Prévalence du VIH au Togo .....	9
1.3 Stratégies de prise en charge du VIH au Togo .....	10
1.4 Rétention dans les soins .....	11
2 Justification .....	14
3 Objectifs.....	14
3.1 Objectif principal .....	14
3.2 Objectifs secondaires .....	14
4 Méthodes.....	15
4.1 Types d'étude .....	15
4.2 Définition des concepts .....	15
4.3 Sélection des sites d'études .....	16
4.4 Approche quantitative.....	16
4.4.1 Étude de cohorte rétrospective.....	16
4.4.2 Étude transversale.....	17
4.5 Approche qualitative .....	17
4.6 Collecte des données .....	18
4.7 Analyses des données .....	19
4.8 Assurance qualité .....	19
4.8.1 Coordination générale .....	19
4.8.2 Recrutement et formation des enquêteurs .....	20
4.8.3 Considérations éthiques .....	20
Enquête quantitative .....	21
5 Résultats.....	22
5.1 Caractéristiques sociodémographiques .....	22
5.2 Statut des patients inclus dans l'analyse.....	24
5.3 Analyse de sensibilité chez les patients enrôlés dans les cohortes à partir de 2020 .....	42
5.4 Facteurs associés à la rétention.....	45
Enquête qualitative .....	47
6 Facteurs défavorables à la rétention des PVVIH dans les soins ARV .....	48
6.1 Facteurs liés au traitement ARV.....	48
6.2 Facteurs psychosociaux .....	50
6.3 Facteurs liés à la communication sur la maladie.....	52
6.4 Facteurs familiaux et communautaires.....	53
6.5 Facteurs socioéconomiques.....	55
6.6 Facteurs liés à l'organisation de la prise en charge .....	58
6.7 Motivation salariale insuffisante.....	63
7 Bonnes pratiques à la rétention des PVVIH dans les soins ARV.....	64
8 Principales recommandations .....	67
Annexe.....	68
Références .....	71

## Liste des tableaux

<b>Tableau 1</b> : Proportion de perdus de vue et tracing des perdus de vue en Afrique subsaharienne ....	12
<b>Tableau 2.</b> Types d'études et leurs liens avec les objectifs de l'étude .....	15
<b>Tableau 3.</b> Taille de l'échantillon par région et par type de sites.....	17
<b>Tableau 4.</b> Caractéristique-socio-démographique des patients de 15 ans et + infectés par le VIH (N = 2 100).....	22
<b>Tableau 5.</b> Paramètres de suivi des patients infectés par le VIH (N = 2 100).....	23
<b>Tableau 6.</b> Caractéristique-socio-démographique des patients de 15 ans et + infectés par le VIH (N = 2 100) selon les sites EAWA .....	69
<b>Tableau 7.</b> Paramètres de suivi des patients infectés par le VIH (N = 2 100) selon les sites EAWA ..	70

## Liste des figures

<b>Figure 1.</b> Résultats du tracing des PDV (Source (FHI, 2021) <sup>5</sup> .....	13
<b>Figure 2.</b> Différents indicateurs de suivi des adultes .....	25
<b>Figure 3.</b> Courbe de survenue des décès chez les adultes infectés par le VIH au Togo .....	26
<b>Figure 4.</b> Courbe de survenue des décès chez les adultes infectés par le VIH au Togo selon l'âge à l'initiation du traitement ARV .....	27
<b>Figure 5.</b> Courbe de survenue des décès chez les adultes infectés par le VIH au Togo selon le sexe .....	28
<b>Figure 6.</b> Courbe de survenue des décès chez les adultes infectés par le VIH au Togo selon le stade clinique OMS .....	29
<b>Figure 7.</b> Courbe de perdus de vue chez les adultes infectés par le VIH au Togo .....	30
<b>Figure 8.</b> Courbe de perdus de vue chez les adultes infectés par le VIH au Togo selon l'âge à l'initiation du traitement.....	31
<b>Figure 9.</b> Courbe de perdus de vue chez les adultes infectés par le VIH au Togo selon le sexe .....	32
<b>Figure 10.</b> Courbe de perdus de vue chez les adultes infectés par le VIH au Togo selon le stade clinique OMS.....	33
<b>Figure 11.</b> Courbe de perdus de vue chez les adultes infectés par le VIH au Togo selon le site EAWA .....	34
<b>Figure 12.</b> Courbe de perdus de vue chez les adultes infectés par le VIH au Togo selon le type du site .....	35
<b>Figure 13.</b> Devenir des sujets déclarés « perdus de vue » (n = 158).....	36
<b>Figure 14.</b> Courbe de rétention chez les adultes infectés par le VIH au Togo .....	37
<b>Figure 15.</b> Courbe de rétention chez les adultes infectés par le VIH au Togo selon l'âge à l'initiation du traitement.....	38
<b>Figure 16.</b> Courbe de rétention chez les adultes infectés par le VIH au Togo selon le sexe.....	39
<b>Figure 17.</b> Courbe de rétention chez les adultes infectés par le VIH au Togo selon le stade clinique OMS.....	40
<b>Figure 18.</b> Courbe de rétention chez les adultes infectés par le VIH au Togo selon le site PEPFAR .	41
<b>Figure 19.</b> Courbe de rétention chez les adultes infectés par le VIH au Togo selon le type du site ....	42
<b>Figure 20.</b> Courbe de perdu de vue chez les adultes infectés par le VIH au Togo selon le site PEPFAR .....	43
<b>Figure 21.</b> Courbe de décès chez les adultes infectés par le VIH au Togo selon le site PEPFAR.....	44
<b>Figure 22.</b> Courbe de rétention chez les adultes infectés par le VIH au Togo selon le site PEPFAR .	45
<b>Figure 23.</b> Facteurs associés à la rétention : modèle de régression de Cox (N = 1 453) .....	46

## Equipe CARESP

Centre Africain de Recherche en Épidémiologie et en Santé Publique (CARESP)	
<b>Pr Didier K. EKOUEVI</b>	Médecin Épidémiologiste Professeur de Santé Publique, Université de Lomé Chargé de Recherche, Inserm U1219, Université de Bordeaux Doctorat de médecine, Master de Santé Publique, Université de Bordeaux Doctorat de santé Publique <b>25 ans d'expérience en recherche clinique</b>
<b>Dr Fifonsi GBEASOR-KOMLANVI</b>	Médecin Épidémiologiste Enseignant Chercheur Université de Lomé Master de Santé Publique, Texas University Doctorat de santé Publique <b>15 ans d'expérience en recherche clinique</b>
<b>Dr Yao Rodion T. KONU</b>	Médecin de Santé Publique Diplôme d'étude de spécialisation en santé Publique en cours Master en Santé Publique, Université de Bordeaux Doctorat en épidémiologie eu cours, Université de Bordeaux <b>4 ans d'expériences en santé publique et évaluation des programmes</b>
<b>Dr Arnold SADIO</b>	Médecin de Santé Publique Diplôme d'étude de spécialisation en santé Publique en cours Master en Santé Publique, Université Paris-Saclay <b>4 ans d'expériences en recherche clinique et évaluation des programmes de santé</b>
<b>Mr Kariyare GOILIBE</b>	Biologiste-Epidémiologiste Consultant auprès de Médecin Sans Frontières (Tchad, RDC) Master en Santé Publique, Université de Bordeaux <b>15 ans d'expérience en Epidémiologie de Terrain</b>
<b>Mme Ida C. ZIDA-COMPAORE</b>	Biologiste-Epidémiologiste Master de Santé Publique, Université de Bordeaux Thèse de Santé Publique en cours, Université de Lomé <b>4 ans d'expériences en recherche clinique</b>
<b>Mr Prudo K. LODONOU</b>	Développeur Informaticien <b>4 ans d'expérience en développement informatique</b>
<b>Mr Martin K. TCHANKONI</b>	Biostatisticien Master en Santé Publique, option Biostatistique, Université de Bordeaux Doctorat en Épidémiologie en cours, Université de Limoges <b>4 ans d'expériences en recherche clinique</b>

## Résumé Exécutif

### Contexte

Le TARV est bénéfique pour le patient parce qu'il permet de réduire la mortalité et la morbidité. Mais encore faut-il que les PVVIH ne quittent pas le circuit des soins c'est-à-dire ne soient pas perdus de vue (PDV). En devenant PDV, les patients mettent directement en danger leur propre santé mais aussi celle des autres. La rétention des patients sous ARV est un défi majeur dans les programmes de lutte contre le VIH. Les centres de prise en charge du VIH (PEC) au Togo font face à un taux élevé de PDV. L'estimation du taux de perdus de vue (PDV) est un indicateur indispensable pour la planification des activités, telle que la commande des antirétroviraux (ARV) par exemple, au sein des programmes de lutte contre le VIH. La présente étude a été réalisée pour de nouvelles orientations ou pour renforcer les interventions existantes pour la prévention et la recherche active des PVVIH perdus de vue.

### Objectifs

Les objectifs étaient i) d'estimer d'une part le taux de PDV des PVVIH à 28 jours et à 3 mois après la mise sous ARV au Togo, ii) d'estimer le taux de rétention à 6, 12 et 24 mois des PVVIH dans les sites de PEC au Togo, iii) décrire le devenir (décès, transfert, abandon) des PVVIH sous ARV qui sont PDV et/ou en interruption de traitement, iv) décrire les facteurs associés (facteurs favorables et barrières) à la perte de vue et à la rétention v) documenter les bonnes pratiques en matière de promotion de la rétention des PVVIH dans les soins et de recherche des PDV et vi) proposer des approches de solutions pratiques pour améliorer la rétention des PVVIH dans les soins.

### Méthodes

Nous avons réalisé une étude composée de différentes sous-études et utilisé une approche mixte associant des méthodes quantitatives et qualitatives. Le tableau ci-dessous résume les types d'études en lien avec les objectifs de l'étude.

**Tableau.** Types d'études et leurs liens avec les objectifs de l'étude.

Objectifs	Types d'études
<ul style="list-style-type: none"><li>Taux de perte de vue des PVVIH à 28 jours et à 3 mois</li><li>Taux de rétention à 6, 12 et 24 mois après la mise sous ARV</li><li>Proportion des IT dans la file active du site de prise en charge des PVVIH</li><li>Incidence de perte de vue des PVVIH ayant initié un TARV</li><li>Facteurs de risque de perte de vue</li></ul>	Étude quantitative (Cohorte rétrospective)
<ul style="list-style-type: none"><li>Description du devenir des PDV et/ou IT (décès, transfert, abandon, réengagement dans les soins)</li><li>Estimation de la proportion de PDV réels chez les PVVIH après la mise sous ARV</li><li>Facteurs favorisant l'abandon et le réengagement dans les soins</li></ul>	Étude quantitative (Étude transversale 1)
<ul style="list-style-type: none"><li>Évaluation des sites de PEC du VIH au Togo en 2021</li></ul>	Étude quantitative (Étude transversale 2 – <i>Site assessment</i> )
<ul style="list-style-type: none"><li>Facteurs favorables à la rétention des PVVIH dans les soins</li><li>Barrières à la rétention des PVVIH dans les soins</li><li>Bonnes pratiques en matière de promotion de la rétention des PVVIH dans les soins</li></ul>	Étude qualitative

La rétention dans les soins : Toute PVVIH encore suivie dans les soins sous ARV ni décédé, ni perdu de vue (Sur le plan statistique elle a été définie comme [1- (proportion des perdus de vue + proportion de décès)]).

- Perdu de vue : PVVIH qui n'a pas été vu au centre depuis 90 jours au moins (3 mois) à compter de la date prévue de rendez-vous.
- Interruption de traitement (IT) : Absence de contact clinique pendant 28 jours après la date du dernier rendez-vous.
- Actif : Patient qui est encore suivi au centre et qui n'est pas PDV.

#### Sélection des sites d'études

L'étude s'est déroulée dans les six régions sanitaires du Togo. Au Togo, en 2019, on dénombrait 670 centres de PEC du VIH.

Le choix des centres de PEC fut un choix raisonné. Dans chaque région sanitaire, quatre centres ont été sélectionnés en fonction de la file active :

- 2 grands centres de PEC (file active  $\geq$  nombre médian de PVVIH dans la région)
- 2 petits centres de PEC (file active  $<$  nombre médian de PVVIH dans la région)

Dans les régions Grand Lomé, Maritime et Plateaux où existent des centres EAWA, 6 centres ont été sélectionnés pour inclure 2 centres EAWA. Au total 30 centres ont été inclus. Les centres prenant en charge moins de 30 PVVIH n'ont pas été inclus.

### Principaux résultats

---

#### ❖ Etude quantitative

Au total, 2100 patients infectées par le VIH ont été inclus dans cette analyse. L'âge médian des patients était de 44 ans (intervalle interquartile [36-51]), avec une différence statistiquement significative selon le sexe ( $p < 0,001$ ). En effet, les femmes étaient moins âgées que les hommes (42 ans vs 46 ans,  $p < 0,001$ ). Trois patients sur 10 (30%) étaient âgés de 50 ans et plus.

Selon les dossiers et les registres de suivi, 238 (11,3%) des patients enquêtés étaient déclarés perdus de vue et 6,9% décédés au jour de l'enquête.

Au total, 146 adultes étaient décédés soit une mortalité brute de 6,9% avec un intervalle de confiance à 95% de [5,9-8,1]. La probabilité de décès était de 3,5% à 12 mois, de 4,4% à 24 mois et de 5,0% à 36 mois.

Nous avons créé une variable composite qui comprend les perdus de vue déclarés dans le dossier et les patients non revenus au centre dans les 90 jours après la date de visite programmée. **Au total, 431 patients étaient considérés comme perdus de vue soit une proportion de 20,5% IC à 95% [18,8-22,3].** Selon les estimations basées sur les définitions opérationnelles (absent au RDV 28 jours après la date de visite programmée), **25,1% des patients étaient perdus de vue au jour de l'enquête (n = 509).**

Nous avons procédé à un suivi téléphonique sur un échantillon de 158 patients PVVIH tiré de façon aléatoire (mais proportionnellement à la proportion de PDV dans les six régions) parmi les patients déclarés perdus de vue. Environ 60% ont pu être joints au téléphone et continuaient toujours le traitement selon les déclarations obtenues, environ 35% étaient injoignables ou inaccessibles au téléphone et 5% étaient décédés selon un membre de la famille.

Nous avons créé une variable attrition qui comprend les décédés et les perdus de vue (perdus de vue déclarés dans le dossier et les patients non revenus au centre dans les 90 jours après la date de visite programmée). La variable rétention est définie comme le complément à 1 de l'attrition (1 – attrition). La probabilité d'être retenu dans les soins à 12 mois était de 91,6% et de 87,8% à 24 mois. A 60 mois, cette même probabilité était estimée à 78,7%.

La rétention dans les soins chez les PVVIH était significativement plus élevée dans les sites non PEPFAR comparativement aux sites PEPFAR ( $p < 0,001$ ). A 24 mois, la probabilité de rétention dans les soins était de 91,2% dans les sites non PEPFAR et de 82,0% dans les sites PEPFAR. La rétention dans les soins chez les PVVIH était significativement plus élevée dans les sites privés/confessionnels comparativement aux sites publics ( $p = 0,0072$ ). La probabilité de rétention dans les soins était de 96,5% pour les sites privés/confessionnels (contre 94,3% pour les sites publics) à 12 mois, de 94,5% pour les sites privés/confessionnels (contre 91,0% pour les sites publics) à 24 mois et de 92,1% pour les sites privés/confessionnels (contre 88,8% pour les sites publics) à 36 mois.



En ne considérant que les données à partir de l'année 2020 (année d'implémentation du projet EAWA), 492 PVVIH ont été inclus dans les analyses de perdus de vue et de rétention. Au total 46 patients (9,3%) étaient considérés comme PDV. Cette proportion était de 6,4% (21/329) chez les patients suivis dans les sites Pepfar et de 15,3% (25/163) dans les sites non Pepfar. A 12 mois, la probabilité d'être PDV est plus élevée chez les patients suivis dans les sites Non Pepfar comparée aux patients suivis dans les sites Pepfar (14% vs 5,8% ;  $p < 0,001$ ).

Dans le modèle de régression de Cox (avec l'inclusion de 1453 PVVIH sous traitement ARV). Après une analyse univariable, des variables ont été sélectionnées au seuil de 20% pour le modèle multivariable. La rétention dans les soins était plus marquée chez les femmes (Hazard ratio (HR)=1,1 ;  $p=0,091$ ) mais au seuil de la significativité de (5%). Par ailleurs la rétention était plus importante chez les PVVIH âgés de 35 ans et plus lors de l'initiation au traitement (HR=1,3 ;  $p < 0,001$ ), dans les formations PEPFAR (HR=2,1 ;  $p < 0,001$ ) et es formations sanitaires de type privé/professionnel (HR=1,2 ;  $p=0,012$ )

#### ❖ Etude qualitative

La prise en charge des PVVIH nécessite un suivi médical régulier et une continuité des soins. On constate toutefois que certaines PVVIH abandonnent leurs traitements. Afin d'identifier les facteurs défavorables et les bonnes pratiques en matière de rétention des PVVIH dans les soins, une étude qualitative nationale a été réalisée en complément des études quantitatives. Cette étude qualitative a été réalisée dans les six (6) régions sanitaires du Togo. Des facteurs socio-économiques notamment les moyens de déplacement sont des facteurs qui peuvent être associées à la perte de vue dans le programme de soins VIH. Des difficultés financières pour s'alimenter a été également une des raisons évoquées lors de focus group. Les voyages apparaissent comme l'une des causes de l'arrêt des soins des PVVIH selon les personnes interviewées au Togo. Le fait que la PVVIH quitte son lieu de résidence pour une autre destination parfois inconnue fait que cette dernière manque les rendez-vous et reste injoignable pendant un long moment. Le manque de locaux pour les activités de la prise des PVVIH constitue l'un des problèmes majeurs identifiés par les différents participants à l'étude. De l'avis de l'ensemble des personnes interviewées, il ressort que le fait de manquer de bureaux pour accueillir les patients fait que certains patients hésitent à venir dans le centre pour la prise en charge car ils craignent d'être exposés devant les autres patients vu que le site de prise en charge est situé dans un centre public qui est dédié à la prise en charge d'autres maladies.

### **Principales recommandations**

- **Décongestionner les différents services de prise en charge pour éviter des files actives de taille importante**
  - o Construire des locaux d'extension si possible
  - o Transférer des patients dans d'autres structures de prise en charge
- **Améliorer la qualité d'accueil des patients infectées par le VIH**
  - o Fixer des rendez-vous pour les consultations des PVVIH
  - o Réduire les délais d'attente avant la consultation ou la dispensation des traitements
  - o Former le personnel de santé pour un meilleur accueil des patients
- **Harmoniser les procédures de relance des patients PDV**
  - o Doter les sites qui n'en disposent pas de forfaits de communication pour effectuer les relances téléphoniques
  - o Réaliser les visites à domicile s avec l'aide des médiateurs
  - o Rédiger un manuel de procédure nationale de relance des patients PDV
- **Mener des réflexions sur l'informatisation des données de suivi des PVVIH**
  - o Créer un identifiant unique pour chaque patient dans la mesure où des PDV de vue dans un centre sont suivis dans d'autres centre sans informer le personnel soignant
  - o Informatiser les outils de collecte de données afin de disposer d'une base de données unique au Togo
- **Continuer la formation du personnel soignant chargé de la prise en charge des PVVIH**
  - o Renforcer la capacité de tout le personnel sur l'éducation thérapeutique pédiatrique et le counseling

## **1. Contexte**

### **1.1 Epidémiologie du VIH dans le monde et en Afrique**

En fin 2019, le nombre de personnes vivant avec le VIH dans le monde était estimé à 38 millions [31,6 millions - 44,5 millions] et les personnes décédées de suite de maladies liées au VIH représentaient 690 000 [1]. Dans le but de mettre fin à l'épidémie du VIH, l'ONUSIDA a fixé une cible ambitieuse de traitement pour 2020 comportant un triple objectif dénommé 3x95 qui consiste à ce que 95% des personnes vivant avec le VIH connaissent leur statut sérologique ; 95% des personnes se sachant séropositives suivent un traitement antirétroviral (TARV) ; 95% des personnes sous TARV présentent une charge virale indétectable [2]. Afin d'atteindre les cibles 95-95-95 pour le traitement, l'ONUSIDA a fixé une stratégie 2016-2021 pour accélérer la riposte et venir en aide aux laissés-pour-compte. Cette stratégie porte sur les actions encore inachevées notamment la réduction des nouvelles infections pour renverser la trajectoire de l'épidémie. De plus un appel urgent à investir davantage de fonds pour la lutte contre l'épidémie à VIH/Sida a été lancé [3].

La région africaine de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) concentre à elle seule plus de deux tiers des personnes vivant avec le VIH (PVVIH) soit environ 25,7 millions en 2019 [4]. La stratégie 90-90-90 au niveau régional révélait en 2018 qu'en Afrique occidentale et centrale, sur les 5 millions de personnes vivant avec le VIH seules 64% connaissaient leur statut sérologique, 79% des personnes ayant connaissance de leur statut sérologique avaient accès à un traitement et 76% des personnes sous traitement avaient une charge virale indétectable [5]. Ce faible progrès vers l'atteinte des objectifs 3x90 est lié à plusieurs facteurs notamment :

- Une forte stigmatisation et discrimination à l'égard des PVVIH [6, 7]
- Une faible rétention dans les programmes du VIH. En effet, la rétention des patients dans un programme de soins permet de prédire leur survie car une faible rétention dans les soins prédit une faible survie en cas d'infection par le VIH [8].

### **1.2 Prévalence du VIH au Togo**

Avec une population de 7,8 millions d'habitants en 2019, le Togo présente une épidémie de type généralisé avec une prévalence du VIH à 2,5 % dans la population générale âgée de 15 – 49 ans (EDST III 2013-2014), mais estimée à 2,0% en 2020.

L'analyse de la situation épidémiologique a montré une prédominance féminine avec des prévalences de 2,7% chez les femmes et 1,5% chez les hommes. Selon les estimations du Programme National de Lutte contre le Sida et les Infections sexuellement transmissibles (PNLS/IST) en 2019 la

prévalence chez les jeunes âgés de 15 –24 ans était de 0,70%<sup>1</sup>. La dernière enquête démographique de santé (EDST-III) réalisée en 2014 confirme la prédominance féminine de l'épidémie. En effet, en milieu urbain, la prévalence du VIH chez la femme est deux fois plus élevée que chez l'homme (4,7% vs 2,2%) tandis qu'en milieu rural on observe des prévalences assez similaires chez la femme (1,7%) et chez l'homme (1,4%)<sup>2</sup>.

La prévalence du VIH chez les populations clés reste élevée. Elle était estimée en 2017 à 13,2%, 21,98% et de 3,6% chez les professionnelles de sexe, les hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes et chez les usagers de drogue respectivement<sup>3</sup>.

