

Prévalence et déterminants liés à l'attrition aux ARV chez les Personnes Vivant avec le VIH suivies à l'EPS Roi Baudouin, Dakar, Sénégal

Prevalence and determinants of antiretroviral therapy attrition among people living with HIV monitored in Roi Baudouin Health Care Center, Dakar, Senegal

Ba S^{1,2}, Ba ND³, Sembene L³, Dia H³, Ndiaye JL¹, Dia NM⁴, Ndour CT⁵

1. Ecole doctorale Université de Thiés, Sénégal
2. Intrahealth International, Dakar, Sénégal
3. Etablissement Public de Santé(EPS) Roi Baudouin, Dakar, Sénégal
4. Université Gaston Berger, Saint Louis, Sénégal
5. Division de Lutte contre le Sida et les IST, Dakar, Sénégal

Auteur correspondant : Dr BA Selly

Résumé

Introduction : La décentralisation des sites de prise en charge a beaucoup contribué à l'intensification du traitement antirétroviral. Cependant les praticiens sont toujours confrontés au défi de la rétention aux ARV.

Objectifs : Déterminer la prévalence de l'attrition aux ARV et d'en décrire les facteurs associés.

Méthodologie : Il s'agit d'une étude transversale, analytique portant sur les PVVIH, âgés de 18 ans et plus, sous traitement ARV, suivies du 1er février au 31 Décembre 2018. Une fiche de recueil des données a été remplie à partir des dossiers médicaux (cliniques, immuno-virologiques et évolutives) et par entretien avec les Perdus de vue retrouvés.

Résultats : 331 patients ont été colligés, de profil VIH-1 dans 89% des cas. L'âge médian était de 44 ans avec un ratio F/H de 3,4. Le schéma antirétroviral associait 2 INTI à 1NNTI dans 88% des cas. La durée médiane de suivi était estimée à 60 mois (12-204). La prévalence de l'attrition aux ARV était de 24% avec 20% de PDV et 4% de décès. La recherche des PDV a permis de retrouver 36% des PDV. Les raisons évoquées par ces derniers étaient les difficultés financières (36%), les voyages (36%), l'amélioration clinique (20%). L'attrition était associée au faible revenu financier de la PVVIH ($p=0,02$).

Conclusion : Ces résultats suggèrent la nécessité de développer des stratégies programmatiques pour promouvoir la rétention aux soins des PVVIH.

Mots clés : Attrition - perdus de vue - décès - ARV - facteurs associés.

Summary

Background: ART Decentralization has led to a significant increase in the number of PLHIV on ART. However, despite all efforts to scale up treatment, health care practitioners still face some challenges within the management of HIV infection, including ART attrition, factors associated

Objectives: To determine the prevalence of antiretroviral therapy attrition in a decentralized health care center and to describe associated factors.

Patients and Methods: This is a cross-sectional descriptive and analytical study targeting PLHIV, aged 18 years and over, on first line antiretroviral treatment (ART), monitored onsite from February 1st to December 31st, 2018. A data collection form was completed from medical records (clinical, immuno-virological, therapeutic and evolutionary). Data were also collected from interviews with found LFUP.

Results: 331 patients were enrolled with HIV-1 profile in 89% of the cases. The median of age was 44 years with a F/M ratio of 3.4. The antiretroviral regimens combined 2 nucleoside reverse transcriptase inhibitor (NRTI) with 1 no nucleoside reverse transcriptase inhibitor (NNRTI) in 88% of the cases. The median duration of follow-up was estimated at 60 months. The prevalence of antiretroviral attrition adverse was 24% including patients lost follow up (20%) and deaths (4%). The search for patients lost to follow up made it possible to find 36% of patients lost follow up. The reasons evoked by these found patients lost to follow up were financial difficulties (36%) travel (36%), clinical improvement (20%). attrition was associated with low financial income($p=0,02$)

Conclusion: Our results suggest the need to develop programmatic strategies to promote retention of care of PLHIV

Keywords: Attrition - lost follow up - death - antiretroviral treatment - associated factors.