La transmission mère enfant (TME) est la principale cause du VIH chez les enfants. En 2014, le taux de séropositivité chez les femmes enceintes vues en consultation prénatale était de 3,3% contre 1,27% en 2019. Cependant, le risque de TME reste élevé et était estimé à 15,97% en 2019 [9].

### **1.3 Stratégies de prise en charge du VIH au Togo**

Au Togo, les PVVIH bénéficient d'une offre de soins et de traitement qui comprend le traitement par les ARV (TARV), la prise en charge (PEC) des infections opportunistes, la PEC psychosociale, et le suivi biologique.

Toute personne dépistée séropositive au Togo doit être systématiquement mise sous ARV et un numéro d'identification unique lui est attribué. Les schémas thérapeutiques s'insèrent dans une stratégie de première, deuxième et troisième ligne.

- En première ligne : 2 INTI +1 II ou 2 INTI + 1 INNTI ou 2 INTI + 1 IP
- En deuxième ligne : 2 INTI + 1 IP
- En troisième ligne : 2 INTI + IP + 1 II.

Leur choix tient compte du coût, de la maniabilité, de la disponibilité, du nombre de prises par jour, de la tolérance des molécules et de la possibilité de traiter toutes les PVVIH. Le but de la thérapie antirétrovirale est d'améliorer durablement la santé et la qualité de vie des patients. Les objectifs du traitement par les ARV sont :

- Réduire la charge virale en arrêtant la multiplication virale,
- Diminuer la fréquence des infections opportunistes,
- Restaurer l'état immunitaire des PVVIH dans les limites normales,
- Réduire la transmission du VIH pour prévenir les nouvelles infections à VIH.

---

<sup>1</sup> Rapport annuel 2021 du PNLS-Togo

<sup>2</sup> <https://dhsprogram.com/pubs/pdf/HF56/HF56.pdf>

<sup>3</sup> Enquêtes séro-comportementales chez les populations clés au Togo en 2017

Entre 2007 et 2019, le nombre de PVVIH sous ARV est passé de 7622 à 81123<sup>4</sup>. Cette augmentation du nombre de PVVIH sous ARV s'explique par la gratuité des médicaments ARV décrétée en 2008 par le gouvernement togolais avec le soutien des partenaires techniques et financiers, la décentralisation de la dispensation ARV et la formation des prestataires en délégation de tâches et l'extension des services de PTME. En effet, la formation des prestataires en délégation de tâches a permis l'extension des services de TARV dans les structures de soins de santé maternelle et infantile portant le nombre de sites de PEC médicale de 586 en 2018 à 670 en 2019. Aussi, avec la mise en œuvre de la stratégie « test and treat » en 2019, le pays a enregistré une hausse de nouvelles inclusions de 21,6% entre 2018 et 2019.

Pour faire face à l'augmentation des PVVIH, le PNLS-HV-IST a mis en œuvre le suivi différencié des patients. Le suivi différencié consiste à offrir une PEC centrée sur le patient en prenant en compte les résultats de la charge virale et l'observance thérapeutique.

Selon le dernier rapport du PNLS/IST en 2021, 73,8% de PVVIH connaissaient leur statut sérologique, 99,8% de PVVIH connaissant leur statut sérologique étaient sous TARV et 89,4% de PVVIH sous TARV avaient une charge virale supprimée.

#### **1.4 Rétention dans les soins**

Le TARV est bénéfique pour le patient parce qu'il permet de réduire la mortalité et la morbidité [10]. Mais encore faut-il que les PVVIH ne quittent pas le circuit des soins c'est-à-dire ne soient pas perdus de vue (PDV). En devenant PDV, les patients mettent directement en danger leur propre santé mais aussi celle des autres. La rétention des patients sous ARV est un défi majeur dans les programmes de lutte contre le VIH.

##### **❖ En Afrique subsaharienne**

Le nombre de patients sous TARV qui sont PDV est variable d'un pays à l'autre. D'après une étude réalisée par *Ekouevi et al.*, en Afrique de l'Ouest (Bénin, Côte d'Ivoire, Gambie, Mali, Sénégal) chez les patients d'âge médian 37 ans (intervalle interquartile : 31-44 ans), la probabilité de rétention dans le programme de soins était de 90% à 3 mois, 84% à 6 mois et 76% à 12 mois [11].

Chez les adultes, la proportion de PDV variait entre 11,9% et 18,5% en Afrique du Sud, 13,9% et 18,3% en Ethiopie et 21,2% au Nigéria (Tableau 1). La proportion de PDV était plus élevée chez les enfants au Malawi où plus d'un quart (25,5%) étaient déclarés PDV. Toutefois, les comparaisons entre les études devraient se faire avec précaution parce qu'il n'existe pas de consensus pour définir un PDV chez les PVVIH.

---

<sup>4</sup> Programme National de Lutte contre le sida, les hépatites et les IST. Rapport annuel 2021 des activités du PNLS-IST

**Tableau 1** : Proportion de perdus de vue et tracing des perdus de vue en Afrique subsaharienne

Auteurs, année (pays)	Définition de PDV <sup>§</sup>	PDV (%)	Nombre trace	Succès du tracing, n (%)	Statut des PVVIH tracés		
					Décédés (%)	Vivants/transferts non documentés	Vivants/arrêt de TARV
<b>Afrique de l'Est</b>							
Geng, 2015 (Kenya, Ouganda, Tanzanie) [12]	> 90 jours	17,0	991	860 (86,7)	27,1	-	-
Mekuria, 2015 (Ethiopia) [13]	> 30 jours	13,9	116	65 (56,0)	23,1	29,2	-
Wubshet, 2013 (Ethiopia) [14]	> 90 jours	18,3	551	486 (88,2)	47,9	24,3	27,8
<b>Afrique de l'Ouest</b>							
Onoka, 2012 (Nigéria) [15]	≥ 90 jours	21,2	150	100 (66,6)	51,0	15,0	18,0
Mben, 2012 (Cameroun) [16]	≥ 30 jours	-	238	238 (100,0)	41,2	9,2	-
<b>Afrique austral</b>							
Ardura-Garcia, 2015 (Malawi)* [17]	≥ 21 jours	25,5	201	158 (78,6)	10,8	25,9	25,9
Budgell, 2015 (Afrique du Sud)	≥ 90 jours	18,5	2265	2265 (100,0)	19,2	-	-
Mutevedzi, 2013 (Afrique du Sud)	≥ 180 jours	11,9	558	394 (70,6)	29,2	-	-

\*Etude réalisée chez des enfants ; PDV : perdus de vue

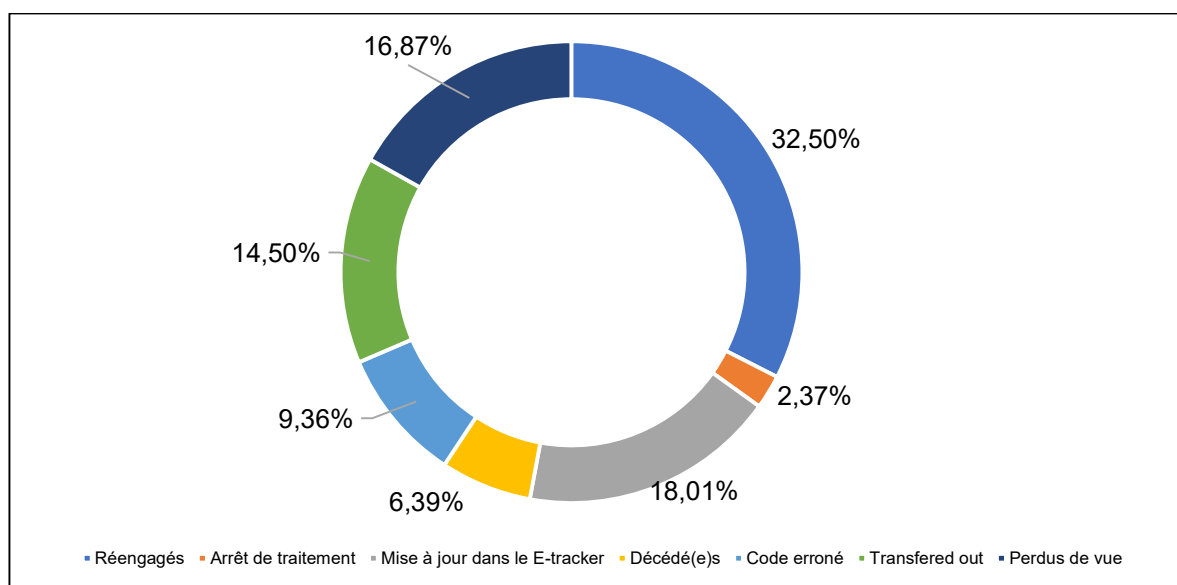
§PDV définie en tenant compte du délai rapporté selon la dernière visite au centre

Lorsque les patients sont PDV, des stratégies de recherche active sont mises en œuvre pour les retrouver. Le tracing des PDV est alors réalisé par téléphone, à travers des visites à domicile, une recherche dans les fichiers électroniques ou par enquête auprès de l'entourage. Ainsi, des proportions variables de décès, de transfert, ou d'arrêt de traitement sont rapportées (Tableau 1).

#### ❖ Au Togo

Selon les résultats de l'étude sur les indicateurs d'alerte précoce (IAP) réalisée en 2017, la rétention des PVVIH sous traitement antirétroviral 12 mois après l'initiation du traitement était de 91%. En d'autres termes, le pourcentage d'adultes et d'enfants séropositifs au VIH et encore sous traitement 12 mois après le début de la thérapie antirétrovirale était de 91%.

Deux autres études ont été réalisées au Togo avec une campagne de recherche active. Entre 2008 et 2011, Saka *et al.*, avaient rapporté sur un total de 16 617 patients, une proportion de PDV de 1,7% avant 6 mois et 5,6% après 6 mois [18]. Dans cette même étude, une recherche active par téléphone a été réalisée auprès de 1004 et a permis de tracer 20,1% des PDV. Parmi les PDV tracés avec succès, 43,6% étaient décédés [18]. En 2020, une autre étude réalisée dans le cadre du projet Ending AIDS in West Africa (#EAWA) dans les 25 sites partenaires, près du tiers (30,4%) des patients ayant initié un TARV étaient PDV au moins 28 jours après la dernière visite<sup>5</sup>. A l'issue du tracing, 6,4% des PDV étaient décédés, 2,4% avaient abandonné le traitement et 14,5% avaient été transféré vers un autre site (Figure 1). Au décours du tracing, la proportion de PDV était de 16,9%.



**Figure 1.** Résultats du tracing des PDV (Source (FHI, 2021)<sup>5</sup>)

<sup>5</sup> FHI360. Documentation de la campagne de recherche des perdus de vue réalisée de Septembre à Octobre 2020 sur les sites du projet #EAWA au Togo. 2021

## **2 Justification**

Ainsi, les centres de PEC au Togo font face à un taux élevé de PDV. Aussi, certaines PVVIH étiquetées PDV sont en réalité des patients ayant réalisé un transfert vers un autre site ou qui sont décédés. L'identification et l'estimation du taux réel des PDV s'avèrent indispensables pour la planification des activités, telle que la commande d'ARV par exemple, au sein des programmes de lutte contre le VIH.

Les résultats de cette étude pourront donner des pistes pour de nouvelles orientations ou pour renforcer les interventions existantes pour la prévention et la recherche active des PVVIH perdus de vue. Une étude sur la rétention des enfants de 0-14 ans vivant avec le VIH au Togo est en cours actuellement commanditée par UNICEF. Ainsi, le présent projet vise à réaliser une analyse de la perte de vue des PVVIH âgés de 15 ans et plus dans les soins au Togo.

## **3 Objectifs**

### **3.1 Objectif principal**

- Estimer d'une part le taux de PDV des PVVIH à 28 jours et à 3 mois après la mise sous ARV au Togo et d'autre part le taux de rétention à 6, 12 et 24 mois des PVVIH dans les sites de PEC au Togo

### **3.2 Objectifs secondaires**

- Décrire le devenir (décès, transfert, abandon) des PVVIH sous ARV qui sont PDV et/ou en interruption de traitement
- Décrire le taux de survie à 12, 24 et 36 mois des PVVIH sous ARV
- Décrire les facteurs associés (facteurs favorables et barrières) à la perte de vue et à la rétention
- Comparer le taux de PDV (et/ou IIT) selon les caractéristiques des sites de prise en charge
- Documenter les bonnes pratiques en matière de promotion de la rétention des PVVIH dans les soins et de recherche des PDV
- Proposer des approches de solutions pratiques pour améliorer la rétention des PVVIH dans les soins

## 4 Méthodes

### 4.1 Types d'étude

Pour atteindre les objectifs ci-dessus, nous avons réalisé une étude composée de différentes sous-études et utilisé une approche mixte associant des méthodes quantitatives et qualitatives. Le Tableau 2 résume les types d'études en lien avec les objectifs de l'étude.

**Tableau 2.** Types d'études et leurs liens avec les objectifs de l'étude.

Objectifs	Types d'études
<ul style="list-style-type: none"><li>• Taux de perte de vue des PVVIH à 28 jours et à 3 mois</li><li>• Taux de rétention à 6, 12 et 24 mois après la mise sous ARV</li><li>• Proportion des IT dans la file active du site de prise en charge des PVVIH</li><li>• Incidence de perte de vue des PVVIH ayant initié un TARV</li><li>• Facteurs de risque de perte de vue</li></ul>	Étude quantitative (Cohorte rétrospective)
<ul style="list-style-type: none"><li>• Description du devenir des PDV et/ou IT (décès, transfert, abandon, réengagement dans les soins)</li><li>• Estimation de la proportion de PDV réels chez les PVVIH après la mise sous ARV</li><li>• Facteurs favorisant l'abandon et le réengagement dans les soins</li></ul>	Étude quantitative (Étude transversale 1)
<ul style="list-style-type: none"><li>• Évaluation des sites de PEC du VIH au Togo en 2021</li></ul>	Étude quantitative (Étude transversale 2 – <i>Site assessment</i> )
<ul style="list-style-type: none"><li>• Facteurs favorables à la rétention des PVVIH dans les soins</li><li>• Barrières à la rétention des PVVIH dans les soins</li><li>• Bonnes pratiques en matière de promotion de la rétention des PVVIH dans les soins</li></ul>	Étude qualitative

### 4.2 Définition des concepts

- **Rétention dans les soins** : Toute PVVIH encore suivie dans les soins sous ARV ni décédé, ni perdu de vue (Sur le plan statistique elle a été définie comme [1- (proportion des perdus de vue + proportion de décès)]).
- **Perdu de vue** : PVVIH qui n'a pas été vu au centre depuis 90 jours au moins (3 mois) à compter de la date prévue de rendez-vous.
- **Interruption de traitement (IT)** : Absence de contact clinique pendant 28 jours après la date du dernier rendez-vous.
- **Actif** : Patient qui est encore suivi au centre et qui n'est pas PDV.



### **4.3 Sélection des sites d'études**

L'étude s'est déroulée dans les six régions sanitaires du Togo. Au Togo, en 2019, on dénombrait 670 centres de PEC du VIH.

Le choix des centres de PEC fut un choix raisonné. Dans chaque région sanitaire, quatre centres ont été sélectionnés en fonction de la file active :

- 2 grands centres de PEC (file active  $\geq$  nombre médian de PVVIH dans la région)
- 2 petits centres de PEC (file active  $<$  nombre médian de PVVIH dans la région)

Dans les régions Grand Lomé, Maritime et Plateaux où existent des centres EAWA, 6 centres ont été sélectionnés pour inclure 2 centres EAWA.

Au total 30 centres ont été inclus.

Les centres prenant en charge moins de 30 PVVIH n'ont pas été inclus.

### **4.4 Approche quantitative**

Pour les méthodes quantitatives, des études de cohorte rétrospective et transversales ont été réalisées.

#### **4.4.1 Étude de cohorte rétrospective**

- **Objectifs**

- Estimer le taux de rétention des PVVIH à 6, 12 et 24 mois après la mise sous ARV
- Estimer le taux de survie à 12, 24 et 36 mois après la mise sous ARV
- Estimer l'incidence des perdus de vue des PVVIH
- Décrire les facteurs de risque de perdus de vue, de mortalité et de rétention dans les soins

- **Population et période d'étude**

La population d'étude était constituée des PVVIH âgées de 15 ans et plus qui ont initié un TARV dans l'un des centres de l'étude retenus pour l'étude dans les deux dernières années précédant le début de l'étude.

- **Taille de l'échantillon**

- **Population et période d'étude**

La population d'étude était constituée des PVVIH âgées de 15 ans et plus qui ont initié un TARV dans l'un des centres retenus pour l'étude.

- **Taille de l'échantillon**

Au total, 2100 dossiers ont été inclus par une approche d'échantillonnage conçue pour prendre en compte les pondérations des sites, des régions et pour permettre une comparaison des sites EAWA et non EAWA.

- **Sélection des dossiers**

La sélection de ces dossiers a été proportionnelle à la taille de la file active par région. Dans les régions disposant de site EAWA, la répartition de l'échantillon attribué à la région a été faite à la proportionnelle de la taille de la file active (EAWA vs non-EAWA). Enfin sur chaque site, la sélection du nombre de dossier a été faite par tirage au sort aléatoire simple.

Le Tableau 3 présente la taille minimale d'échantillon attendue par région et selon l'implication ou non du site dans le projet #EAWA.

**Tableau 3.** Taille de l'échantillon par région et par type de sites

Région sanitaire	Sites de plus de 30 patients	Nombre de patients	Proportion	Échantillon global	Poids sites EAWA	Échantillon sites EAWA	Échantillon sites Non-EAWA
Lomé	41	32 231	47,3%	946	43%	406	540
Maritime	57	18 664	27,4%	548	49%	269	279
Plateaux	30	6 683	9,8%	196	34%	67	129
Centrale	13	3 433	5,0%	100		-	100
Kara	21	5 179	7,6%	150		-	150
Savanes	8	1 974	2,9%	60		-	60
Total	170	68 164	100,0%	2000		742	1258

#### 4.4.2 Étude transversale

Deux études transversales ont été réalisées dans le cadre de ce projet :

- Une recherche téléphonique des patients classés PDV
- Une évaluation des sites (*site assessment*)
- ❖ Pour la recherche des PDV, l'objectif était d'estimer la proportion de PDV réels chez les PVVIH après la mise sous ARV Cette étude a été réalisée après l'étude de cohorte. Elle a été réalisée dans les six régions sanitaires et a porté sur un groupe de PVVIH identifiées comme PDV lors de l'étude de cohorte. D'après l'étude menée en 2020 pour le compte du projet #EAWA, la proportion attendue de PDV est estimée à 30,4%, soit un effectif total attendu de 219 à 365 PDV dans les six régions sanitaires.
- Pour l'évaluation des site (ou site assessment), l'objectif est de faire une évaluation des sites de PEC du VIH au Togo en 2021. Cette étude a été réalisée dans les 24 formations sanitaires et a consisté à une observation des pratiques et à l'interview des responsables des formations sanitaires. Elle a porté essentiellement sur les stratégies et moyens disponibles pour la recherche des PDV.

#### 4.5 Approche qualitative

- **Objectifs**

- Décrire les facteurs favorisant l'interruption au traitement des PVVIH âgées de 15 ans et plus
- Décrire les barrières à la rétention des PVVIH âgées de 15 ans et plus dans les soins
- Décrire les bonnes pratiques en matière de promotion de la rétention des PVVIH dans les soins
- Décrire les bonnes pratiques en matière de recherche des perdus de vue et leur retour sous traitement

- **Population d'étude**

Des entretiens individuels approfondis et des focus groups ont été réalisés sur un échantillon de convenance issu des différents groupes de personnes suivantes :

- Les patients sous ARV PDV et retrouvés
- Les prestataires de soins ARV (médecins, pharmaciens, infirmiers...) des sites d'étude
- Les travailleurs communautaires et sociaux des sites d'étude

- **Taille de l'échantillon**

- Un *focus group discussion* (FGD) par région avec 5 à 10 PVVIH sous ARV PDV et retrouvés
- Un FGD avec 5 à 10 personnes impliquées dans la prise en charge des PVVIH sous ARV
- Un FGD par région a été réalisé avec 5 à 10 travailleurs communautaires
- **Au total** : 3 FGD ont été réalisés par région.

#### **4.6 Collecte des données**

La collecte des données a été faite par la revue des registres et dossiers médicaux électroniques des patients sous TAR, une enquête téléphonique, une enquête auprès des responsables des sites, des focus groups avec les PVVIH PDV et retrouvés, les travailleurs communautaires et le personnel impliqué dans la prise en charge.

**Pour l'étude de cohorte**, une fiche d'extraction des données a été élaborée comprenant une trentaine de variables. Un transcodage des données cliniques a été rapporté sur la fiche d'extraction en mentionnant les données manquantes qui ont été prises en compte dans l'analyse. Les données ont ensuite été saisies dans une base de données élaborée sous le logiciel Epidata version 4.1.

**Pour la recherche des PDV**, une analyse des bases de données, une enquête téléphonique, ainsi qu'une revue des carnets des PVVIH ont été réalisées pour croiser les données et documenter les raisons de la perte de vue.

**Pour l'évaluation des sites**, une application sous *Google form* a été développée et envoyée aux responsables des sites pour un remplissage. Lors des visites de terrain, des entretiens ont eu lieu avec ces responsables pour affiner les données quantitatives.

**Pour les entretiens qualitatifs**, ils ont été réalisés par une équipe de psychologues grâce à des guides d'entretien développés à cet effet.

#### **4.7 Analyses des données**

- **Données quantitatives**

Après la finalisation de la collecte des données, les données quantitatives ont été exportées afin de les analyser avec le logiciel R version 4.0.1. Les résultats ont été présentés globalement et aussi séparément selon le genre et les régions afin d'apprécier le niveau de performance spécifique. Les variables qualitatives ont été décrites sous forme d'effectif et de proportion. Les variables quantitatives ont été décrites par leur moyenne ou médiane et leurs paramètres de dispersions (écart type et quartiles). La méthode de Kaplan-Meier a été utilisée pour estimer la probabilité de décès ou de perdu de vue ou de rétention avec leur intervalle de confiance (IC) à 95%. Le test du Logrank a été utilisé pour les comparaisons selon l'âge et le sexe. Nous utiliserons des modèles de régression de Cox ou des modèles logistiques pour identifier les facteurs associés au décès, à la perte ou à la rétention dans les soins avec leur IC à 95%. En analyse uni variable, les variables ayant une p-valeur inférieure à 0,20 ont été incluses dans un modèle multi variable. L'analyse multivariable a été réalisée par une approche pas-à-pas descendante.

- **Données qualitatives**

Les données qualitatives issues des enregistrements des entretiens individuels et des entretiens de groupe ont été transcrites au moyen du logiciel Word et analysées à l'aide de la méthode « d'analyse thématique [19] ». Concrètement, les analyses comprendront d'abord les étapes suivantes : lire les transcriptions, et identifier les thèmes émergents des entretiens. Un codage de tous les verbatim a été ensuite réalisé de manière systématique. Les étapes suivantes étaient : identifier les thèmes récurrents ; regrouper les thèmes en catégories thématiques ; résumer chaque thème ; et interpréter les résultats.

#### **4.8 Assurance qualité**

##### **4.8.1 Coordination générale**

Le consultant principal veillera à ce que tous les éléments figurant dans la proposition technique soient respectés. Pour garantir la qualité de l'enquête, les enquêteurs étaient toujours supervisés sur tous les sites d'enquête par le responsable de projet qui vérifiera chaque soir la complétude des données et les données aberrantes. Tout a été mis en œuvre pour obtenir des données fiables en termes de formation et de contrôles des données.

#### **4.8.2 Recrutement et formation des enquêteurs**

Les enquêteurs qui ont été recrutés étaient des étudiants en médecine en 6<sup>ème</sup> ou 7<sup>ème</sup> année d'étude. Ils ont auparavant participé aux enquêtes organisées par le Département de Santé Publique de l'Université de Lomé. Avant la collecte des données, une formation des enquêteurs d'une durée de deux jours a été organisée à Lomé. Les enquêteurs ont été formés à l'utilisation des outils de collecte de données et sur les considérations éthiques. Des contrôles de qualité de remplissage des outils ont été effectués et les informations manquantes ou incohérentes ont été corrigées.

#### **4.8.3 Considérations éthiques**

Ce protocole et les amendements qui suivront ont été soumis au Comité de Bioéthique pour la Recherche en Santé (CBRS) afin d'obtenir son avis pour la réalisation de l'étude. Un consentement verbal éclairé a été obtenu auprès de chaque personne avant toute participation à l'étude. Avant d'enrôler des PVVIH de moins de 18 ans dans les focus groups, le consentement oral des parents ou tuteur a été obtenu en plus de l'assentiment des adolescents.

Un formulaire de confidentialité a été signé par tous les enquêteurs qui ont été recrutés dans le cadre de cette étude. Ils étaient tenus au strict respect de la confidentialité.

Afin de garantir l'anonymat, aucune information permettant d'identifier les participants n'a été collectée. Une autorisation des autorités politico-administratives et sanitaires a été obtenue avant le début de l'évaluation. Le nom des sites ou les entretiens individuels ont été réalisés n'a pas été mentionné afin de ne pas faire de lien entre le personnel de santé et les sites.

## **Enquête quantitative**

## 5 Résultats

### 5.1 Caractéristiques sociodémographiques

Au total, 2100 patients infectées par le VIH ont été inclus dans cette analyse. L'âge médian des patients était de 44 ans (intervalle interquartile [36-51]), avec une différence statistiquement significative selon le sexe ( $p < 0,001$ ). En effet, les femmes étaient moins âgées que les hommes (42 ans vs 46 ans,  $p < 0,001$ ).

Trois patients sur 10 (30%) étaient âgés de 50 ans et plus. Le Tableau 4 présente les caractéristiques sociodémographiques des patients inclus. Le Tableau 6 en annexe présente es mêmes caractéristiques selon les sites EAWA.

**Tableau 4.** Caractéristique-socio-démographique des patients de 15 ans et + infectés par le VIH (N = 2 100)

Caractéristiques	Féminin	Masculin	Total	P
	(n = 1 454)	(n = 646)	(N = 2 100)	
	n (%)	n (%)	n (%)	
<b>Age (années)</b>				
Minimum-Maximum	15-85	15-74	15-85	
Médiane (IIQ)	42 (35-50)	46 (39-54)	44 (36-51)	<b>&lt;0,001**</b>
Moyenne (ET)	43 (11)	46 (12)	44 (11)	
<b>Age (années)</b>				
<50	1 065 (73,2)	404 (62,5)	1 469 (70,0)	<b>&lt;0,001**</b>
≥50	389 (26,8)	242 (37,5)	631 (30,0)	
<b>Statut marital</b>				
Vit seul (célibataire/divorcé/veuf)	616 (42,4)	159 (24,6)	775 (36,9)	<b>&lt;0,001**</b>
Marié	704 (48,4)	402 (62,2)	1 106 (52,7)	
Données manquantes	134 (9,2)	85 (13,2)	219 (10,4)	
<b>Stade clinique OMS</b>				
1-2	723 (49,7)	336 (52,0)	1 059 (50,4)	0,585**
3-4	274 (18,8)	120 (18,6)	394 (18,8)	
Données manquantes	457 (31,5)	190 (29,4)	647 (30,8)	
<b>Traitement ARV à l'initiation</b>				
3 NRTI	1 435 (98,7)	639 (98,9)	2 074 (98,8)	0,899***
PI	4 (0,3)	1 (0,2)	5 (0,2)	
Données manquantes	15 (1,0)	6 (0,9)	21 (1,0)	
<b>Site PEPFAR</b>				
Non	917 (63,1)	405 (62,7)	1 322 (63,0)	0,870**
Oui	537 (36,9)	241 (37,3)	778 (37,0)	

\*Test de Wilcoxon-Mann-Whitney ; \*\*Test du chi-deux d'indépendance; \*\*\*Test exact de Fisher

Pour 20% des patients inclus dans l'étude, le diagnostic remontait à plus de 10 ans. Les données de charge virale étaient manquantes pour 96% des patients et 31% des patients avaient bénéficié d'un changement de régime ARV. Dans cette population, 30% des PVVIH avaient eu un changement de régime thérapeutique au cours de leur suivi. La durée médiane sous traitement antirétroviral était de 5 ans sans différence statistique selon le sexe ( $p=0,752$ ). Le Tableau 5 présente les paramètres de suivi des patients infectés par le VIH.

Le Tableau 7 **Tableau 6** en annexe présente les mêmes caractéristiques selon les sites EAWA.

**Tableau 5.** Paramètres de suivi des patients infectés par le VIH (N = 2 100)

Caractéristiques	Féminin	Masculin	Total	P
	(n = 1 454)	(n = 646)	(N =2 100)	
	n (%)	n (%)	n (%)	
<b>Durée depuis l'infection à VIH (années)</b>				<b>0,015**</b>
0-10	1 063 (73,2)	493 (76,3)	1 556 (74,0)	
≥10	290 (19,9)	129 (20,0)	419 (20,0)	
Données manquantes	101 (6,9)	24 (3,7)	125 (6,0)	
<b>CD4 count à l'enrôlement (cell/mm<sup>3</sup>)</b>				<b>0,038**</b>
≥500	351 (24,2)	178 (27,6)	529 (25,2)	
[200-500[	322 (22,1)	161 (24,9)	483 (23,0)	
<200	109 (7,5)	34 (5,2)	143 (6,8)	
Données manquantes	672 (46,2)	273 (42,3)	945 (45,0)	
<b>Charge virale</b>				0,468**
DéTECTABLE	29 (2,0)	15 (2,3)	44 (2,1)	
Non détectable	31 (2,1)	19 (2,9)	50 (2,4)	
Données manquantes	1 394 (95,9)	612 (94,8)	2 006 (95,5)	
<b>Dernière charge virale</b>				0,368**
DéTECTABLE	129 (8,9)	58 (9,0)	187 (8,9)	
Non détectable	264 (18,1)	101 (15,6)	365 (17,4)	
Données manquantes	1 061 (73,0)	487 (75,4)	1 548 (73,7)	
<b>Changement de régime ARV</b>				0,199**
Non	990 (68,1)	458 (70,9)	1 448 (69,0)	
Oui	464 (31,9)	188 (29,1)	652 (31,0)	
<b>Durée TARV (année), (médiane, IIQ)</b>				
Minimum-Maximum	0-23	0-19	0-23	
Médiane (IIQ)	5 (2-8)	5 (2-8)	5 (2-8)	0,752*
Moyenne (ET)	6 (4)	6 (4)	6 (4)	

\*Test de Wilcoxon-Mann-Whitney ; \*\*Test du chi-deux d'indépendance



## **5.2 Statut des patients inclus dans l'analyse**

La Figure 2 présente les statuts des adultes inclus dans l'analyse. Il s'agit du décès, des perdus de vue déclarés dans les dossiers/registres et des perdus de vue estimés selon la base de données et la définition opérationnelle choisie.

Selon les dossiers et les registres de suivi, 238 (11,3%) des patients enquêtés étaient déclarés perdus de vue et 6,9% décédés au jour de l'enquête.

Selon les estimations basées sur les définitions opérationnelles (absent au RDV 90 jours après la date de visite programmée), 20,5% des patients étaient perdus de vue au jour de l'enquête (n = 431).

Selon les estimations basées sur les définitions opérationnelles (absent au RDV 28 jours après la date de visite programmée), 25,1% des patients étaient perdus de vue au jour de l'enquête (n = 509).

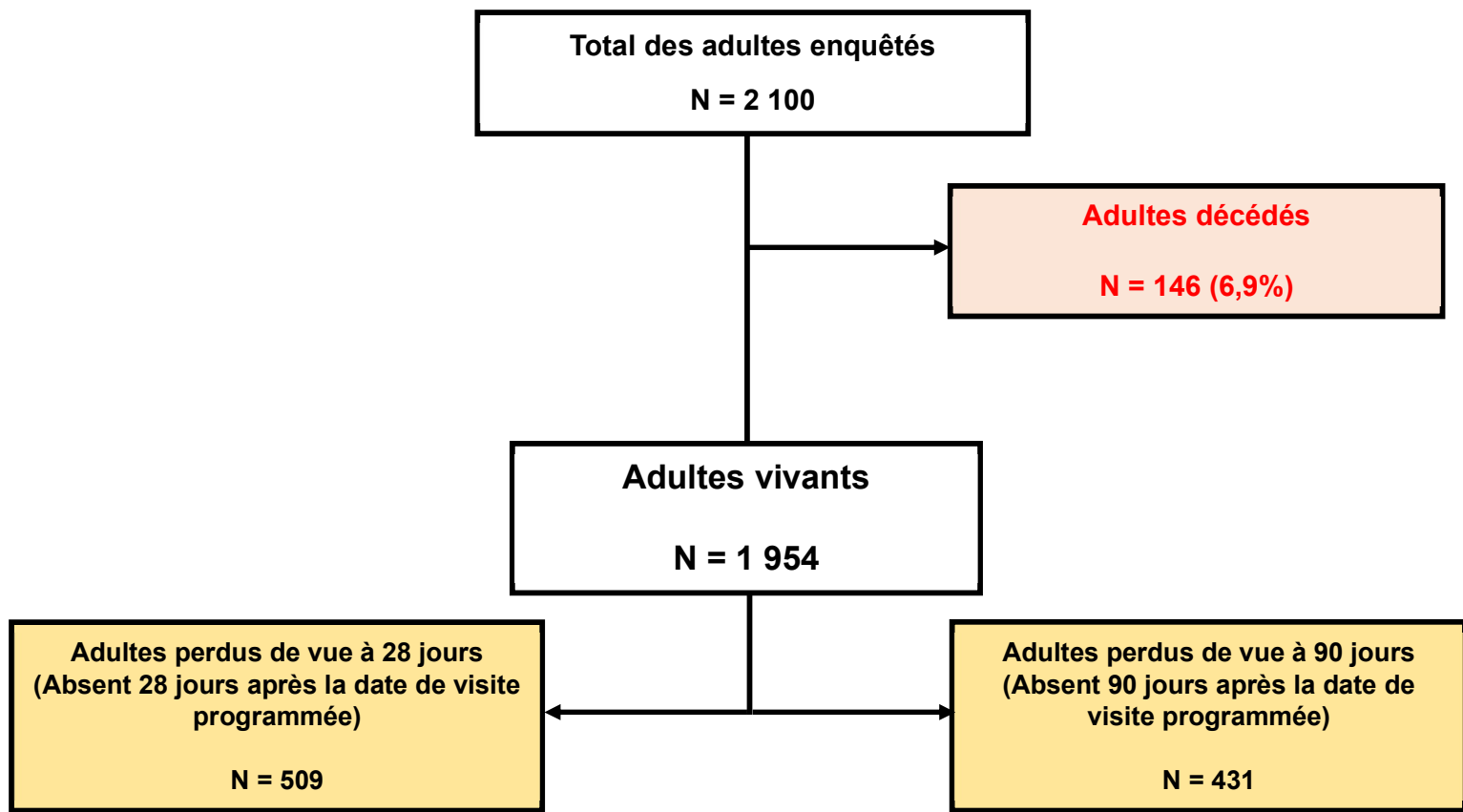
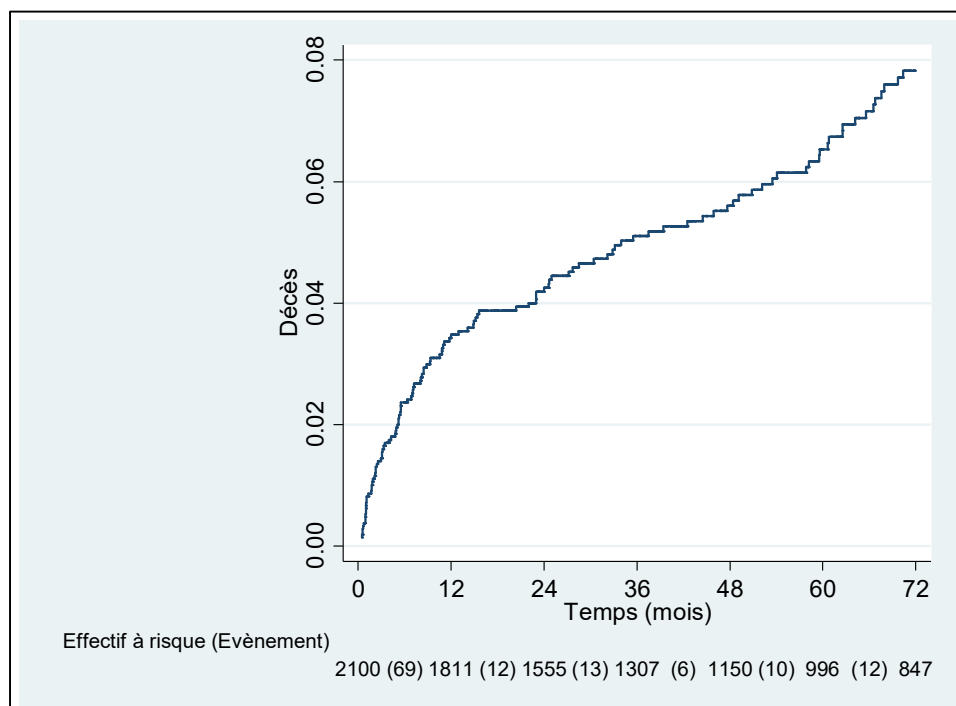


Figure 2. Différents indicateurs de suivi des adultes

### 5.2.1 Mortalité des PVVIH

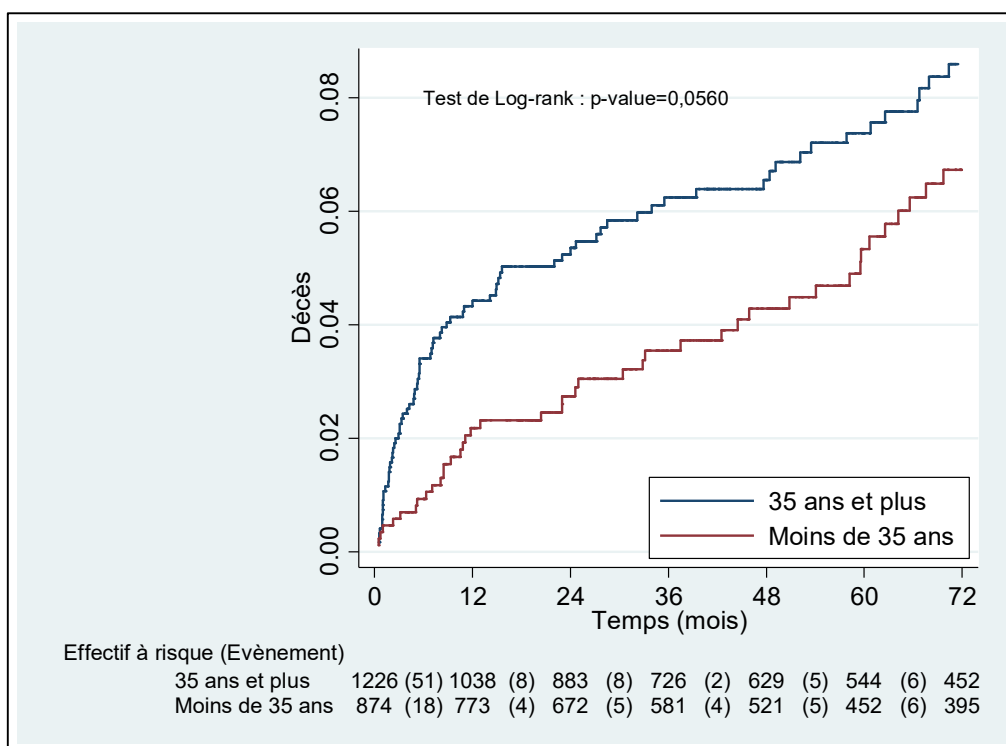
Au total, 146 adultes étaient décédés soit une mortalité brute de 6,9% avec un intervalle de confiance à 95% de [5,9-8,1]. La probabilité de décès était de 3,5% à 12 mois, de 4,4% à 24 mois et de 5,0% à 36 mois (Figure 3).



**Figure 3.** Courbe de survenue des décès chez les adultes infectés par le VIH au Togo

#### 5.2.1.1 Mortalité selon l'âge à l'initiation du traitement

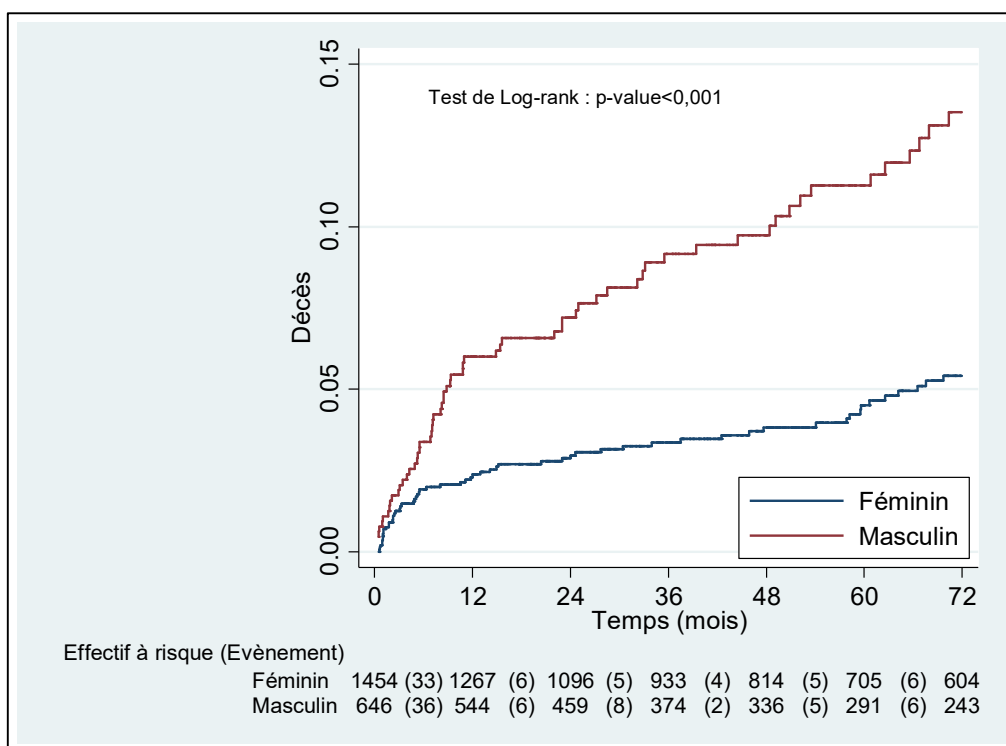
La Figure 4 présente la mortalité selon l'âge à l'initiation du traitement. A 24 mois, la probabilité de décès était de 5,0% chez les sujets ayant 35 ans et plus à l'initiation du traitement et de 3,0% chez ceux ayant moins de 35 ans à l'initiation du traitement et à 36 mois elle était respectivement de 7,0% et de 4,0% chez ces mêmes sujets. Toutefois cette différence n'était pas statistiquement significative.



**Figure 4.** Courbe de survenue des décès chez les adultes infectés par le VIH au Togo selon l'âge à l'initiation du traitement ARV

### 5.2.1.2 Mortalité selon le sexe

La probabilité de décès était significativement plus élevée chez les hommes comparativement aux femmes ( $p < 0,001$ ). A 24 mois, la probabilité de décès était de 8,0% chez les hommes et de 3,1% chez les femmes et à 36 mois elle était respectivement de 9,0% chez les hommes et de 3,3% chez les femmes (Figure 5).



**Figure 5.** Courbe de survie des décès chez les adultes infectés par le VIH au Togo selon le sexe

### 5.2.1.3 Mortalité selon le stade clinique OMS

La probabilité de décès était significativement plus élevée chez les sujets initiant le TAR au stade III-IV de l'OMS comparativement à ceux qui étaient au stade I-II de l'OMS et ceci que les données manquantes soient prises en compte ( $p=0,004$ ) ou pas ( $p=0,010$ ) (Figure 6a et b).