Introduction

Au Sénégal, l'épidémie à VIH est de type concentré avec un faible prévalence au niveau de la population générale mais élevée chez les populations clé. La riposte contre l'épidémie à VIH a connu des succès notables depuis le diagnostic du premier cas en 1986, avec une diminution constante des nouvelles infections ainsi que des décès liés au VIH et une augmentation significative de 57 % de la couverture de la thérapie antirétrovirale en 2017 [1]. Le Sénégal, à l'instar de la communauté internationale a adopté la stratégie Tester et traiter en vue d'éliminer l'infection à VIH en 2030. Cette stratégie a été initié en 2016 sous le concept TATARSEN "Test All, Treat All and Retain" dans les régions du Sud et a été étendue au niveau national en 2017 [1]. Ainsi en 2018, sur les 42.434 PVVIH estimées, 79% connaissait leur statut sérologique, 61% était sous traitement ARV et 49% avait une charge virale indétectable. Si la décentralisation débutée vers les années 2000 a permis une augmentation significative du nombre de PVVIH sous traitement ARV [2], il persiste toujours quelques défis pour optimiser le traitement ARV, parmi lesquels la non rétention au traitement antirétroviral compromettant ainsi l'atteinte du 3^{ème} objectif intermédiaire [1].

Ce problème de sortie du circuit de traitement des patients sous ARV communément appelé Perdue De Vue (PDV) est devenu crucial et entrave l'atteinte du 3^{ème} 95 de l'ONUSIDA. La sortie au circuit de soins peut être liée à des contraintes financières, à la non adhérence aux ARV du fait des effets secondaires mais aussi à des facteurs liés à l'état clinique tels qu'une faible valeur de CD4 ou une valeur élevée de charge virale à l'initiation du traitement [3, 4]

L'ampleur et les déterminants de la non rétention des patients dans le circuit de traitement ARV varient considérablement selon les patients et les systèmes de santé avec des prévalences allant de 15% [5] à 25% dans les pays à ressources limitées [6].

Au Sénégal, les rapports issus du CNLS montrent une déperdition autour de 20% ces cinq dernières années [2]. Cependant, il existe peu d'études sur les facteurs associés à l'attrition aux soins. Notre étude entre dans ce cadre et se propose d'étudier la prévalence et les déterminants liés à l'attrition aux ARV chez les PVVIH suivies dans un site décentralisé de la capitale

Méthodologie

Cadre d'étude : Notre travail a eu pour cadre d'étude le service de médecine interne et de dermatologie de l'EPS Roi Baudouin situé dans la banlieue dakaroise. Cette structure fait partie des premiers sites de prise en charge du VIH dans le cadre de la décentralisation.

Type et période d'étude : Il s'agit d'une étude transversale analytique portant sur les PVVIH suivies dans le site durant la période du 1^{er} février au 31 Décembre 2018.

Critères d'inclusion et de non inclusion: ont été inclus tous les sujets âgés de 18 ans et plus , sous traitement ARV de première ligne depuis plus de 6 mois durant la période .

N'ont pas été inclus les sujets PDV avant la mise sous traitement ARV et ceux qui ont refusé de participer à l'étude.

Définitions opérationnelles

Patients perdus de vue (PDV) : c'est tout patient qui ne s'est pas présenté à la structure de soins pour retirer les ARV depuis trois mois après le dernier Rendez -Vous et dont la structure sanitaire ne dispose d'aucune nouvelle.

L'attrition sous Traitement antirétroviral : C'est la proportion de patients mis sous traitement et non transférés qui sont décédés ou perdus de vue à 12, 24 ou 36 mois.