	Avec données manquantes		
	DM*	Stade I-II	Stade III-IV
12 mois	5,2%	2,6%	3,1%
24 mois	5,8%	3,3%	5,0%
36 mois	6,0%	3,8%	6,5%

DM : données manquantes des CD4 à l'initiation du traitement

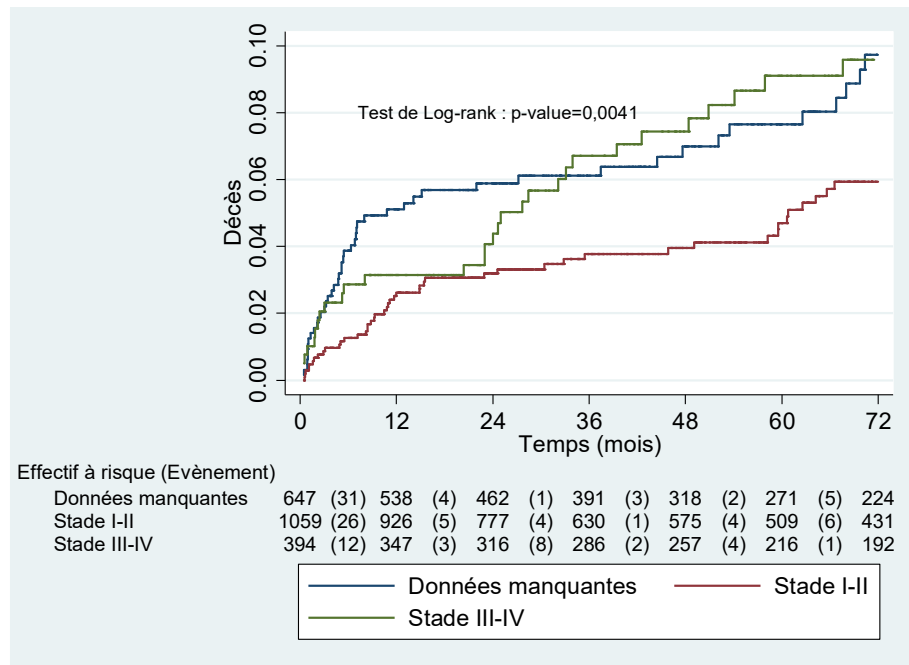


Figure 6a. Stade clinique avec données manquantes (N = 2 100)

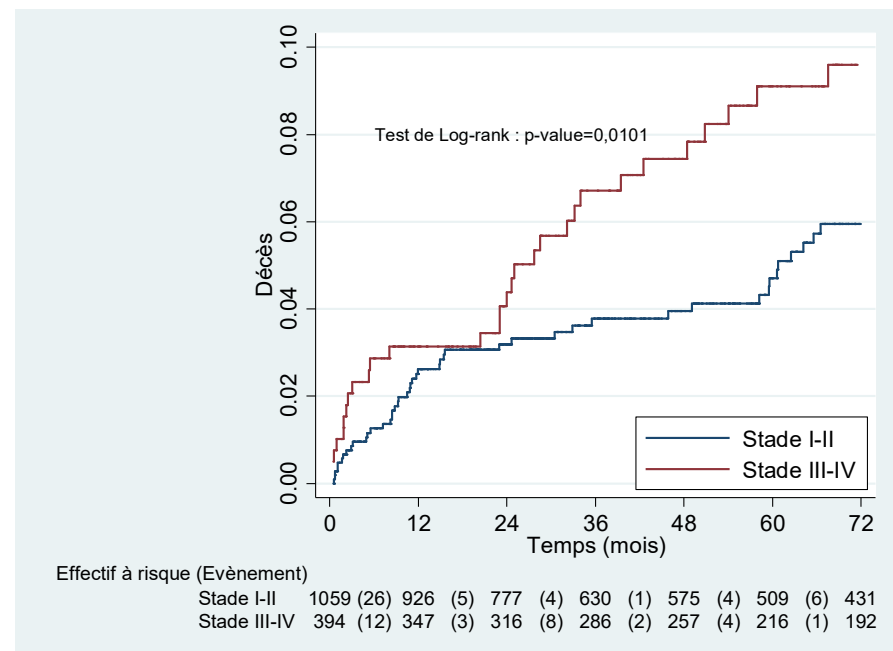


Figure 6b. Stade clinique sans données manquantes (N = 1 453)

**Figure 6.** Courbe de survie des décès chez les adultes infectés par le VIH au Togo selon le stade clinique OMS

## 5.2.2 Perdus de vue à 90 jours

Nous avons créé une variable composite qui comprend les perdus de vue déclarés dans le dossier et les patients non revenus au centre dans les 90 jours après la date de visite programmée. Au total, 431 patients étaient considérés comme perdus de vue soit une proportion de 20,5% IC à 95% [18,8-22,3].

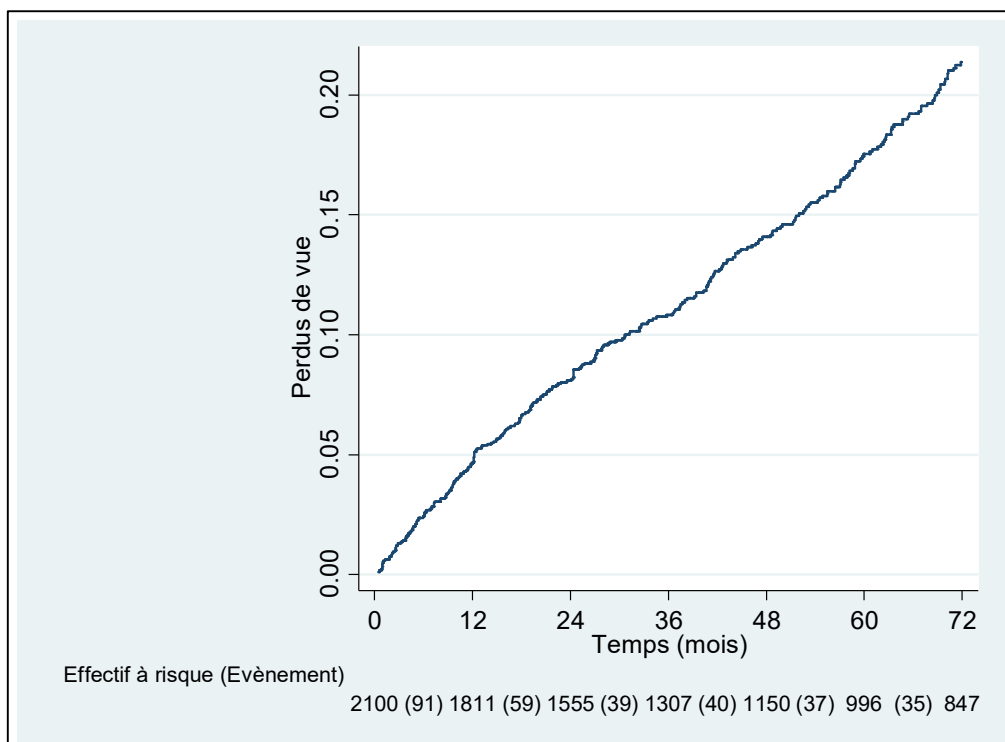
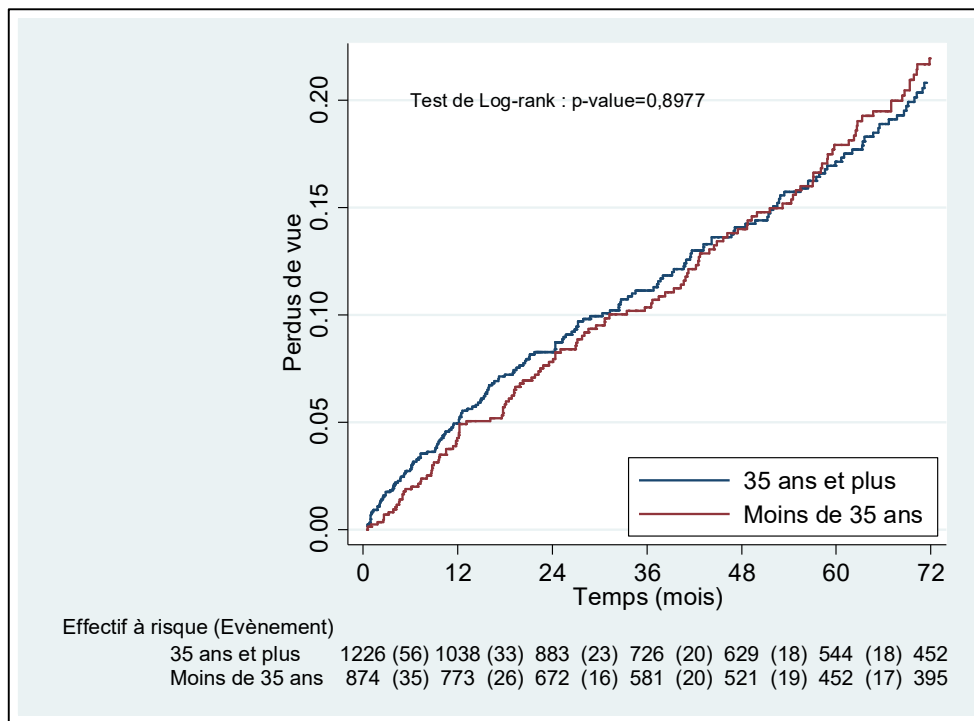


Figure 7. Courbe de perdus de vue chez les adultes infectés par le VIH au Togo

### 5.2.2.1 Perdus de vue selon l'âge à l'initiation du traitement

Il n'y a pas de différence statistiquement significative d'être perdu de vue en considérant l'âge à l'initiation au traitement antirétroviral des PVVIH ( $p=0,897$ ). La probabilité d'être perdu de vue était à 12 mois de 5,2%, à 24 mois de 8,2% et à 36 mois de 10,5% (Figure 8).

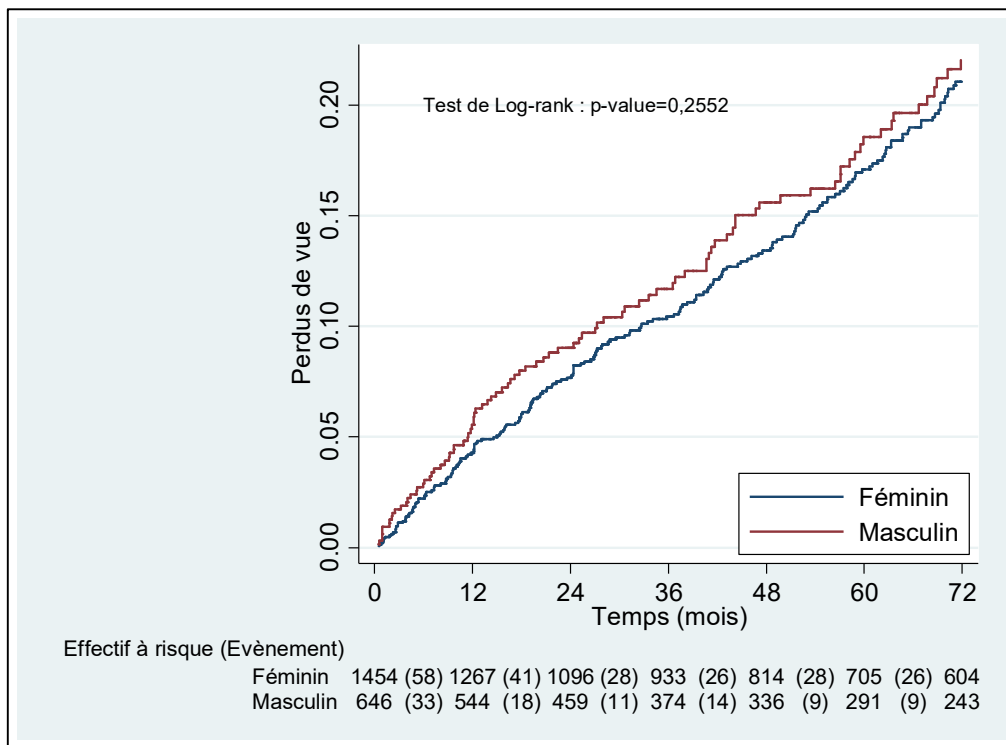


**Figure 8.** Courbe de perdus de vue chez les adultes infectés par le VIH au Togo selon l'âge à l'initiation du traitement

### 5.2.2.2 Perdus de vue selon le sexe

Selon le sexe, la probabilité d'être perdu de vue est plus élevée chez les hommes comparativement aux femmes. Toutefois cette différence n'était pas statistiquement significative ( $p=0,255$ ) (Figure 9).





**Figure 9.** Courbe de perdus de vue chez les adultes infectés par le VIH au Togo selon le sexe

### 5.2.2.3 Perdus de vue selon le stade clinique OMS

Selon le stade clinique OMS (figure 10a : avec données manquantes et figure 10b : sans données manquantes), la probabilité d'être perdu de vue ne différerait pas statistiquement selon le stade clinique OMS des PVVIH.

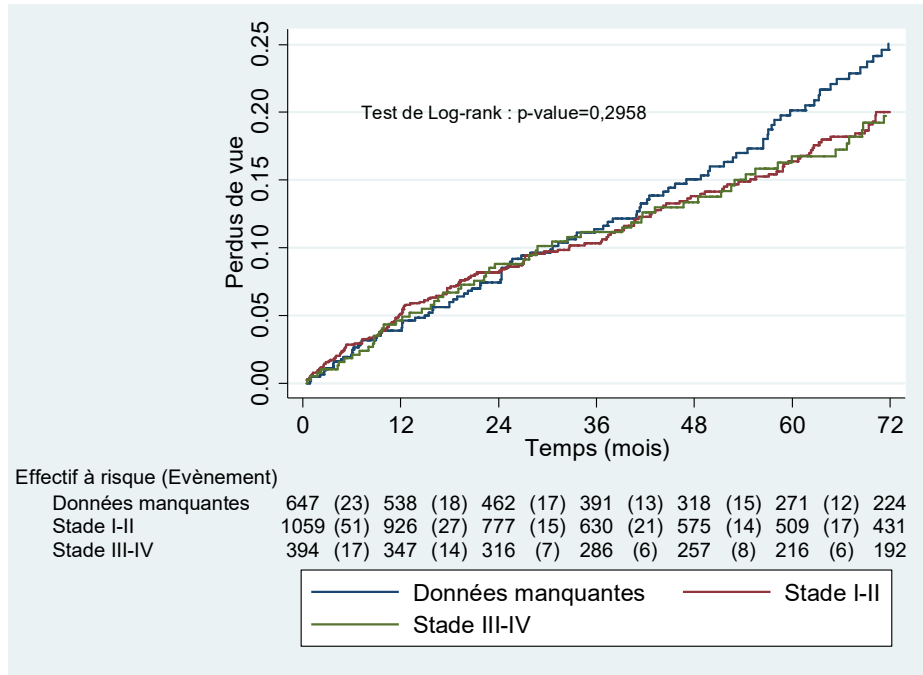


Figure 10a. Stade clinique avec données manquantes (N = 2 100) ;

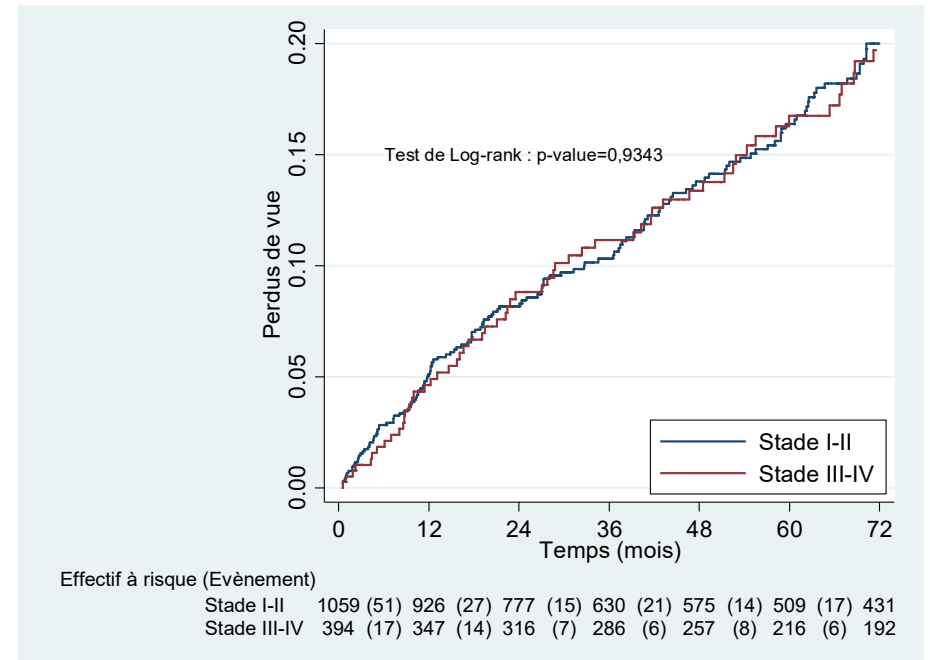
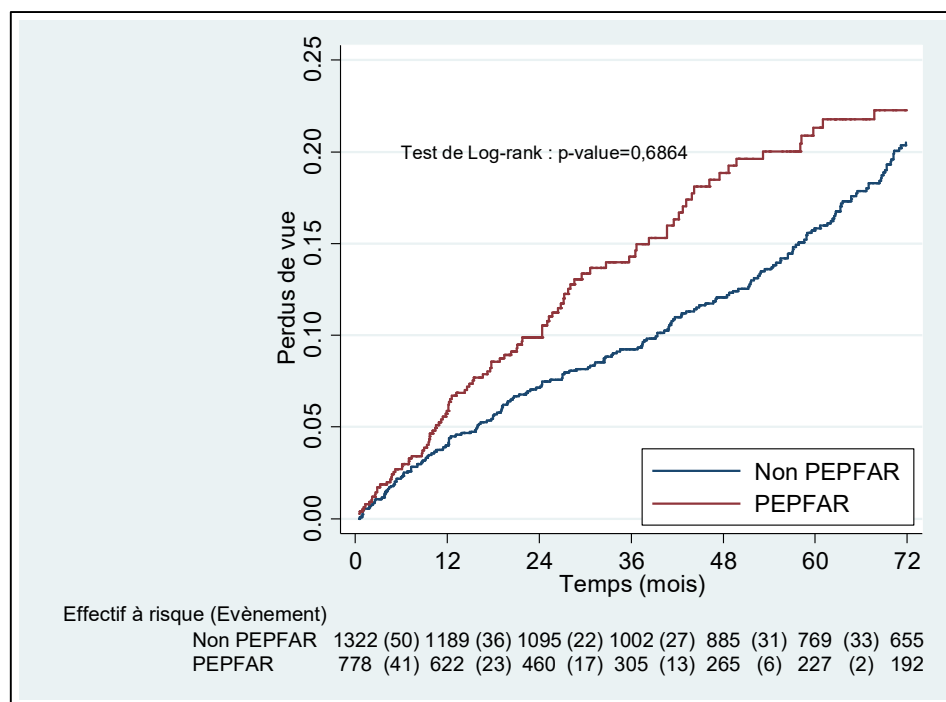


Figure 10b. Stade clinique sans données manquantes (N = 1 453)

**Figure 10.** Courbe de perdus de vue chez les adultes infectés par le VIH au Togo selon le stade clinique OMS

### 5.2.2.4 Perdus de vue selon le site EAWA

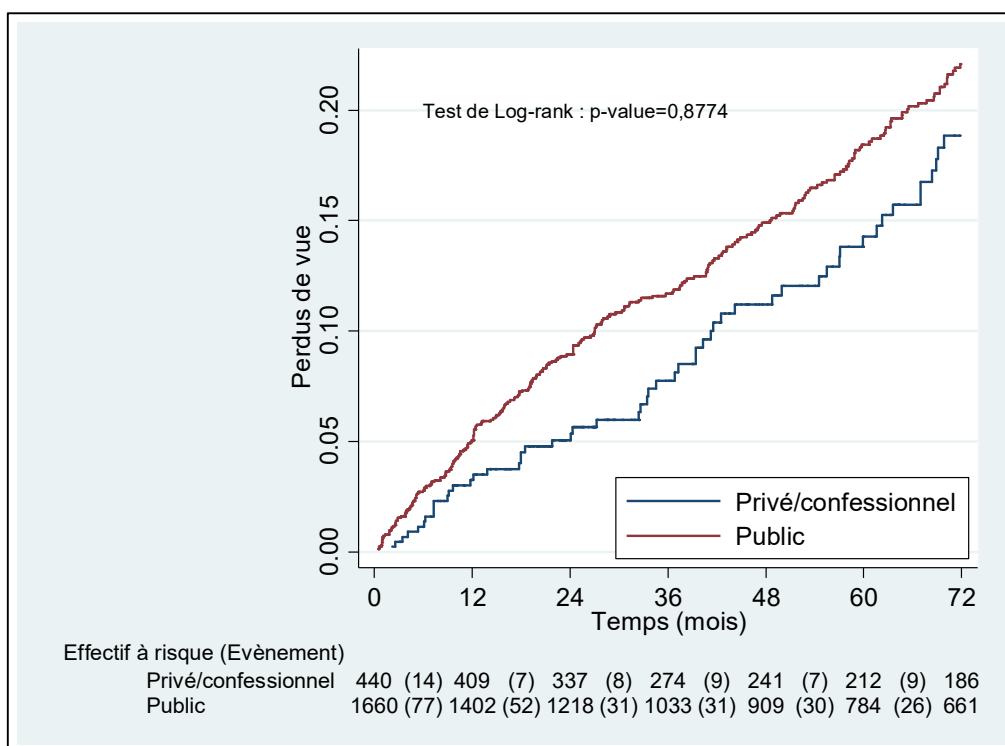
Il n'y a pas de différence statistiquement significative d'être perdu de vue considérant le site de collecte (EAWA) des PVVIH ( $p=0,686$ ). La probabilité d'être perdu de vue était de 4,4% pour les sites non EAWA (contre 6,5% pour les sites EAWA) à 12 mois, de 7,3% pour les sites non EAWA (contre 10,1% pour les sites EAWA) à 24 mois et de 9,0% pour les sites non EAWA (contre 14% pour les sites EAWA) à 36 mois (Figure 11).



**Figure 11.** Courbe de perdus de vue chez les adultes infectés par le VIH au Togo selon le site EAWA

### 5.2.2.5 Perdus de vue selon le type du site

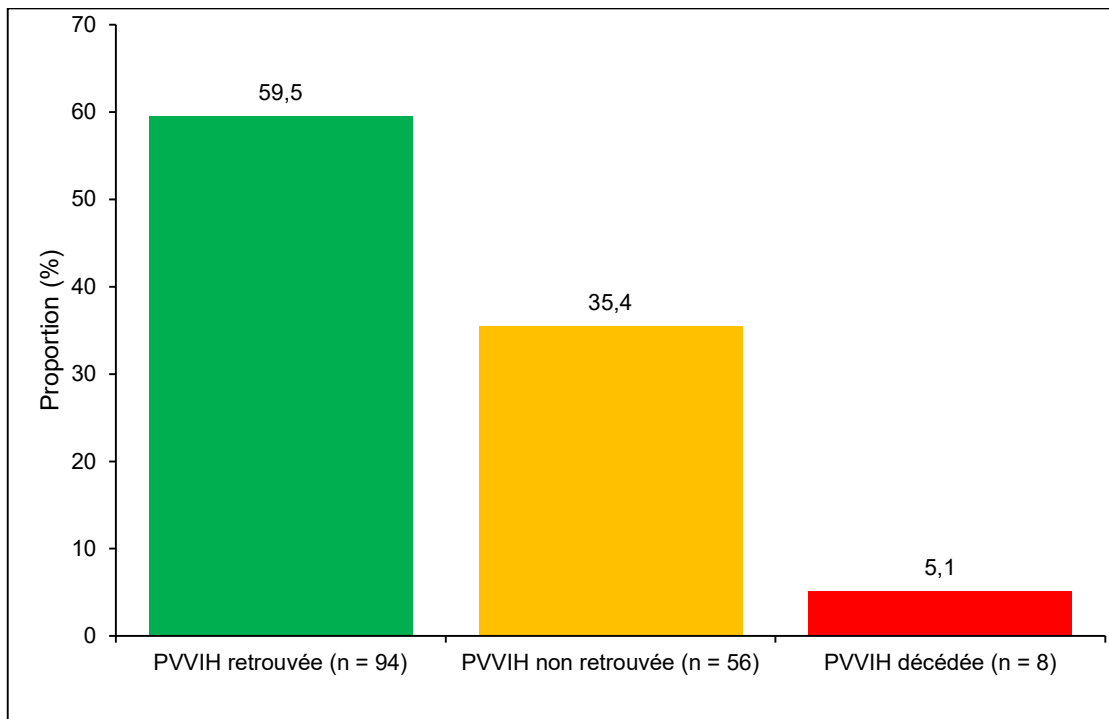
Il n'y a pas de différence statistiquement significative d'être perdu de vue considérant le type de site de collecte (public vs privé/confessionnel) des PVVIH ( $p=0,8774$ ). La probabilité d'être perdu de vue était de 3,5% pour les sites privés/confessionnels (contre 5,7% pour les sites publics) à 12 mois, de 5,6% pour les sites privés/confessionnels (contre 9,0% pour les sites publics) à 24 mois et de 7,9% pour les sites privés/confessionnels (contre 11,3% pour les sites publics) à 36 mois (Figure 15).