Echantillonnage

Pour calculer la taille de l'échantillon nécessaire, nous avons tenu compte des facteurs suivants :

- niveau de confiance souhaité pour les résultats de l'enquête (S)
- marge d'erreur acceptable pour les résultats de l'enquête (e)
- niveaux initiaux estimés des indicateurs à mesurer (p)

L'équation permettant de calculer la taille de l'échantillon est la suivante : $n = t^2 p(1 - p) / e^2$

- n = taille de l'échantillon
- S = 95% alors $t=1.96$ « étude de précision acceptable »
- p est la proportion des PVVIH qui sont en attrition (nous avons utilisé la proportion de 50% afin d'obtenir une taille d'échantillon maximale).
- e = la marge d'erreur toléré, plus e est petite, plus l'étude est précise soit $e=5\%$

Alors $n = 1.96^2 0.5(1-0.5) / 0.05^2 = 384$ personnes

Collecte des données : Le recueil des données a été fait à l'aide de questionnaires préétablis renseignés à partir des dossiers médicaux et

par entretien avec les patients pour les informations complémentaires.

Les PDV et les patients décédés ont été identifiés à partir du fichier Excel et des dossiers médicaux. Les PDV ont été recherchés par relance téléphonique, ceux retrouvés ont été soumis au même formulaire d'entretien après avoir recueilli leur consentement éclairé. Les données recueillies ont porté sur les sociodémographiques (âge, sexe, statut matrimonial, profession, provenance, niveau de connaissance sur le VIH, raisons de sortie du circuit de soins), données cliniques (profil VIH, Indice de masse corporelle (IMC) initial, stade OMS, porte d'entrée aux soins du VIH), données para cliniques (taux de CD4, charge virale (CV), hémoglobine, créatininémie), données thérapeutiques (les schémas thérapeutiques ARV), données évolutives (PDV, décès, rétention). Une bonne connaissance des modes de transmission correspondait au fait de citer les trois modes de transmission (sanguine, sexuelle, maternelle) et de rejeter les idées locales erronées les plus courantes sur la transmission. De même pour les moyens de prévention du VIH, une bonne connaissance équivalait au fait d'énumérer les deux réponses à savoir l'utilisation régulière du condom à chaque rapport sexuel ou avoir un partenaire sexuel fidèle et non infecté et rejeter les idées erronées. Pour la connaissance de la transmission Mère-enfant (TME), on avait demandé aux enquêtés si le VIH pouvait être transmis de la mère à l'enfant au cours de la grossesse, de l'accouchement, ou par l'allaitement. Une bonne connaissance équivalait à au moins deux bonnes réponses.

Saisie et analyse des données : Toutes les données ont été saisies et analysées à l'aide des logiciels Excel et EPI INFO 2002. Les statistiques descriptives de fréquence et de moyenne ont été utilisées. Une analyse bivariée a

été utilisée en comparant les caractéristiques qualitatives des patients concernant l'attrition (Décès ou PDV) avec le test du chi-2 de Pearson ou le test exact de Fischer. Un p value inférieur à 0,05 a été considéré comme statistiquement significatif.

Considérations éthiques : Une base de données anonyme a été constituée à partir des dossiers médicaux et sociaux des patients. Aucune information ne permettait d'identifier les patients inclus dans cette étude. Pour le formulaire d'entretien, le consentement éclairé des patients a été recueilli. La base de données reste une propriété de l'EPS Roi Baudoin. L'étude a été autorisée par le directeur de l'établissement et par la commission médicale de ladite structure.

Résultats

Aspects épidémiologiques

Au total 331 patients ont été colligés. Une nette prédominance féminine était notée avec un Sex-ratio F/H de 3,4. L'âge médian était de 44 ans [Extrêmes 15-76]. Ils provenaient de la banlieue dans 98% des cas. Presque le tiers (28%) n'avait pas partagé le statut sérologique. Plus des trois quart des patients étaient faiblement scolarisés avec 50% de non scolarisés et 30% qui s'étaient arrêté au cycle primaire. 17% avait atteint un niveau de scolarisation secondaire, 3% avait un niveau de scolarisation supérieur. Le niveau de connaissance du VIH était faible, 35% ne connaissait pas les moyens de protection, 57,3% les moyens de transmission, la transmission Mère-Enfant était la moins connue, ignorée par 65% de la cible. La moitié de la cible était mariée, sous le régime polygame pour la plupart (21%), les veufs représentaient 21,7%, les divorcés 15,4% contre 7% de célibataires. Dans 42% des cas, les patients étaient sans emploi, les commerçants représentaient 31% des cas (**tableau I**).