**Figure 12.** Courbe de perdus de vue chez les adultes infectés par le VIH au Togo selon le type du site

### 5.2.3 Devenir des sujets déclarés « perdus de vue »

Nous avons procédé à un suivi téléphonique sur un échantillon de 158 patients PVVIH tiré de façon aléatoire (mais proportionnellement à la proportion de PDV dans les six régions) parmi les patients déclarés perdus de vue. La Figure 13 présente, leur devenir : ainsi, environ 60% ont pu être joints au téléphone et continuaient toujours le traitement selon les déclarations obtenues, environ 35% étaient injoignables ou inaccessibles au téléphone et 5% étaient décédés selon un membre de la famille.



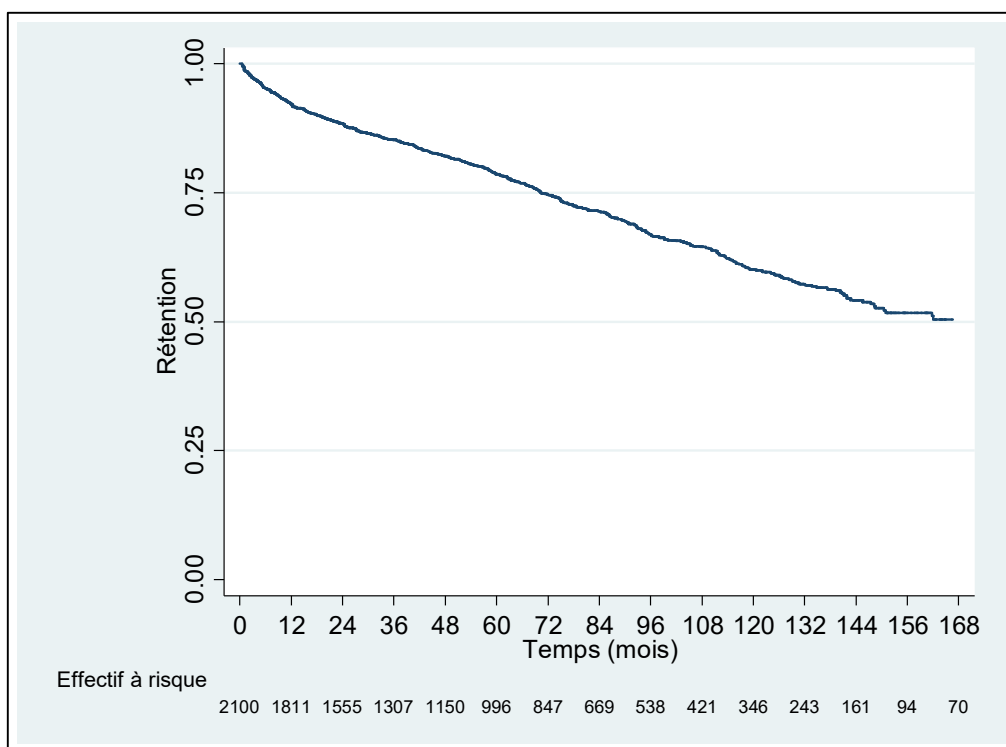
**Figure 13.** Devenir des sujets déclarés « perdus de vue » (n = 158)

## 5.2.4 Rétention

Nous avons créé une variable attrition qui comprend les décédés et les perdus de vue (perdus de vue déclarés dans le dossier et les patients non revenus au centre dans les 90 jours après la date de visite programmée).

La variable rétention est définie comme le complément à 1 de l'attrition ( $1 - \text{attrition}$ ).

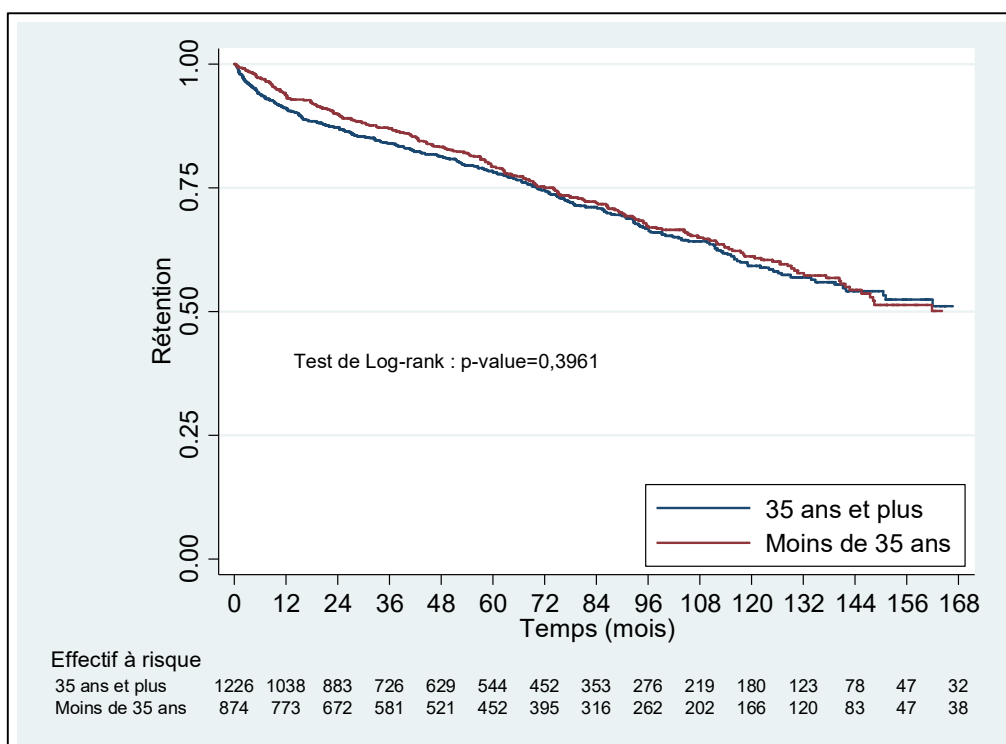
La probabilité d'être retenu dans les soins à 12 mois était de 91,6% et de 87,8% à 24 mois. A 60 mois, cette même probabilité était estimée à 78,7% (Figure 14).



**Figure 14.** Courbe de rétention chez les adultes infectés par le VIH au Togo

### 5.2.4.1 Rétention selon l'âge à l'initiation du traitement

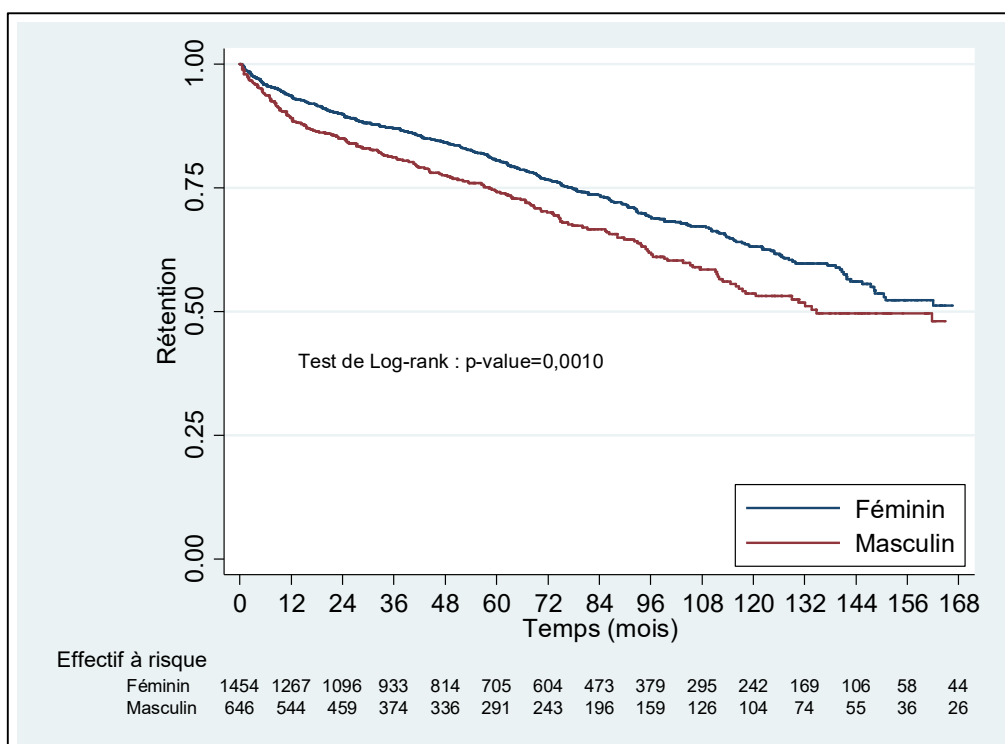
La rétention dans les soins n'était pas statistiquement différente selon l'âge à l'initiation du traitement ARV ( $p=0,396$ ) (Figure 15).



**Figure 15.** Courbe de rétention chez les adultes infectés par le VIH au Togo selon l'âge à l'initiation du traitement

#### 5.2.4.2 Rétention selon le sexe

La rétention dans les soins chez les PVVIH était significativement plus élevée chez les femmes comparativement aux hommes ( $p=0,001$ ). A 24 mois, la probabilité de rétention dans les soins était de 89,3% chez les femmes et de 84,4% chez les hommes (Figure 16).



**Figure 16.** Courbe de rétention chez les adultes infectés par le VIH au Togo selon le sexe

### 5.2.4.3 Rétention selon le stade clinique OMS

En considérant la variable stade clinique de l'OMS à l'initiation du traitement, la rétention dans les soins était plus élevée chez les patients VIH au stade I-II ( $p=0,025$ ). Toutefois, il n'y avait pas de différence statistiquement significative de la rétention dans les soins chez les patients au stade I-II comparés à ceux au stade III-IV ( $p=0,235^{\$}$ ). Cette différence observée dans la population totale est due au groupe des PVVIH ne disposant pas de données (données manquantes) (Figure 17).

$^{\$}$ Test de logrank comparant 3 groupes



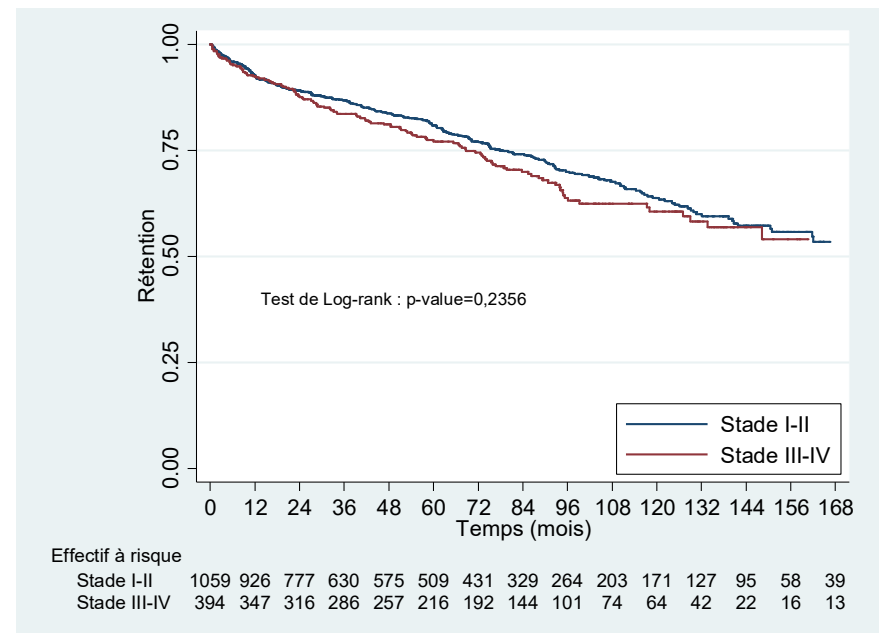
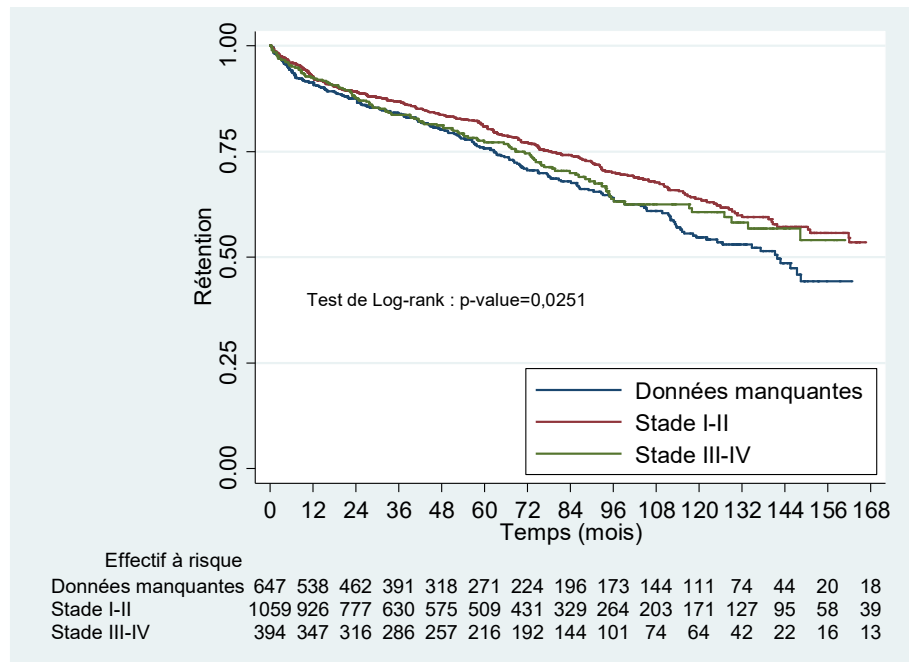


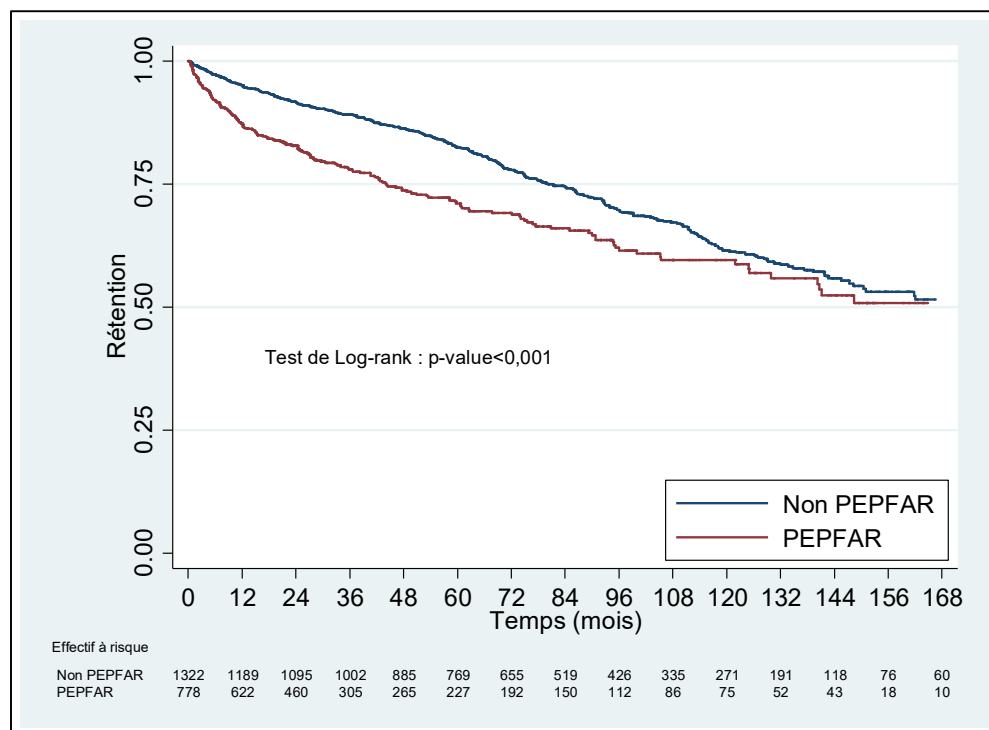
Figure 17a. Stade clinique avec données manquantes (N = 2 100)

Figure 17b. Stade clinique sans données manquantes (N = 1 453)

**Figure 17.** Courbe de rétention chez les adultes infectés par le VIH au Togo selon le stade clinique OMS

#### 5.2.4.4 Rétention selon le site PEPFAR

La rétention dans les soins chez les PVVIH était significativement plus élevée dans les sites non PEPFAR comparativement aux sites PEPFAR ( $p < 0,001$ ). A 24 mois, la probabilité de rétention dans les soins était de 91,2% dans les sites non PEPFAR et de 82,0% dans les sites PEPFAR (Figure 18).

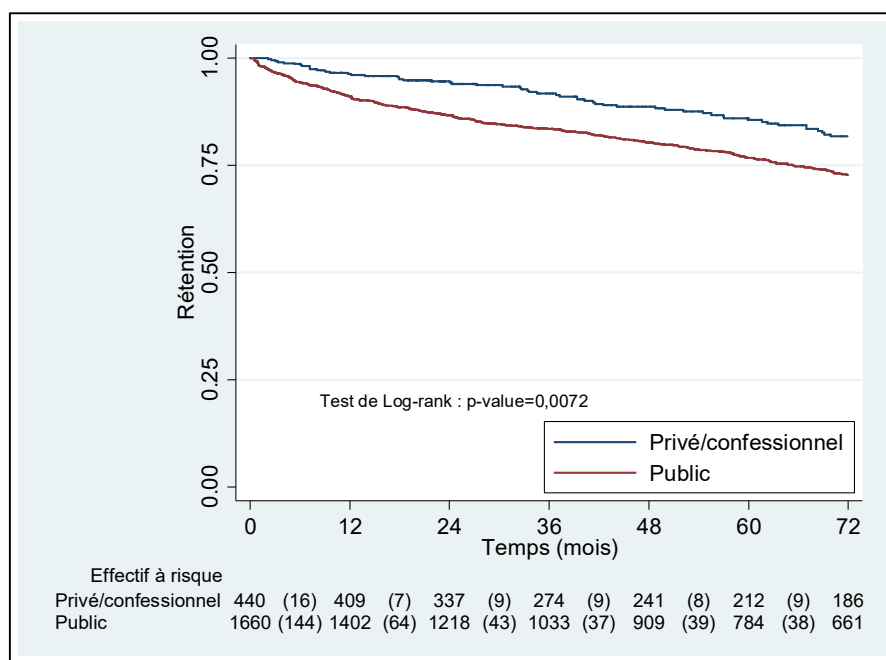


**Figure 18.** Courbe de rétention chez les adultes infectés par le VIH au Togo selon le site PEPFAR

#### 5.2.4.5 Rétention selon le type du site

La rétention dans les soins chez les PVVIH était significativement plus élevée dans les sites privés/confessionnels comparativement aux sites publics ( $p = 0,0072$ ).

La probabilité de rétention dans les soins était de 96,5% pour les sites privés/confessionnels (contre 94,3% pour les sites publics) à 12 mois, de 94,5% pour les sites privés/confessionnels (contre 91,0% pour les sites publics) à 24 mois et de 92,1% pour les sites privés/confessionnels (contre 88,8% pour les sites publics) à 36 mois (Figure 19).

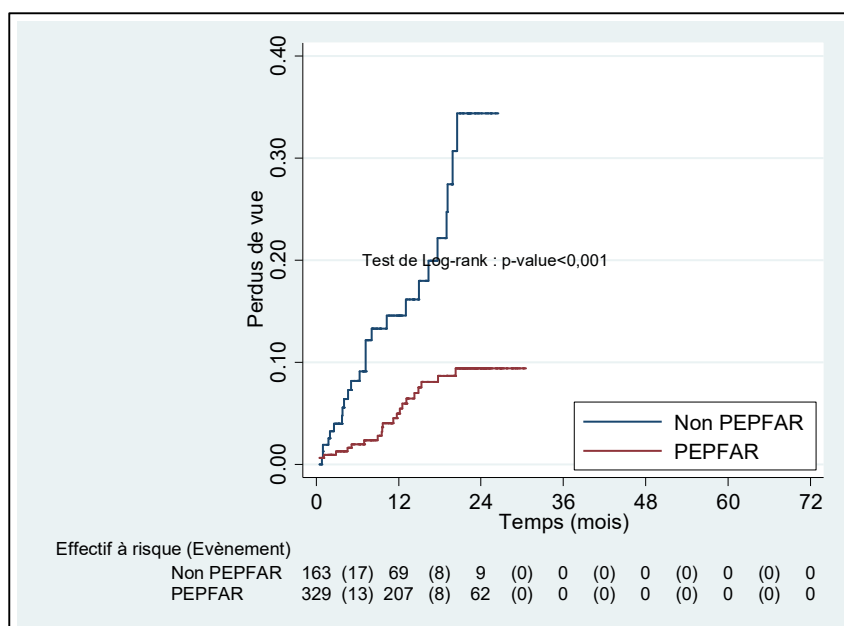


**Figure 19.** Courbe de rétention chez les adultes infectés par le VIH au Togo selon le type du site

### 5.3 Analyse de sensibilité chez les patients enrôlés dans les cohortes à partir de 2020

En ne considérant que les données à partir de l'année 2020 (année d'implémentation du projet EAWA), 492 PVVIH ont été inclus dans les analyses de perdus de vue et de rétention. Au total 46 patients (9,3%) étaient considérés comme PDV. Cette proportion était de 6,4% (21/329) chez les patients suivis dans les sites Pepfar et de 15,3% (25/163) dans les sites non Pepfar.

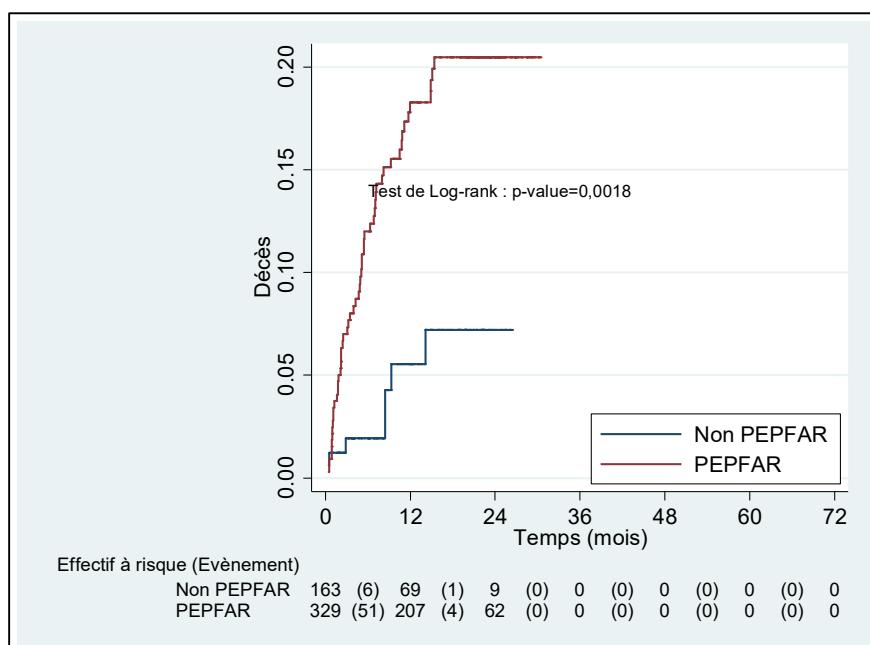
A 12 mois, la probabilité d'être PDV est plus élevée chez les patients suivis dans les sites Non Pepfar comparée aux patients suivis dans les sites Pepfar (14% vs 5,8% ;  $p < 0,001$ ) (Figure 20).



**Figure 20.** Courbe de perdu de vue chez les adultes infectés par le VIH au Togo selon le site PEPFAR

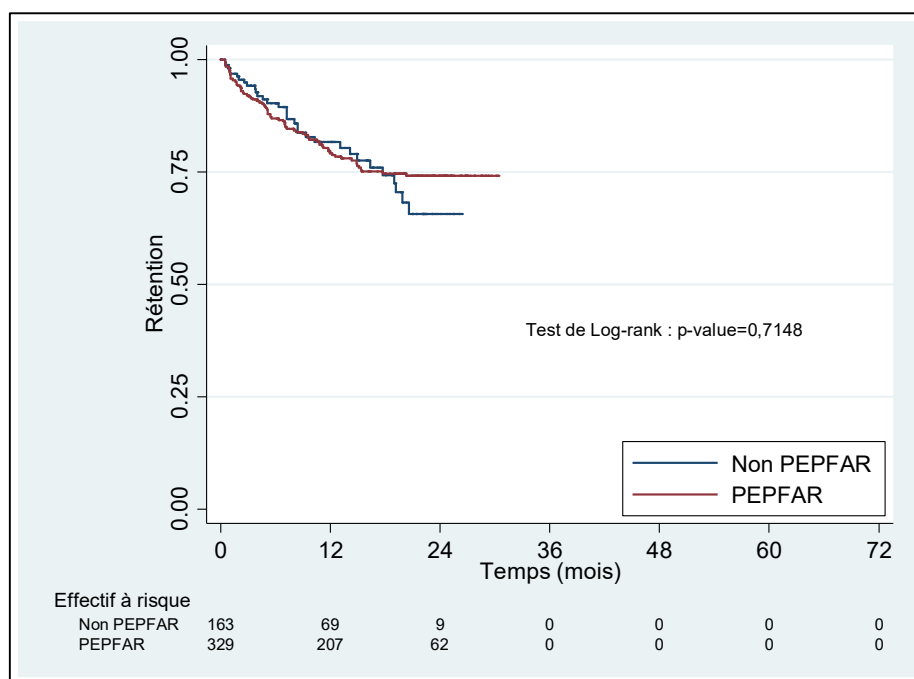
Au total 62 patients sur 492 (12,6%) étaient déclarés décédés. Cette proportion était de 16,7% (55/329) chez les patients suivis dans les sites Pepfar et de 4,3% (7/163) dans les sites non Pepfar.

A 12 mois, la probabilité d'être décédés était plus élevée chez les patients suivis dans les sites Pepfar comparée aux patients suivis dans les sites non Pepfar (16,8% vs 5,5% ;  $p < 0,001$ ) (Figure 21).



**Figure 21.** Courbe de décès chez les adultes infectés par le VIH au Togo selon le site PEPFAR

Au total 108 patients (21,9%) étaient déclarés décédés ou PDV. Cette proportion était de 23,1% (76/329) chez les patients suivis dans les sites Pepfar et de 19,6% (32/163) dans les sites non Pepfar. A 12 mois, la rétention des patients suivis dans les sites non Pepfar était similaire à la rétention des patients suivis dans les sites Pepfar (81,6% vs 78,4% ;  $p=0,7148$ ) (Figure 22).



**Figure 22.** Courbe de rétention chez les adultes infectés par le VIH au Togo selon le site PEPFAR

## 5.4 Facteurs associés à la rétention

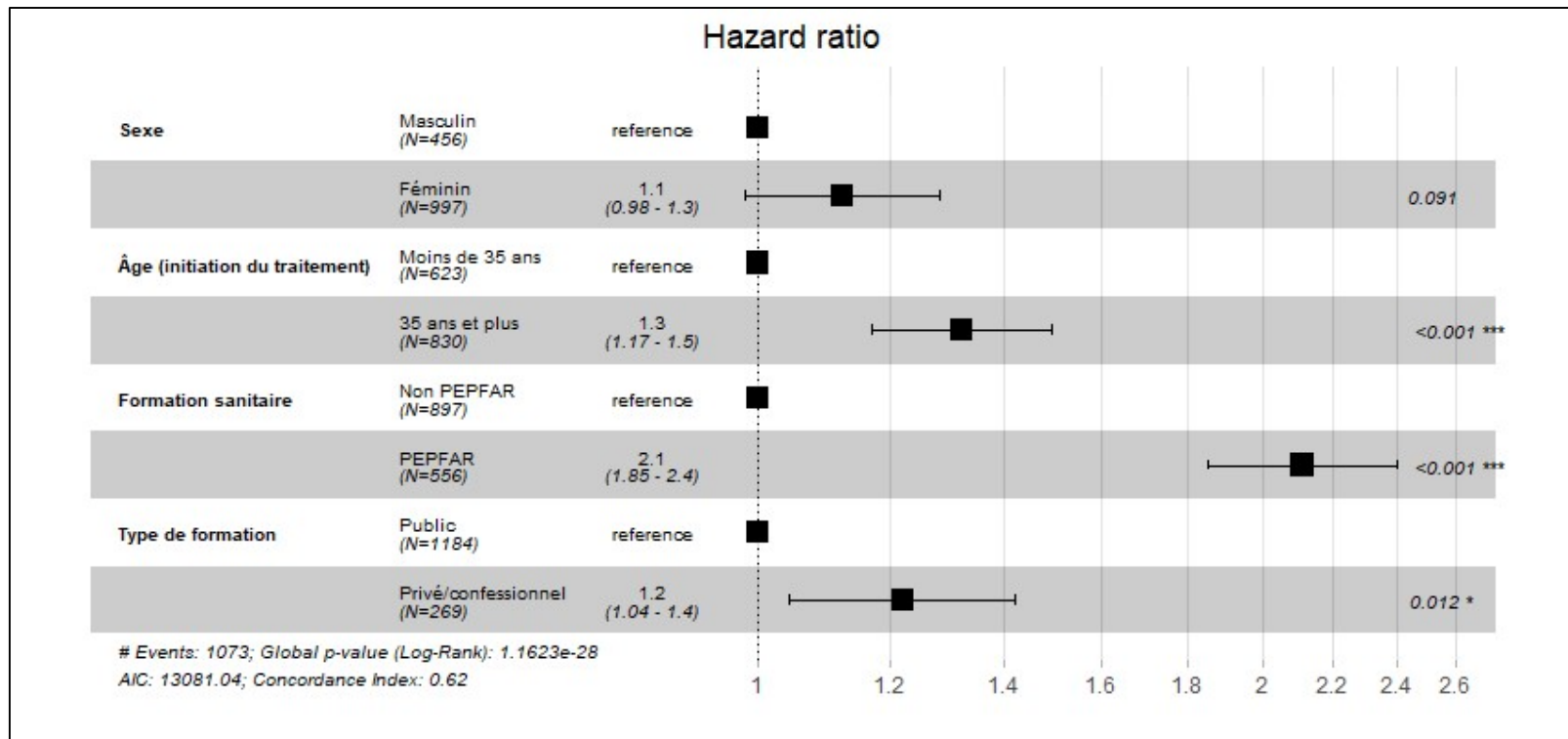
### 5.4.1 Modèle de régression de Cox

Un modèle de régression de Cox a été réalisé afin de décrire les facteurs associés à la rétention dans les soins chez les adultes infectés par le VIH. La Figure 23 présente les résultats du modèle ainsi que les facteurs associés à la rétention.

Dans le modèle de régression de Cox (avec l'inclusion de 1453 PVVIH sous traitement ARV). Après une analyse univariée, des variables ont été sélectionnées au seuil de 20% pour le modèle multivarié.

La rétention dans les soins était plus marquée chez les femmes (Hazard ratio (HR)=1,1 ;  $p=0,091$ ) mais au seuil de la significativité de (5%).

Par ailleurs la rétention était plus importante chez les PVVIH âgés de 35 ans et plus lors de l'initiation au traitement (HR=1,3 ;  $p<0,001$ ), dans les formations PEPFAR (HR=2,1 ;  $p<0,001$ ) et es formations sanitaires de type privé/confessionnel (HR=1,2 ;  $p=0,012$ ) (Figure 23).



**Figure 23.** Facteurs associés à la rétention : modèle de régression de Cox (N = 1 453)

## **Enquête qualitative**



La prise en charge des PVVIH nécessite un suivi médical régulier et une continuité des soins. On constate toutefois que certaines PVVIH abandonnent leurs traitements. Afin d'identifier les facteurs défavorables et les bonnes pratiques en matière de rétention des PVVIH dans les soins, une étude qualitative nationale a été réalisée en complément des études quantitatives. Cette étude qualitative a été réalisée dans les six (6) régions sanitaires du Togo.

## **6 Facteurs défavorables à la rétention des PVVIH dans les soins ARV**

### **6.1 Facteurs liés au traitement ARV**

#### **6.1.1 Effets secondaires**

Le traitement antirétroviral produit des effets secondaires qui impactent le vécu quotidien des patients. Ces effets ont un impact immédiat et considérable sur le parcours de soins de ces patients car ils altèrent leur vie sociale et leur qualité de vie. Les principaux effets secondaires rapportés lors des entretiens sont la somnolence, les vomissements, l'envie de manger à chaque instant, la douleur musculaire, les sensations d'un bruit au niveau du cerveau etc. Ces effets secondaires entraînent une incapacité d'exercer une quelconque activité, ce qui amène le patient à interrompre le traitement. A cet effet, certains patients déclarent :

*« Avant je travaillais dans un bar et quand je prends le produit la nuit je n'arrive plus à me tenir debout devant les clients. Je sens une fatigue générale et une forte envie de dormir. Ce qui a fait qu'à un moment donné j'ai arrêté le traitement. Plusieurs années après quand j'ai repris le traitement j'étais obligée d'arrêter le travail dans le bar pour pouvoir continuer le traitement normalement. »* (Patiente T6)

*« Quand je prends le produit, je me sens faible, ce qui me pousse à dormir et je transpire beaucoup et à mon réveil tout le lit est trempé. Cette situation a fait qu'à un moment donné j'ai cessé de prendre les ARV. »* (Patient T4)

*« Parfois quand je les prends, je ne dors pas la nuit et mes yeux grossissent. On a des heures auxquelles on prend nos produits. Moi, mon heure c'est 20h. Si je le prends à 20h je vais rester comme ça jusqu'à 1 heure du matin avant qu'un semblant de sommeil vienne m'emporter. Ça fait que c'est quelque chose qui pèse sur moi de telle manière que j'ai des produits mais on m'appelle de venir prendre les produits encore. Je n'arrive pas à prendre ça à temps comme l'exige mon prescripteur. Je suis déjà fatiguée. »* (Patiente B9)

*« Moi cette idée m'a effleuré l'esprit surtout au début quand j'ai commencé par prendre les produits et ça a commencé par me donner des effets secondaires et en plus de la nervosité qui m'animait **je me disais que je préférais mourir que continuer.** Donc j'ai refusé de prendre les produits et je restais dans la chambre*

*en pleurant et en ressentant le mal en moi. Parfois je prends des produits mais je ne les avale pas. Je les laisse comme ça dans la chambre. » (Patient B2).*

*« Quand je prends le produit je mange beaucoup et je dors aussi beaucoup et par la suite j'ai décidé de ne plus les prendre pendant une période de 6 à 7 mois.*

*» (Patient E1)*

Selon un prestataire, la prise des ARV induit des effets secondaires comme la fatigue générale, la somnolence et parfois même les vomissements.

*« J'ai un patient PDV, qui est véritablement PDV, quand elle prend les produits elle dort. Alors qu'elle a un travail de nuit qu'elle fait donc elle est obligée d'aller dormir au boulot. C'est ça qui fait qu'elle n'arrive pas à prendre le produit. On a discuté longuement, j'amène les produits mais elle ne prend pas à cause de sa profession. » (Prestataire B14)*

En somme, les effets secondaires provoqués par la prise des ARV peuvent entraîner chez la PVVIH une désocialisation et une possible précarisation induite par sa mise à l'écart prolongée du monde professionnel. Le changement de profession et parfois la diminution des capacités physiques en sont des conséquences. Cette situation pourrait entraîner une augmentation du nombre de PDV dans la file active.

### **6.1.2 Durée du traitement ARV**

La durée du traitement constitue un des facteurs d'inobservance thérapeutique. En effet un patient qui doit être sous traitement toute sa vie et doit prendre les produits tous les jours, finit par avoir un sentiment de lassitude l'amenant à abandonner le traitement. Dans le cas des PVVIH, ceci est fréquent en plus du fait que le TAR est une trithérapie :

*« C'est un traitement lourd étant donné que c'est une tri-thérapie » « c'est pénible, très pénible pour le patient. Le fait de prendre des comprimés chaque jour sans arrêter, et à la même heure précise, c'est vraiment pénible » (Prestataire, A4).*

*« Le fait de se lever tous les jours et prendre un médicament à la même heure c'est lassant et cela fait que par moment on peut vouloir abandonner pour juste se reposer un peu. » (Patient A5).*

*« Prendre un produit éternellement jusqu'à la fin de sa vie et chaque jour et à la même heure finit par fatiguer et on arrête de prendre le traitement pour un moment. » (Patiente A7)*

*« Je venais prendre les produits avec une maman. Il s'est fait un moment je ne l'ai plus vu. Et ça fait un an et demi avant de la voir et même avant de la voir elle était sérieusement malade. Et je lui ai demandé pourquoi elle ne venait plus et*

***elle me répondait qu'elle est fatiguée et que l'âge qu'elle a, si elle décède aussi ce n'est pas grave.*** » (Patient B5).

*« Mais j'ai commencé par le prendre ça n'atteint pas encore 3 ans mais je suis fatiguée. C'est parce que ça me fatigue, c'est ce qui fait que je rate les jours dans la prise du traitement. »* (Patiente B9).

Cette situation de lassitude amène certaines PVVIH à être moins observant et par conséquent à devenir des PDV.

## **6.2 Facteurs psychosociaux**

### **6.2.1 Auto-stigmatisation de la PVVIH**

L'auto-stigmatisation est l'une des raisons évoquées par les personnes interviewées comme influençant l'arrêt du processus de traitement ARV. En effet, il arrive que la PVVIH, par crainte d'être vue par un proche, un membre de la famille ne se présente pas aux rendez-vous.

*« Je peux dire que certains ont honte, la manière dont ils vont venir au centre ici, certains ont honte, raison pour laquelle certains n'arrivent pas à venir. »* (Patient, A1).

*« Je connais des gens qui sont infectés. Un jour, on s'était rencontré au lieu des analyses mais par honte ils sont partis sans faire les analyses ce jour-là, car ils ne voulaient pas qu'on sache qu'eux aussi ont cette maladie. »* (Patiente A6).

*« Quand on venait on nous accueillait en bas, et quand on vient comme ça et qu'on rencontre quelqu'un qu'on connaît ici, ça nous donne de la honte et tu dois te cacher car tu as peur que si cette personne te voyait, si elle va à la maison, elle ira le dire qu'elle vous a vu ici, que qu'est-ce que tu faisais là-bas. Parfois, il arrive qu'on rencontre des gens et on nous demande ce que nous sommes venu faire, tu seras obligé de mentir que tu es venu faire certaines analyses. »* (Patient, B3).

*« Maintenant, l'autre aspect aussi c'est l'auto-stigmatisation. Parfois les patients viennent il y a les prestataires mais quand ils voient la manière dont ça se présente, c'est-à-dire les autres patients, ils repartent sans avoir vu le prestataire ».* (Prestataire S1).

*« Parce que si tu vas venir, c'est déjà une honte, si tu te lèves pour aller faire les étapes pour aller prendre les produits, les gens qui sont hospitalisés, au niveau du service d'ophtalmologie, les gens vont vous montrer du doigt que c'est les gens là ça. Vous voyez ça. D'autres qui n'arrivent pas à supporter cette manière, et après quand tu iras prendre les produits, il y a des actes de nervosité que*

*quand on vous le fait, hum, si on vous dit le mois prochain de venir prendre les produits, tu vas dire non. » (Patiente B8).*

A cause de l'auto-stigmatisation, certaines PVVIH au Togo manquent leurs rendez-vous et se soustraient ainsi aux soins ARV.

### **6.2.2 Projet de mariage**

Le VIH a longtemps été perçu comme incurable et mortel. Avec les ARV, l'espoir de la continuité d'une vie renaît et les patients peuvent nourrir des projets comme le mariage par exemple. Dans ce cheminement, il arrive que la PVVIH par crainte que son partenaire découvre son statut sérologique mette une pause au traitement. Ainsi, le suivi et le traitement des jeunes patients surtout en âge de se marier sont mis en mal lorsque ces derniers ont des projets de mariage et le partenaire PVVIH ne veut pas partager son statut.

*« La personne qui veut se marier surtout le cas des jeunes filles, parce qu'elle a un mariage à faire et que le monsieur ne doit pas savoir qu'elle est malade, elle arrête son traitement. Souvent, elle quitte le site pour rejoindre le mari et ça devient compliqué pour nous. Ce qui est bien, quand ils partent comme ça, ils vont revenir après un an ou deux ans. » (Prestataire S3).*

*« Il y a les gens qui prennent leurs traitements, quand ils veulent se marier, ils cessent de prendre le traitement surtout les filles. Donc en allant si elle est enceinte elle peut aller à l'hôpital. On saura après qu'elle a le VIH et c'est un problème pour la famille. » (Patient D7)*

*« Il y a le cas où ils veulent se marier et ils ne veulent pas que le partenaire sache donc ils arrêtent le traitement, ils ne prennent plus le médicament et ils s'engagent ni vu ni connu ; ça existe aussi. » (Prestataire D3).*

### **6.2.3 Non-partage du statut sérologique/Stigmatisation**

A cause de la stigmatisation et la discrimination, la plupart des PVVIH éprouvent des difficultés à partager leur statut sérologique dans leurs communautés. Cette situation les amène à ne pas dévoiler leur statut sérologique et par conséquent ils sont contraints de se cacher pour répondre aux rendez-vous, pour la prise des ARV, etc. D'autres refusent carrément leur statut sérologique en raison de leur position sociale comme le constate un prestataire :

*« Je vais prendre le cas d'une femme. Au départ, lorsqu'on l'a dépisté, c'était à la salle d'accouchement et c'était positif. Elle n'avait pas adhéré un mois après elle est revenue et on l'a pris encore et les psychologues ont parlé avec elle et elle a accepté commencer. C'est la femme d'un monsieur influent de la localité et elle ne veut pas que son mari sache qu'elle prend ce traitement là et on l'a rassuré quand même pour que le mari ne le sache pas. Après un mois elle n'est*

*plus revenue. La première raison est que le mari et elle, ne sont pas convaincus que ce soit le VIH et jusqu'à présent elle n'a pas repris. » (Prestataire T5)*

Le non partage du statut sérologique fait qu'en présence du conjoint ou de la conjointe, ou d'un membre de la famille, le patient sous ARV n'arrive plus à prendre son traitement de peur que son statut sérologique ne soit découvert. Ainsi, une patiente affirmait :

*« Je connais des gens qui ont cessé de prendre. Parce qu'ils ont des problèmes à la maison ; des problèmes familiaux, avec son épouse, avec son mari ; donc on la guette pour voir quel produit elle prend. Donc elle a cessé de prendre. Pourquoi moi j'ai su ; parce que quand nous venons à la réunion ici, on nous connaît. Parce que moi je suis un agent de santé communautaire, donc parfois quand je circule dans mon quartier, je les rencontre ; on s'assoie, on s'échange des conversations, des dialogues. Et on se demande comment va le produit ? Et c'est donc là que la personne va sortir qu'elle a cessé de prendre à cause des problèmes familiaux, de sa coépouse, de son mari, avec les beaux-frères ; ces derniers qui tentent de la minimiser voir ce qu'elle prend au juste ou savoir de quoi elle souffre de quel maladie et tout temps elle prend des produits. On la guette pour voir ce qu'elle prend au juste et ce qu'elle est. C'est ça qui l'empêche de prendre. » (Patient A8).*

Pour un autre patient,

*« Personne d'autre n'est au courant de mon statut pour éviter que cette histoire ne circule de bouche à oreille dans tout le village. Donc je garde le silence autour de mon entourage familial. Mais à cette assise où l'on est, on se conseille ; moi je rends visite à mes confrères PVVIH ou on discute, on parle entre nous, on se donne des conseils sur la manière à adopter face à cette maladie. » (Patiente T8)*

Pour un prestataire

*« La discrimination et la stigmatisation qui font que les gens se cachent. On se cache alors qu'on est dans un couple, ou bien dans une famille, on peut venir prendre ses médicaments mais si le milieu ou la communauté n'est pas favorable, souvent on fait des ruptures de soins. » (Prestataire D4)*

### **6.3 Facteurs liés à la communication sur la maladie**

Pour les patients qui ont une bonne observance thérapeutique, lors de leur contrôle bioclinique, on constate que la charge virale est indétectable. Cette indétectabilité de la charge virale est

parfois interprétée par les patients comme une guérison, ce qui les pousse à arrêter le traitement. C'est dans ce sens que des prestataires affirmaient :

*« Quand on parle de charge virale indétectable souvent les personnes ne souffrant d'aucune pathologie pensent qu'elles sont guéries. Donc pour ces personnes il y a des entretiens, des explications thérapeutiques bien planifiés qui sont faits pour leur expliquer qu'en fait si tu es dans ce cas, c'est comme ça qu'on doit évoluer. Et on revient sur la chronicité de la maladie et sur le traitement à vie. Il y a certains qui reviennent et d'autres qui ne reviennent pas. » (Prestataire, K11).*

*« Il y a aussi des patients, du fait que la charge virale est annulée, ils se disent qu'ils sont guéris et n'ont pas besoin de continuer par prendre les médicaments et quelques fois même on les appelle et ils nous insultent au téléphone que qui vous dit que j'ai la maladie, je suis plus grosse que vous et tout mais c'est un peu ça. » (Prestataire D7)*