Tableau I : Caractéristiques épidémiologiques des patients

VARIABLES	EFFECTIFS (n=331)	POURCENTAGE
Sexe		
Féminin	257	89%
Masculin	74	11%
Age médian (ans) (Extrêmes)	44ans	(15-76)
Partage statut (n=274)		
Oui	196	72%
Non	78	28%
Niveau de connaissance modes de transmission VIH (n=274)		
Bonne	117	43%
Mauvaise	157	57 %
Niveau connaissance moyens de prévention VIH		
Bonne	178	65%
Mauvaise	96	35%
Niveau de connaissance transmission mère -enfant		
Bonne	96	35%
Mauvaise	178	65%
Provenance		
Banlieue	323	97.6%
Zone urbaine	8	2.4%
Scolarisation		
Non Scolarisés	166	50,2%
Niveau Primaire	100	30,2%
Niveau Secondaire	57	17,2%
Niveau Supérieur	8	2,4%
Statut matrimonial		
Célibataires	23	7%
Mariés	185	56%
Divorcés	51	15%
Veufs	72	22%
Profession (n=288)		
Sans profession	120	42%
Commerçants	90	31%
Tailleurs	48	17%
Autres	30	10%

Aspects cliniques

Ils étaient infectés par la VIH-1 dans 89,6%% des cas, 7% d'entre eux étaient infectés par le VIH-2 et 3,4% par le VIH -1 et 2.

A l'inclusion, 56% des patients étaient symptomatiques, classés au stade 4 de l'OMS (35%), au stade 3 (21,5%). 18% étaient au stade 2 et 25 % au stade 1. L'indice de masse Corporelle (IMC) médian au moment de l'examen initial était de 19,36 kg/m² [10,14 - 44,92]. 43% avait un IMC inférieur à 18,5 kg/m², 45% de la cible avait un IMC compris entre 18,5 et 25kg/m². Un IMC supérieur à 25kg /m² était noté chez 12% des patients. Des infections opportunistes étaient présentes chez 316 patients. Ces infections étaient dominées par les affections digestives dans 28% des cas. Les affections cutanéomuqueuses suivaient (25%), Les affections pulmonaires étaient présentes dans 5% des cas.

Aspects paracliniques

L'immunodépression était globalement sévère à l'inclusion avec un taux médian de lymphocytes T CD4 de 217 cellules/mm³ [2-946]. A peu près la moitié (47%) avait un taux de CD4 inférieur à 200 cellules/mm³, 28% avait un taux compris entre 200 et 350 cellules/mm³, soit 13% un taux compris entre 350 et 500 et seul 12% avait un taux supérieur à 500 cellules/ mm³.

Sur le plan virologique, 168 patients ont eu à bénéficier de la charge virale initiale avec une CV médiane de 97000 copies/ml de sang [100 - 400000]. La valeur médiane de la créatininémie était de 8 mg/l [4 -89]. Les transaminases et la glycémie avaient des valeurs normales. Une légère anémie était notée avec une valeur médiane de l'hémoglobine (Hb) de 11g/dl [6,1 - 16,6]. 71% avait une anémie avec une Hb < 12g /dl et 7% une anémie sévère avec < 8g/ml. Le portage de l'Ag-HBs a été recherché chez 98 patients (30%), l'antigénémie HBs était revenue positive chez 5 % des PVVIH

Aspects thérapeutiques

Le schéma antirétroviral associait 2 Inhibiteurs Nucléosidiques de la Transcriptase Inverse (INTI) à 1 Inhibiteur Non Nucléosidique de la

Transcriptase Inverse (INNTI) dans 88 % des cas, 36 patients soit 9% avaient bénéficié d'un régime à base de 2INTI et 1 Inhibiteur de la Protéase (IP). Un régime à base de 3 INTI était institué chez 2 patients (**Tableau II**).