## **6.4 Facteurs familiaux et communautaires**

### **6.4.1 Influence de la Religion/ leaders religieux**

Les leaders religieux sont dits « porteurs de lumière » dans les communautés. Les idéaux qu'ils professent ou défendent sont le plus souvent partagés par la majorité des membres de la communauté. Ainsi, ils influencent en grande partie le comportement des uns et des autres jusqu'aux itinéraires thérapeutiques. Certaines PVVIH abandonnent leur traitement à cause de l'influence des leaders religieux (pasteurs et imams) ou de la religion. C'est dans cette logique que s'inscrit les propos suivants :

*« Moi-même je peux dire qu'un pasteur a quitté la Côte d'Ivoire pour venir à Kangnikopé dans un hôtel. C'est le nom de l'hôtel que j'oublie. Que on n'a qu'à donner 250 000 F CFA et qu'il va nous fabriquer une huile d'Olive et une fois bénie, et l'utiliser et la maladie va finir. C'est moi et mon mari qui y sommes allés. Et j'ai dit à mon mari qu'on n'a qu'à partir et quand on va trouver l'argent on va revenir. On n'a pas pu revenir car moi-même je me suis dit que si j'ai même cette somme je vais monter un commerce. Et aussi quelqu'un venait ici en parlant de préparer une tisane. En buvant cette tisane, la maladie s'est encore déclenchée. Il avait arrêté de prendre son TARV, pour prendre les tisanes et la maladie s'est déclenchée. C'est quand la maladie a déclenché qu'il a repris le traitement. » (Patient B5).*

*« Moi j'ai une patiente qui a arrêté son traitement et qui dit qu'elle est guérie par la prière. Physiquement elle se porte bien et elle ne veut pas continuer. Elle dit qu'elle a fait la prière et que Dieu a exaucé mais ce qu'elle n'accepte pas est le*

*fait de se faire dépister pour de nouveau et confirmer qu'elle est guérie mais elle se porte bien. » (Prestataire T2)*

*« Je connais une amie d'un ami qui a tenté d'utiliser la tisane qu'elle a payé à 5000 F CFA pour guérir la maladie. Ayant fait tout pour qu'elle puisse bénéficier des ARV au CMS LAKAZA, elle a refusé d'aller prendre son traitement et à opter pour cette voie. » (Patiente E7).*

*« Une femme venait ici avant, elle allait à l'église où on ne portait pas de boucle d'oreille. Nous tous, nous nous rencontrons ici. Moi quand je viens ici, moi je fais les choses comme une folle parce que pour moi quand je suis ici c'est comme si je suis parmi les enfants de ma mère. Donc on rit, on discute, on parle de tout et de rien. Et la femme là me demande : pourquoi toi tu restes toujours joyeuse comme ça. Je suis malade et je vais prendre la maladie pour une faiblesse et être triste ? Alors dis-moi qu'est-ce que tu as ? Elle me dit que l'église dans laquelle elle va le pasteur lui a dit que c'est une telle chose qui lui arrive. Raison pour laquelle il ne faut pas qu'elle reprenne son traitement. Donc elle ne sait pas à qui le dire. Mais comme je suis quelqu'un de jovial, elle a voulu partager ça avec moi. » (Patient B8).*

#### **6.4.2 Impact des cérémonies de veuvage et funéraires**

Les cérémonies de veuvage sont des rituels obligatoires au sein des communautés. Au Togo, la cérémonie de veuvages constitue un moment important auquel ne peut déroger le conjoint ou la conjointe. Il arrive alors dans cette période de veuvage que le patient qui se trouve sous traitement ne puisse pas se rendre à ses rendez-vous et donc abandonne son traitement surtout lorsque le statut sérologique n'est pas partagé avec une tierce personne.

*« Moi j'ai déjà manqué mon traitement et la raison était que mon mari était décédé. J'étais en train de suivre les cérémonies de veuvage et je ne pouvais pas sortir même de la chambre pendant un long moment. Dans le sens où je faisais des cérémonies, donc je ne pouvais pas sortir donc j'ai dû abandonner mon traitement. » (Patiente A1).*

*« Il faut dire que la période de veuvage qui est différente selon les peuples qui va jusqu'à 6 mois est une période au cours de laquelle la femme qui est retenue ne doit pas sortir, ça influence beaucoup sur les rendez-vous. » (Prestataire A4).*

Il en est de même lorsque le patient est pris pour les cérémonies funéraires. On constate que les patients abandonnent leurs traitements à cause des cérémonies funéraires comme l'indiquent les propos suivants :

*« Problème de funérailles vraiment. La personne trouve que ses funérailles sont plus importantes que sa santé. Du coup ça fait que si vous leur demandez de*

*passer, Il te dit clairement qu'il est allé aux funérailles. Quand il va revenir il viendra et des patients font 2 mois, 3 mois et 4 mois et la machine les sort comme perdu de vue. Et après elle revient, qu'elle était allée aux funérailles ».*  
(Prestataire A5).

## **6.5 Facteurs socioéconomiques**

### **6.5.1 Difficultés financières pour le déplacement vers les centres**

Pour arriver sur les sites de prise en charge, certaines PVVIH parcourent de longues distances. D'autres quittent des localités très reculées. Ainsi, ils ont besoin de moyens financiers pour payer leur transport or les activités qu'ils exercent ne leur permettent pas de pouvoir se prendre en charge et payer le transport à chaque visite. Le manque de moyens financiers pour payer le transport leur permettant de se rendre au centre de prise en charge est une dimension importante, une contrainte majeure dans la rétention des PVVIH dans les soins. Un prestataire affirmait dans cette logique que :

*« Il y a certains patients qui n'ont pas de moyen de déplacement parce qu'il y a certains qui viennent des villages un peu reculés ou éloigné du site et s'il n'a pas trouvé les 1000 F CFA du déplacement pour venir, il ne peut pas arriver or il n'a pas de communication pour pouvoir joindre le médiateur afin que le médiateur puisse lui apporter le produit. Il y a tout ça là qui fait que certains tombent en perte de vue. »* (Prestataire T1)

Et pour des patients :

*« On éprouve beaucoup de difficultés pour venir au centre de prise en charge parce que nous manquons des fois de moyens financiers pour payer le transport. Moi par exemple, je suis à plus de 50 km d'ici donc cela fait que parfois j'ai des difficultés à venir pour mes rendez-vous. »* (Patiente T7)

*« Je connais une personne. A cause de la distance, elle a abandonné les produits. Elle me dit souvent que quand elle demande de l'argent de transport pour venir ici, on ne lui donne pas. Elle aussi, elle n'a pas de moyen, elle ne travaille pas. Comment elle va faire pour venir. Avant quand elle prenait le traitement, elle avait la santé ; maintenant comme elle a laissé de venir prendre les traitements, elle tombe toujours malade. Ses frères ne l'aident pas. Elle aussi elle ne fait rien. Comment va-t-elle faire venir les traitements alors que la distance est loin. »* (Patiente D2)

*« Il y a les gens qui sont au Bénin comme au Ghana. Actuellement il y a des gens qui viennent de hors Togo pour venir. Donc il se fait qu'avec les moyens qu'il faut déboursier pour venir, ils n'arrivent pas à répondre et d'autres disent que leurs*



*activités rémunératrices aussi les empêchent. Donc ce qui fait qu'ils viennent quand ils trouvent les moyens. » (Prestataire S3).*

*« Je manque souvent d'argent pour pouvoir venir et prendre les produits parce que j'habite loin d'ici et quand je ne trouve pas d'argent pour pouvoir payer le transport je n'arrive pas à venir pour mes rendez-vous. » (Patiente K5).*

Pour un prestataire,

*« Les moyens pour accéder au centre. Comment faire pour venir chercher, la personne veut bien prendre son traitement mais comment faire pour y arriver, manque de moyen pour joindre le centre de santé le plus proche, pour chercher ses ARV. » (Prestataire D4).*

### **6.5.2 Difficultés financières pour l'alimentation**

Une bonne alimentation permet l'amélioration du système immunitaire et le renforcement de l'organisme contre l'infection. L'une des contraintes auxquelles les patients interviewés sont confrontés est le manque de moyens financiers pour s'alimenter. La plupart des patients affirment que la prise des ARV renforce leur appétit. Ainsi ils mangent souvent comme le relève ces propos suivants :

*« Moi, les produits que je prends font que je mange beaucoup et régulièrement. Ces produits-là me creusent le ventre et quand je n'ai pas la nourriture à côté je ne prends pas mes ARV. » (Patient T2).*

*« Des fois quand tu veux prendre les traitements, mais tu n'as pas à manger. Tu n'auras pas le courage de prendre parce que tu n'as pas le manger. Donc ça décourage ; quand tu veux prendre le traitement, tu n'as pas le manger pour le prendre. Donc tu négliges, tu laisses tomber les médicaments. Tu dis, tu ne peux pas respecter l'heure si tu n'as pas à manger. Tu vas dire que quand j'aurai à manger je vais prendre les traitements, alors que ça n'arrange pas. On nous dit souvent de respecter l'heure. » (Patiente D2)*

Et pour certains prestataires :

*« **Sincèrement il faut reconnaître que la nouvelle molécule fait beaucoup manger selon les patients.** Donc certains nous disent que quand ils prennent les produits et qu'ils ont faim et qu'ils n'ont pas de quoi manger et on veut toujours qu'ils prennent les produits donc il faut toujours penser à la situation nutritionnelle périodique des patients. Parfois même certains veulent tomber devant toi et c'est à toi le plus proche de lui donner ce qu'il doit manger. » (Prestataire T9)*

*« J'aimerais qu'on mette en exergue dans les conditions socio-économiques, le problème de la famine. Il y a des patients qui vont vous dire que quand ils trouvent à manger, ils prennent bien leur traitement. Mais quand ils n'ont pas trouvé le*

*minimum c'est-à-dire la bouillie même le matin, ils ne vont pas vers leur traitement. Donc dans les conditions socio-économiques, il ne faudrait pas qu'on réduise ça seulement au coup du trajet à effectuer pour venir chercher le produit. Il y a les conditions alimentaires. » (Prestataire K2).*

*« Ils [patients] disent qu'ils n'ont pas à manger donc ils ne peuvent pas prendre des médicaments sans manger. Ça aussi est un facteur. Vous allez voir une famille, c'est à peine elle trouve à manger une fois par jour et vous allez demander à cette famille de venir prendre ses ARV ; elle ne viendra pas donc, elle fera partie de nos classes de perdus de vue que nous avons recensé. » (Prestataire D11).*

### **6.5.3 Migration : déplacement des populations**

**Les voyages apparaissent comme l'une des causes de l'arrêt des soins des PVVIH selon les personnes interviewées au Togo.** Le fait que la PVVIH quitte son lieu de résidence pour une autre destination parfois inconnue fait que cette dernière manque les rendez-vous et reste injoignable pendant un long moment. Dans le cas où la personne n'aurait pas de prescriptions couvrant plusieurs mois, elle manquerait alors de ARV et donc arrêterait ainsi son traitement. Un prestataire remarquait dans cette logique :

*« Je dirai qu'il y a certains patients qui voyagent, peut-être qu'ils vont au Ghana et au Bénin. Leurs numéros ne marchent pas et souvent ils restent injoignables et ils ne viennent pas. Le fait de voyager est l'une des raisons de la rupture des soins ARV ». (Prestataire A3).*

*« Le changement de milieu, d'adresse pour raison de voyage fait que certains patients abandonnent leur traitement. Le patient peut changer d'adresse et là où il est arrivé, peut-être il se cache là et c'est autre chose, on ne peut pas le retrouver. Je veux parler des patients qui sont allés pour le métayage, ou le job au Burkina donc du coup, étant là-bas où son entourage ne sait pas qu'il est sous traitement, comment faire pour retrouver par exemple surtout quand il y a le Covid-19 c'était vraiment compliqué. » (Prestataire D11).*

*« Moi je dirais que j'ai arrêté mon traitement parce que je n'étais pas au pays. J'avais voyagé au Bénin et mes produits étaient finis et je ne connaissais pas un endroit là-bas pour aller les prendre. » (Patiente A6).*

*« J'aimerais dire surtout par rapport aux patients qui nous arrivent souvent, c'est les voyages. Il s'agit de la mobilité de ces patients. Il y a trop de mobilité parmi nos patients. » (Prestataire K3)*

*« Moi je devrais venir le vendredi pour prendre le médicament, mais j'avais voyagé en ce moment. J'avais fait plus d'un mois sans prendre de médicaments. Avant d'arriver ici et de reprendre le traitement. » (Patiente K8)*

Les raisons de voyages sont aussi évoquées par les perdus de vue joints par téléphone comme facteur influençant le processus de soins en ce sens que lorsqu'ils voyagent, ils ne répondent pas au rendez-vous. De plus, ne connaissant pas les sites de prise en charge au lieu d'arrivée, ils interrompent la prise des ARV lorsque les médicaments sont finis.

## **6.6 Facteurs liés à l'organisation de la prise en charge**

### **6.6.1 Facteurs liés à la structure de la prise en charge**

#### **6.6.1.1 Manque de locaux**

Le manque de locaux pour les activités de la prise des PVVIH constitue l'un des problèmes majeurs identifiés par les différents participants à l'étude. De l'avis de l'ensemble des personnes interviewées, il ressort que le fait de manquer de bureaux pour accueillir les patients fait que certains patients hésitent à venir dans le centre pour la prise en charge car ils craignent d'être exposés devant les autres patients vu que le site de prise en charge est situé dans un centre public qui est dédié à la prise en charge d'autres maladies. A en croire un prestataire : *« [...] Donc quand les patients arrivent c'est dans l'antichambre là ils vont rester et il y a d'autres qui restent sur les bancs là dehors »*. (Prestataire T4)

Le fait de rester dehors expose les patients qui craignent d'être vus et d'être stigmatisés. Cette situation impacte la rétention des patients dans les soins ARV. C'est dans ce sens qu'un patient affirmait :

*« Le lieu de réception est un souci car à la vue de tous et nous savons tous que la honte nous guette tous. Donc ce qui fait que certains viennent mais n'arrivent pas entrer dans le centre car trop d'exposition. » (Patiente T3)*

*« C'est le cadre qui cloche vraiment. Parce qu'il est réservé pour l'accueil ; je réitère toujours ce que je suis en train de dire parce que pour l'accueil même des patients, là où on va les installer pour la dispensation nous crée déjà des problèmes. Et, on n'était même pas ici. Lorsqu'on nous avait amené ici, on a vraiment failli perdre plus que la moitié de notre file active. C'est lié au fait que les gens sont exposés. Vous êtes venus, vous-même vous avez vu. C'est des gens qu'on laisse dans le couloir. On a parlé, on est fatigué. Le PNLs est venu plusieurs fois, on a parlé on nous a dit que ce n'est pas notre site seulement ; que c'est partout et qu'on doit faire un effort. Donc cela a fait qu'on a eu vraiment à se tirailler avec beaucoup de personnes avant de les maintenir. Parce qu'ils disent qu'ils sont trop exposés par rapport à là où on était et ils sont dans le*

*couloir comme ça, tout le monde passe ; on voit on sait que c'est pour la prise des ARV. Donc c'est ce côté-là que je voulais évoquer. Depuis là, on est en train de négocier quand même avec le docteur de la médecine, lui aussi il est en train de talonner la direction pour voir si on peut trouver un local pour la dispensation. La salle qu'on est en train d'utiliser actuellement pour la dispensation n'est pas la salle de dispensation. C'est la salle réservée aux assistants ; mais comme il n'y a pas une autre salle pour la dispensation, le jour de la dispensation, nous, on emprunte ça juste pour faire la dispensation et actuellement tout est stocké au secrétariat de la notice». (Prestataire S3).*

*« Le cadre (les locaux) n'est pas vraiment approprié. Notre dispensation est quelque part, le bureau du psychologue est au laboratoire avec leur test, la salle d'attente ici ; ici, il y a trop de combinaisons. Et ça ne permet pas un bon circuit. Si vous n'êtes pas courageux, vous n'allez pas revenir parce que tout ce circuit, c'est comme tu t'exposes. Donc nous savons que c'est une maladie dans lequel règne la stigmatisation, la discrimination et donc le cadre n'est pas approprié. »*  
(Prestataire K1).

Le manque de locaux impacte également le travail des prestataires notamment les médiateurs, les opérateurs de saisie, les dispensateurs qui se retrouvent dans le même bureau pour recevoir les patients. Une telle situation ne garantit pas la confidentialité empêchant ainsi le patient d'exprimer tout son ressenti et son vécu.

*« Nous travaillons dans une salle qui ne répond pas à la confidentialité du patient. Une salle très exigüe où il y a tous les prestataires je peux dire les opérateurs de saisie, les médiateurs, les prescripteurs. Ça ne laisse pas le patient s'exprimer donc il peut avoir une réticence sur la personne et que la prochaine fois il peut ne pas revenir. »* (Prestataire T10)

*« Par rapport à notre salle de consultation si on pouvait nous trouver quelque chose de mieux, peut être un conteneur. Plus d'espace pour assurer la confidentialité. »* (Prestataire T9)

**L'insuffisance et l'inadéquation des locaux dédiés aux activités de prise en charge des PVVIH constituent alors un frein pour la rétention des PVVIH dans les soins ARV.**

#### **6.6.1.2 Manque de moyens pour les activités du suivi**

Pour un bon suivi du patient sous ARV, les centres de prise en charge ont besoin de moyens aussi bien financiers que matériels. L'insuffisance de ces moyens fait que les centres de prise en charge sont limités dans le suivi des patients et la recherche des PDV ce qui impacte

négativement la rétention des PVVIH dans les soins ARV. Dans cette logique, des prestataires remarquaient :

*« Le suivi des patients est encore compliqué parce qu'il faut appeler et on a besoin des crédits de communication. S'il faut se déplacer et faire des visites à domicile, tout le monde n'a pas de moto et ceux qui ont des motos ont des difficultés de carburant. Parfois certains patients sont très loin et si toi-même tu n'as pas l'amour du travail tu ne vas pas vouloir y aller. Tous ces effets agissent donc sur la rétention des patients car le patient va donc attendre trois mois et plus avant de venir quand ils auront de l'argent. »* (Prestataire T10)

*« Les moyens sont insuffisants et inexistantes. Parce que c'est vrai que dans nos motivations, il est prescrit quelque chose, mais vraiment s'il faut utiliser ces moyens pour faire la recherche d'un perdu de vue, il va falloir déboursier ou prendre toute sa motivation pour le faire. Parce qu'il faudrait appeler, aller vers le lieu d'habitation de la personne, chercher et connaître le terrain sait de quoi je parle et ce n'est pas facile. Et supposons qu'il y en a un, deux ou trois, même pour une seule personne, les moyens sont déjà épuisés. »* (Prestataire K10).

*« Le suivi c'est depuis l'entrée du patient jusqu'à sa sortie à la maison et tout. Pour appeler les patients il faut avoir du crédit. C'est vrai il y a de petite dotation de crédit aux médiateurs parfois pour le faire mais c'est insuffisant et pour le déplacement aussi il y a un petit forfait qui est aussi insuffisant et le centre nous aide par l'intermédiaire de PEPFAR mais en grosso modo ce sont des petits trucs qui sont insuffisants. »* (Prestataire T1)

*« Par rapport aux matériels de suivi, il y a des soucis parce que depuis là on a des carnets qui sont épuisés ; tout est plein ; les chéquiers, on en parle même plus. C'est sur des ordonnanciers qu'on remplit. Les cahiers sont finis ; on a écrit même tourner. On a tout fini donc, quand la personne vient tout ce qu'on peut faire c'est de chercher l'ordonnancier pour prescrire et heureusement comme on a un registre, on enregistre dedans et c'est ça qui nous permet de les suivre. Et on a même arraché les trucs qu'il fallait remplir dans les carnets pour envoyer, pour demander. On l'a envoyé depuis là, c'est rester comme ça. Donc entre temps, on avait essayé de voir s'il y a des carnets non utilisés, si on peut prendre les blancs au moins, rectifier, réécrire avec les mains. On a fait ça entre-temps, on nous a dit que c'était infaisable. Donc actuellement on fait avec mais il faut dire sincèrement qu'il y a des patients qui n'ont plus de cahiers. Quand vous prenez, ça date des années ».*  (Prestataire S3).

*« Il y a un manque de ressources matérielles pour les activités, parce que pour pouvoir retenir les patients il faut créer des activités ludiques qui vont permettre*

*aux patients de venir, parce que ça va lui donner la joie. Le patient vient il apprend quelque chose ou bien il s'exprime pour libérer ses émotions, il n'y a pas cette activité ludique, le patient vient sur le site juste pour le renouvellement des ARV. Ça aussi ça ne motive pas vraiment les patients à venir s'approvisionner de leurs ARV ». (Prestataire A6).*

### **6.6.1.3 Manque de ressources humaines**

La prise en charge des PVVIH nécessite des ressources humaines disponibles et qualifiées pour une meilleure prestation. Lorsque les centres de prise en charge manquent de ressources humaines, cela impacte négativement le processus de prise en charge et réduit la qualité des services offerts. **On constate à partir des propos des agents qu'il y a un manque de ressources humaines dédiées à la prise en charge des PVVIH et ceci crée une situation de surcharge du travail.** Cette surcharge de travail influence négativement la rétention des PVVIH dans les soins ARV en ce sens que le prestataire ou le médiateur ne prend pas le temps pour s'occuper de certains patients et ne donne pas le meilleur du service attendu.

*« La surcharge du travail ça impacte sur les services qu'on offre aux patients. Parce que vous devez servir tous les clients. Lorsque vous êtes surchargés par le travail, parfois sans même le vouloir il y a des choses qu'on fait que le patient n'apprécie pas. Donc il y a une surcharge de travail qui impacte également. Certes, il y a des moments c'est relax, il faut le dire. Il y a des moments où les patients ne viennent pas et des moments où les patients viennent nombreux sur le site et il n'y a pas beaucoup de ressources humaines pour pouvoir gérer. Donc ça vacille au fait. Ça devient des problèmes pour d'autres personnes qui sont là. Nous, les prestataires qui sommes au niveau des PVVIH, nous sommes obligés de faire le travail des autres et le nôtre en même temps. C'est ce qui explique la surcharge du travail qui est sur nous. » (Prestataire A6).*

*« Par rapport à la surcharge de travail, je dirai oui. Parce qu'une seule personne fait beaucoup de choses au même moment. Comme l'autre l'a évoqué parce que le patient est là. Il faut tout faire en même temps avant qu'il reparte. Tu dois le voir s'il doit faire le bilan, s'il doit prendre son médicament, le suivre, et s'il a besoin d'une éducation thérapeutique, il faut le faire. **S'il part, il y a plus d'occasions pour qu'il revienne.** Au même moment, tu dois faire tout ça. S'il y a possibilité de scinder le boulot ça va aider un peu. Mais tu es obligé de faire au même moment beaucoup de choses. » (Prestataire A4).*

*« Nous ne sommes que 2 médiateurs pour ce grand centre. Donc ça ne permet pas de donner les fruits escomptés et je vais aussi parler de la dispensation. Dans ce grand centre, nous n'avons qu'un dispensateur. Donc ça ne permet pas*

*de vraiment donner le rendement escompté pour une meilleure rétention. »*  
(Prestataire K1).