Tableau II : Caractéristiques cliniques et paracliniques et thérapeutiques des patients

VARIABLES	EFFECTIFS (n= 331)	POURCENTAGE
Profil		
VIH 1	296	89,4%
VIH 2	23	7,0%
VIH 1-2	12	3,6%
IMC (kg/m ²) (Extrêmes)	19,36	[10,14 - 44,92]
Stade OMS		
Stade 1	84	25,4%
Stade 2	60	18,1%
Stade 3	116	35,0%
Stade 4	71	21,5%
CD4 médian (cel/mm ³)	217	[2- 946]
CD4		
< 200	155	47%
200 349	93	28%
350 499	43	13%
>500	40	12%
CV médian en cp/ml (n=168)	97000	[100-400000]
Créatininémie	8mg/L	4-89
Antigénémie HBS (n=98)		
Positive	05	5%
Négative	93	95%
Hémoglobulinémie médiane (g/dl)	11	[6,1 - 16,6]
Protocoles thérapeutiques		
2INRT /1 NNRT	291	88%
2INRT /1IP	37	11%
3INRT	2	1%

Aspects évolutifs

La durée moyenne de suivi était de 60 mois avec des extrêmes (12 -204) . L'observance a été jugée bonne dans 90% des cas.

Délai de survenue de l'attrition

La survenue des PDV était à M12 (21,5%), à M24 (21,5%) et à M36 (15%) . La létalité était de 4% (14% était survenue à M12 et 21% à M24) (**figure 1**).

Prévalence de l'attrition aux ARV

Sur les 331 dossiers colligés, 81patients étaient en attrition soit une prévalence de 24 % soit 20% de PDV et 4% de décès

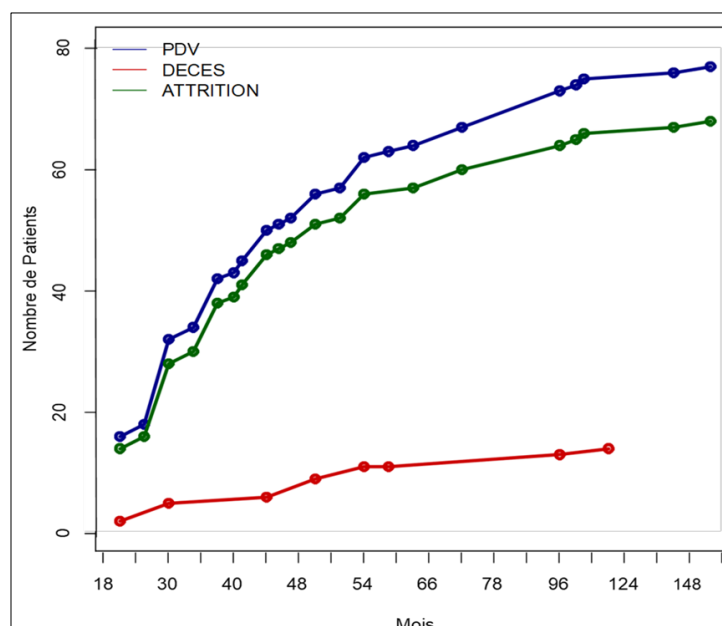


Figure 1 : Evolution des PVVIH en fonction du temps

Les causes évoquées par les PDV retrouvés

La recherche des PDV a permis de retrouver 25 PDV sur les 68 soit 36%.

Les raisons évoquées par ces PDV retrouvés étaient les difficultés financières (36%) les voyages (36%), l'amélioration clinique 20% (figure 2).

Facteurs associés à l'attrition aux soins

La déperdition aux ARV était plus marquée chez les patients qui avaient une immunodépression sévère avec un taux de CD4 < 200cel/mm³(

27%versus 22%) p=0,39 , chez ceux qui n'avaient pas partagé leur statut (25% versus6%),p=0,05 ceux qui n'avaient pas une bonne connaissance sur la transmission Mère - Enfant (13% versus 11%) p=0,36 . Cependant, l'association n'était statistiquement significative que chez ceux qui avaient de faible revenu financier (20% versus 8%) p=0,02 (tableau III).

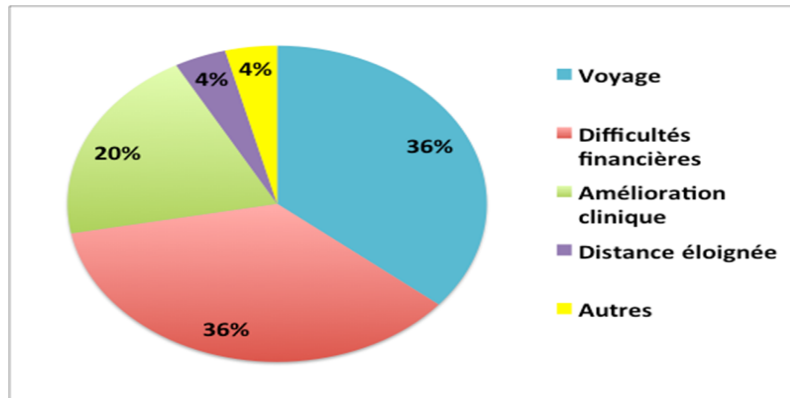


Figure 2 : Raisons évoquées par les PDV retrouvés

Tableau III : Facteurs associés à l'attrition aux ARV

VARIABLES	NOMBRE	ATTRITION n(%)		P value
		OUI	NON	
Age (ans)				
Age <25	17	4 (23)	13 (77)	0.39
Age ≥25	314	77 (24)	237 (76)	
Genre				
Féminin	257	59 (23)	198 (77)	0.11
Masculin	74	22 (30)	52 (70)	
Niveau d'instruction				
Faible	266	67 (25)	199 (75)	0.48
Élevée	65	14 (21)	51 (79)	
Anémie (g/dl)				
Hb<11	181	44 (24)	137 (76)	0.36
Hb≥ 12	132	32 (24)	100 (76)	
Stade OMS				
Stade 1 ou 2	144	34 (24)	110 (76)	0.20
Stade 3 ou 4	187	47 (25)	140 (75)	
Taux de CD4 (cel/mm³)				
CD4 < 200	154	41 (27)	113 (63)	0.39
CD4≥200	176	39 (22)	137 (78)	
Revenu (CFA)				
< 100000	259	53 (20)	206 (80)	0.02
≥100000	47	4 (8)	43 (92)	
Partage statut				
Oui	203	13 (6)	190 (94)	0,05
Non	81	20 (25)	61(75)	
Connaissance transmission VIH				
Bonne	100	15 (15)	85 (85)	0,08
Mauvaise	134	12 (9)	122 (91)	
Connaissance Prévention VIH				
Bonne	152	22 (14)	130 (86)	0,05
Mauvaise	82	6 (7)	76 (93)	
Connaissance Transmission Mère-Enfant				
Bonne	74	8 (11)	66 (89)	0,36
Mauvaise	136	18 (13)	118 (87)	

Discussion

L'intensification du traitement antirétroviral est un élément essentiel pour atteindre les objectifs d'élimination de l'infection à VIH. Au Sénégal, la mise en place des sites décentralisés de PEC des PVVIH a permis une augmentation significative du nombre de patient mis sous ARV [1]. Cependant il se pose toujours le défi de l'optimisation du traitement ARV avec une prévalence assez élevée de l'attrition sous ARV. Notre étude est l'une des premières réalisées à l'ère du TATARSEN [1] qui se propose d'évaluer les déterminants de la non rétention aux soins chez les PVVIH suivies dans un site de PEC décentralisé. Elle a concerné 331 patients suivis durant la période de Février à Décembre 2018, sous traitement ARV de première intention.