*« Vraiment au niveau hospitalier nous souffrons ; je crois qu'au moment de NFM1, NFM2, il y avait des prescripteurs dédiés carrément pour le suivi des PVVIH. Mais comme l'a souligné la médiatrice, il arrive des fois que nous n'ayons même pas le temps de suivre ces patients. Et on leur donne seulement les ARV. Nous n'avons pas le temps parce qu'il y a d'autres charges. Donc il serait bien d'augmenter le personnel, on sait que le VIH n'est pas un programme à part mais vu ce qu'on nous demande de faire avec le suivi des PVVIH c'est énorme. Si on doit faire une éducation thérapeutique individuelle qui prend jusqu'à 45 minutes pour un seul patient, je ne sais pas dans la journée combien de patients nous pourrions recevoir. Donc, il serait bien qu'on puisse nous appuyer en termes de personnel. On ne dit pas forcément d'avoir un personnel dédié à la prise en charge des PVVIH, mais d'augmenter le personnel pour le suivi des PVVIH. »*  
(Prestataire S1).

### **6.6.2 Charges liées au remplissage des outils de collecte de données**

Les activités de rapportage font partie intégrante du processus de prise en charge des PVVIH dans les soins ARV. Elles consistent à renseigner les indicateurs liés à la prise en charge comme les indicateurs sociodémographiques, biologiques, les indicateurs de suivi, etc.

La réalisation de cette activité ralentit le travail lorsqu'il y a plusieurs patients et il arrive par moment que le prestataire ait plusieurs fiches à renseigner au même moment et pour un seul patient.

**Une autre difficulté rencontrée est que certains patients qui attendent depuis un moment finissent par se lasser et repartent sans avoir consulté ou alors tardivement.** Ainsi, le patient peut au prochain rendez-vous manifester un refus de répondre à cause de cette longue durée d'attente. C'est dans cette logique que s'inscrivent les propos suivants :

*« Vraiment il faut dire qu'il y a tellement de rapports et il y a tellement de fiches et registres à remplir au même moment. Une personne qui fait tout ça à la fois ça pose vraiment problème parce qu'il y a un patient qui est là. Le service que tu es en train d'offrir à la personne tu es en train de remplir ses registres en même temps.*

*Tu vas sur ce point tu remplis, sur l'autre point tu remplis et ainsi de suite.*

*Il y a tellement de fiches et de rapports qui font que c'est vraiment difficile dès fois et quand les superviseurs viennent ils remarquent que certains registres ne sont pas vraiment remplis, parce que ça nous dépasse des fois et on n'oublie et on se dit après on va aller le faire, mais on ne le fait pas.*

*Tout cela est dû à la surcharge. Si j'ai cette largeur de pouvoir discuter avec le patient sans problème et que je n'ai pas d'autres choses à faire en même temps ça fait que le travail que je vais faire, le service que je vais offrir à cette personne serait de bonne qualité ». (Prestataire A5).*

*« Je voulais en termes de suivi évoquer les difficultés que nous avons aussi ; vu le nombre de patient qui arrive, il y a plein de registre à renseigner. Si le patient présente des infections opportunistes, il faut remplir le registre des infections opportunistes, si le patient a des IST, il faut remplir le registre des IST ; par contre, il y a encore le cahier d'observation du patient même encore à renseigner. Ça nous donne du travail. Il serait bien qu'on puisse résumer tout dans un carnet pour pouvoir faire le suivi. ». (Prestataire S1).*

*« Il y a trop de rapports à faire parce que nous à notre niveau, on est deux prescripteurs qui sont là permanemment ; c'est vrai qu'on s'alterne, des fois on est à deux mais par rapport au rapportage, c'est un peu difficile. Je prends juste l'exemple qu'on doit remplir le carnet de prise en charge du patient, le carnet de soin, il y a le registre de TARV, il y a la fiche ESOPE qu'on doit aussi renseigner. Donc tout ça, quand on le prend, souvent quelqu'un peut prendre ça comme banal mais ça nous épuise par rapport aux informations qu'on doit donner aux patients pour leur permettre de rester toujours dans le suivi quotidien ou mensuel. ». (Prestataire K6).*

*« Il y a les fiches qui ne renseignent pas forcément les mêmes indicateurs pour une même personne. Donc vous remplacez cet indicateur, vous finissez, il faut remplir l'autre indicateur, pas mal de fiches à remplir pour une seule personne, alors que d'autres aussi sont là. Je parlais des indicateurs. Que ce soit dans la rétention, le suivi et dans le bilan de suivi. Je veux parler des charges virales etc. sont des fiches à remplir pour la seule personne, sachant que les autres attendent aussi ». (Prestataire A1).*

Pour le prestataire, le fait d'avoir plusieurs fiches à remplir pour un même patient peut être entraîner des oublis surtout pour le renseignement de certains indicateurs importants.

## **6.7 Motivation salariale insuffisante**

La motivation salariale est un aspect qui influence le rendement des agents dans l'accomplissement de leurs activités. Lorsqu'un agent est bien rémunéré cela le motive plus à bien travailler et à donner le meilleur de lui-même afin d'atteindre de bons résultats.

Sur le plan national, certains agents estiment que leurs motivations salariales ne leur permettent pas de donner le meilleur d'eux-mêmes dans le suivi des patients.



*« Quand tu travailles tu t'attends à la fin du mois avoir un salaire digne de ce nom, être en assurance santé et être déclaré à la CNSS. On ne fait que grandir et la retraite arrive. Si tu signes un contrat de prestation, tu t'attends à être payé en échange du service rendu ça veut dire que, le travail qu'on fait ordinairement, il y a beaucoup d'activités qui entrent en jeu et qui ne sont pas prises en compte. Ça veut dire qu'un beau matin si tu ne te réveilles pas bien tu ne seras pas payé et le jour où tu finis ton contrat il n'y a pas ni vu, ni connu. Ça fruste. Parfois quand tu viens au boulot tu fais vite pour aller combler des trous quelque part. Le salaire ne suffit pas. Ça impacte négativement sur le boulot » (Prestataire A4).*

*« Je pense vraiment que la grille salariale n'est pas bonne s'il y a possibilité de revoir cela à la hausse. Ça permettra d'être vraiment plus efficace et de donner le meilleur de soi-même » (Prestataire A7).*

## **7 Bonnes pratiques à la rétention des PVVIH dans les soins ARV**

Les sites de prise en charge au Togo ont mis en place un système pour faciliter le suivi et la présence des PVVIH aux rendez-vous.

*« L'opérateur de saisie fait sortir la liste des rendez-vous manqués et des alertes et des PDV. Donc, quand on nous fait sortir la liste des rendez-vous manqués en même temps, on essaye de les joindre par téléphone pour voir ce qui n'allait pas. A chaque fois que les patients viennent, ils prennent le temps de réactualiser l'adresse du patient dans le carnet. Donc ça facilite à chaque fois qu'un patient est perdu de vue et qu'on n'arrive pas à le retrouver, on prend le carnet et on retrouve rapidement l'adresse de la personne au cas où le téléphone est injoignable on peut aller chez cette personne facilement. » (Prestataire B7)*

*« Je crois que le fait déjà d'identifier des jours pour le suivi, puisqu'il y a des jours qui ont été identifiés ; ce n'est pas qu'ils viennent en désordre ; donc déjà ça facilite le travail. Ils savent que quand ils viendront, ils ne seront pas en attente avant d'être suivis. Il arrive des fois ou certains de ces patients qui sont hospitalisés et qui ont des difficultés financières, il y a une concertation dans le service où il y a des cotisations pour pouvoir leur venir en aide. Par ailleurs on leur a fait payer des carnets de 100 francs. Et sur ces carnets on a mis des numéros selon l'enregistrement. Et c'est ces carnets là qu'on leur donne. Donc déjà, quand ils arrivent, ils savent vers où aller donner ces carnets. Et ces carnets nous permettent déjà de faire sortir leur dossier. C'était pour éviter qu'ils traînent avec les dossiers à la vue de tout le monde. Donc quand nous on prend les carnets là déjà, on sait que la personne est venue pour son rendez-vous même*

*sans parler. Et on va en même temps chercher son cahier de prise en charge, et elle reste dans la queue là où elle doit aller chercher les produits et elle rentre pour le suivi comme on le dit et elle ressort avec ces produits. » (Prestataire S3)*

*« Moi je dirai aussi qu'une des motivations qui aide les patients à venir régulièrement, c'est aussi qu'on a mis un système au niveau du centre. Mis à part que le malade vienne voir le prescripteur, le communautaire, il y a des malades qui n'ont pas de moyens pour se déplacer donc ils doivent aller voir le secrétaire caissier et l'administration pour voir si on peut payer son traitement. Souvent ils appellent et disent que notre traitement est fini mais on n'a pas de moyens de déplacement, on leur dit emprunter l'argent et quand vous venez, on vous rend. C'est une motivation. La deuxième motivation c'est que on prend en compte la famille du patient ça veut dire que les patients quelquefois se retrouvent dans une situation de précarité très haute et le système a mis en place le système de parrainage pour pouvoir aider les enfants dans la scolarité au niveau de l'éducation et donc ça aussi motivé ; à la fin du mois la maman qui a plusieurs enfants dont la nourriture est finie, les médicaments sont finis, elle est motivée de venir prendre son médicament et prendre la nourriture. Je crois que tout ça n'est pas à ignorer pour motiver les patients à venir chercher leur médicament et puis la proximité que nous avons à l'égard des patients ; cette proximité-là ouvre leur cœur. Un patient par exemple qui se fait stigmatiser chez lui, il vient, il tape à notre porte, on l'accueille. Il y a beaucoup de stratégies, des familles d'accueil qui peuvent accueillir telle personne et puis des malades qui témoignent à visage découvert aussi qui peuvent aller à la sensibilisation des autres. C'est vrai qu'on a mis des stratégies, des petites stratégies pour nous, ça devient naturel c'est pour ça qu'on ne le dit pas toujours. C'est vrai que depuis deux ans avec le Covid nous avons vraiment des difficultés pour faire les groupes de paroles. Mais il y a quelques semaines, avec le communautaire, le psychologue, le prescripteur, on s'est dit qu'on va faire des petits groupes de paroles pour les reprendre et on s'est rendu compte que vraiment ils ont encore besoin même s'ils ont fait dix ans, vingt ans avec la maladie ; ils ont besoin de cette présence-là, même si c'est cinq personnes, dix personnes c'est très important. » (Prestataire D7).*

*« Le mécanisme mis en place consiste d'abord à extraire les attendus du mois et de la semaine. Avec le système de cohortes, chaque médiateur a des patients, on distribue ces listes aux médiateurs et ce sont les médiateurs qui les appellent en avance. Et s'ils ne viennent pas les médiateurs continuent à les appeler. Après 3 jours et par la suite les médiateurs peuvent aller les rendre visite pour voir ce qu'il y a ou quels sont les empêchements et s'ils sont d'accord ils peuvent leur*

*amener en même temps les produits. Après appel, il y en a certains qui viennent. Tout ce mécanisme pour que les patients ne tombent pas dans les perdus de vue. » (Prestataire T1)*

Il ressort de cette analyse que plusieurs stratégies ont été mises en œuvre dans les centres de prise en charge pour favoriser la rétention des PVVIH, notamment :

- Extraction de données sur les visites attendues, les PDV de la semaine et du mois
- Suivi par cohorte pour chaque médiateur : en pratique, une liste de patients attendus ou PDV est confiée à chaque médiateur qui se charge d'effectuer le suivi à travers les appels téléphoniques et les visites à domiciles
- Dédommagement des frais de transport
- Parrainage des familles démunies
- Famille d'accueil
- Affectation des tuteurs communautaires à chaque patient
- Groupe de paroles
- Suivi individualisé : Le médiateur crée un environnement de confiance entre lui et le patient. Il est l'autre confident du patient, ce qui veut qu'il puisse tout lui dire.
- Prescription sur une longue période aux patients. **Pour les patients observants, le centre dispose d'une prescription allant jusqu'à 6 mois** et ceci réduit les déplacements de ces patients.
- Dispensation communautaire : le médiateur peut à la demande du patient lui apporter son traitement à la maison.
- Education thérapeutique
- Counseling

Ces stratégies mises en place contribuent davantage à la rétention des PVVIH dans les soins ARV.

## **8 Principales recommandations**

- Harmoniser les procédures de relance des patients PDV en s'inspirant de l'expérience du projet EAWA dans la recherche des PDV
- Accélérer le passage à échelle de l'outil E-tracker sur tous les sites de prise en charge du VIH
- Adapter la taille des files actives des PVVIH en fonction des ressources humaines et du plateau technique disponibles sur chaque site
- Renforcer la formation du personnel sur la qualité d'accueil des patients infectés par le VIH

# **Annexe**

**Tableau 6.** Caractéristique-socio-démographique des patients de 15 ans et + infectés par le VIH (N = 2 100) selon les sites EAWA

Caractéristiques	Non PEPFAR	PEPFAR	Total	P
	(n = 1 322)	(n = 778)	(N =2 100)	
	n (%)	n (%)	n (%)	
<b>Age (années)</b>				
Minimum-Maximum	15-85	15-83	15-85	
Médiane (IIQ)	45 (37-52)	41 (35-49)	44 (36-51)	<b>&lt;0,001*</b>
Moyenne (ET)	45 (12)	42 (11)	44 (11)	
<b>Age (années)</b>				
<50	881 (66,6)	588 (75,6)	1 469 (70,0)	<b>&lt;0,001**</b>
≥50	441 (33,4)	190 (24,4)	631 (30,0)	
<b>Statut marital</b>				
Vit seul (célibataire/divorcé/veuf)	483 (36,5)	292 (37,5)	775 (36,9)	0,563**
Marié	694 (52,5)	412 (53,0)	1 106 (52,7)	
Données manquantes	145 (11,0)	74 (9,5)	219 (10,4)	
<b>Stade clinique OMS</b>				
1-2	601 (45,5)	458 (58,9)	1 059 (50,4)	<b>&lt;0,001**</b>
3-4	296 (22,4)	98 (12,6)	394 (18,8)	
Données manquantes	425 (32,1)	222 (28,5)	647 (30,8)	
<b>Traitement ARV à l'initiation</b>				
3 NRTI	13 (1,0)	8 (1,0)	21 (1,0)	0,899***
PI	1 306 (98,8)	768 (98,7)	2 074 (98,8)	
Données manquantes	3 (0,2)	2 (0,3)	5 (0,2)	
<b>Sexe</b>				
Féminin	917 (69,4)	537 (69,0)	1 454 (69,2)	0,870**
Masculin	405 (30,6)	241 (31,0)	646 (30,8)	

\*Test de Wilcoxon-Mann-Whitney; \*\*Test du chi-deux d'indépendance; \*\*\*Test exact de Fisher

**Tableau 7.** Paramètres de suivi des patients infectés par le VIH (N = 2 100) selon les sites EAWA

Caractéristiques	Non PEPFAR (n = 1 322)	PEPFAR (n = 778)	Total (N =2 100)	P
	n (%)	n (%)	n (%)	
<b>Durée depuis l'infection à VIH (années)</b>				<b>&lt;0,001<sup>1</sup></b>
0-10	911 (68,9)	645 (82,9)	1 556 (74,1)	
≥10	335 (25,3)	84 (10,8)	419 (20,0)	
Données manquantes	76 (5,7)	49 (6,3)	125 (6,0)	
<b>CD4 count à l'enrôlement (cell/mm<sup>3</sup>)</b>				<b>&lt;0,001<sup>1</sup></b>
≥500	417 (31,5)	112 (14,4)	529 (25,2)	
[200-500[	388 (29,3)	95 (12,2)	483 (23,0)	
<200	121 (9,2)	22 (2,8)	143 (6,8)	
Données manquantes	396 (30,0)	549 (70,6)	945 (45,0)	
<b>Charge virale</b>				0,519 <sup>1</sup>
DéTECTABLE	31 (2,3)	13 (1,7)	44 (2,1)	
Non détectable	33 (2,5)	17 (2,2)	50 (2,4)	
Données manquantes	1 258 (95,2)	748 (96,1)	2 006 (95,5)	
<b>Dernière charge virale</b>				<b>0,002<sup>1</sup></b>
DéTECTABLE	120 (9,1)	67 (8,6)	187 (8,9)	
Non détectable	200 (15,1)	165 (21,2)	365 (17,4)	
Données manquantes	1 002 (75,8)	546 (70,2)	1 548 (73,7)	
<b>Changement de régime ARV</b>				<b>&lt;0,001<sup>1</sup></b>
Non	786 (59,5)	662 (85,1)	1 448 (69,0)	
Oui	536 (40,5)	116 (14,9)	652 (31,0)	
<b>Durée TARV (année), (médiane, IIQ)</b>				<b>&lt;0,001<sup>2</sup></b>
Minimum-Maximum	0-23	0-21	0-23	
Médiane (IIQ)	6 (4-10)	2 (2-6)	5 (2-8)	
Moyenne (ET)	7 (4)	4 (4)	6 (4)	
<b>Sexe</b>				0,870 <sup>1</sup>
Féminin	917 (69,4)	537 (69,0)	1 454 (69,2)	
Masculin	405 (30,6)	241 (31,0)	646 (30,8)	

<sup>1</sup>test du khi-deux d'indépendance ; <sup>2</sup>test de Wilcoxon-Mann-Whitney

## **Références**



- [1] ONUSIDA. Dernières statistiques sur l'état de l'épidémie de sida, <https://www.unaids.org/fr/resources/fact-sheet> (2021, accessed 15 July 2021).
- [2] ONUSIDA. *90-90-90 Une cible ambitieuse de traitement pour aider à mettre fin à l'épidémie du sida*. Genève: Programme conjoint des Nations Unies sur le VIH/SIDA, [https://www.unaids.org/sites/default/files/media\\_asset/90-90-90\\_fr.pdf](https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/90-90-90_fr.pdf) (2014).
- [3] ONUSIDA. Stratégie de l'ONUSIDA 2016 - 2021, <https://www.unaids.org/fr/goals/unaidsstrategy> (2015, accessed 15 July 2021).
- [4] OMS. Principaux repères sur le VIH/sida, <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/hiv-aids> (2020, accessed 15 July 2021).
- [5] ONUSIDA. *La réponse au VIH en Afrique Occidentale et Centrale*. Genève: Programme commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA, [https://www.unaids.org/sites/default/files/media\\_asset/2019\\_global-aids-report\\_western-and-central-africa\\_fr.pdf](https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/2019_global-aids-report_western-and-central-africa_fr.pdf) (2019).
- [6] ONUSIDA. *Analyse situationnelle de la discrimination et stigmatisation envers les Personnes Vivant avec le VIH/SIDA en Afrique de l'Ouest et du Centre*. Genève: Programme commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA, [https://data.unaids.org/pub/report/2002/20020701\\_analysis\\_discrimination\\_fr.pdf](https://data.unaids.org/pub/report/2002/20020701_analysis_discrimination_fr.pdf) (2002).
- [7] de Carvalho E, Coudray M. 5e enquête sur les discriminations à l'encontre des personnes vivant avec le VIH -2012, [http://www.corevih-lvdr.com/newsletter/n4/SIS\\_Rapport\\_Discri\\_2012\\_Valide.pdf](http://www.corevih-lvdr.com/newsletter/n4/SIS_Rapport_Discri_2012_Valide.pdf) (2012).
- [8] Giordano TP, Gifford AL, White Jr AC, et al. Retention in care: a challenge to survival with HIV infection. *Clinical infectious diseases* 2007; 44: 1493–1499.
- [9] CNLS-IST/Togo. *Plan Stratégique National de lutte contre le VIH et le Sida: 2021-2025*. Togo: Ministère de la Santé du Togo, [https://cnlstogo.org/download/psn/psn\\_documents/PLAN-STRATEGIQUE-NATIONAL-DE-LUTTE-CONTRE-LE-SIDA-ET-LES-INFECTIIONS-SEXUELLEMENT-TRANSMISSIBLES-2021-2025.pdf](https://cnlstogo.org/download/psn/psn_documents/PLAN-STRATEGIQUE-NATIONAL-DE-LUTTE-CONTRE-LE-SIDA-ET-LES-INFECTIIONS-SEXUELLEMENT-TRANSMISSIBLES-2021-2025.pdf) (2020).
- [10] Jahn A, Floyd S, Crampin AC, et al. Population-level effect of HIV on adult mortality and early evidence of reversal after introduction of antiretroviral therapy in Malawi. *The Lancet* 2008; 371: 1603–1611.
- [11] Ekouevi DK, Balestre E, Ba-Gomis F-O, et al. Low retention of HIV-infected patients on antiretroviral therapy in 11 clinical centres in West Africa. *Trop Med Int Health* 2010; 15 Suppl 1: 34–42.
- [12] Geng EH, Odeny TA, Lyamuya RE, et al. Estimation of mortality among HIV-infected people on antiretroviral treatment in east Africa: a sampling based approach in an observational, multisite, cohort study. *The Lancet HIV* 2015; 2: e107–e116.

- [13] Mekuria LA, Prins JM, Yalew AW, et al. Retention in HIV Care and Predictors of Attrition from Care among HIV-Infected Adults Receiving Combination Anti-Retroviral Therapy in Addis Ababa. *PLoS One* 2015; 10: e0130649.
- [14] Wubshet M, Berhane Y, Worku A, et al. Death and Seeking Alternative Therapy Largely Accounted for Lost to Follow-up of Patients on ART in Northwest Ethiopia: A Community Tracking Survey. *PLOS ONE* 2013; 8: e59197.
- [15] Onoka CA, Uzochukwu BS, Onwujekwe OE, et al. Retention and loss to follow-up in antiretroviral treatment programmes in southeast Nigeria. *Pathogens and Global Health* 2012; 106: 46–54.
- [16] Mben J-M, Kouanfack C, Essomba CN, et al. Operational research and HIV policy and guidelines: Lessons from a study of patients lost to follow-up from a public antiretroviral treatment program in Cameroon. *J Public Health Pol* 2012; 33: 462–477.
- [17] Ardura-Garcia C, Feldacker C, Tweya H, et al. Implementation and Operational Research: Early Tracing of Children Lost to Follow-Up From Antiretroviral Treatment: True Outcomes and Future Risks. *J Acquir Immune Defic Syndr* 2015; 70: e160–e167.
- [18] Saka B, Landoh DE, Patassi A, et al. Loss of HIV-infected patients on potent antiretroviral therapy programs in Togo: risk factors and the fate of these patients. *Pan African Medical Journal*; 15. Epub ahead of print 2013. DOI: 10.4314/pamj.v15i1.
- [19] Miles MB, Huberman AM, Saldana J. Qualitative data analysis: A methods sourcebook.