La prévalence de l'attrition (Décès ou PDV) dans notre série était de 24%. Nos résultats confirment la difficulté de maintenir durablement les patients sous traitement. Les taux d'attrition (Décès ou PDV) que nous avons observés sont superposables à la prévalence nationale [2] et corroborent ceux retrouvés dans la plupart des pays à ressources limitées [5].

D'autres études ont trouvé des taux d'attrition plus faibles, notamment en Burkina Faso [7] et en Afrique du Sud [8]. La létalité était de 4%, superposable à ce qui a été décrit dans plusieurs pays africains [9, 10] et est en partie due au retard de diagnostic qui constitue une problématique de la PEC de l'infection à VIH dans les pays en voie de développement. Ce qui suggère donc la nécessité de faire un plaidoyer constant auprès des acteurs de PEC pour l'initiation précoce du traitement ARV dont les bénéficiaires ne sont plus à démontrer tant sur le plan individuel que collectif [11]. En outre, il convient de promouvoir le dépistage communautaire [12] et d'identifier de stratégies formelles pour entrer en contact avec des sous-populations plus difficiles à atteindre, telles que les populations clé d'accès difficile qui se connectent en ligne ou utilisent des réseaux virtuels [13].

La mortalité précoce pourrait être aussi due à des phénomènes de restauration immunitaire mais aussi à certaines infections et affections opportunistes associées au VIH qui n'ont pas été prises en charge adéquatement. L'application stricte de la stratégie du Tester et Traiter telle que préconisée par l'OMS et adoptée au Sénégal sous le sigle TATARSEN [1] devrait permettre de réduire la létalité liée au VIH avec la mise plus rapidement sous traitement et donc à un stade d'immunodépression moins avancé.

La prévalence de PDV était de 20%. Cette prévalence est superposable à celle décrite en

Inde [14], supérieure à celle trouvée au Burkina [7] et en Afrique du Sud [8].

L'attrition dans notre série était associée au faible revenu financier comme décrit dans plusieurs études ce qui corrobore la vulnérabilité économique des PVVIH et argumente la nécessité de développer un programme de soutien économique aux PVVIH démunies comme un appui au transport en plus du renforcement du paquet d'accompagnement social [15].

Les principales raisons de sortie du circuit de soins évoqués par les PDV retrouvés dans notre série étaient les voyages, l'accessibilité géographique, les difficultés financières [15]. D'autres études ont retrouvé la stigmatisation et les contraintes structurelles comme les longues durées d'attente [16]. Ces constats suggèrent d'augmenter les sites de PEC décentralisés pour mieux retenir les patients aux soins.

Néanmoins, avec la stigmatisation liée à l'infection VIH, certains patients continuent leur prise en charge dans les sites où ils se sentent en sécurité. Il convient donc en plus de la décentralisation de renforcer les messages de communication positive centrée sur le concept U=U pour mieux dédramatiser la maladie et amener les PVVIH à mieux adhérer aux soins [17].

Les doses limitées d'ARV délivrées, généralement pour un mois seulement, même pour les patients stables, constituent un sérieux obstacle à la rétention. Les horaires de rendez-vous non flexibles et les longs délais d'attente dans les cliniques ont compliqué la tâche des PVVIH à respecter les rendez-vous mensuels ; ce qui argumente davantage la nécessité de passer à l'échelle la différenciation des soins pour éviter les causes structurelles comme les délais d'attente [16] mais aussi explorer les approches de dispensation communautaires et de soutien par les pairs [13].

L'utilisation des nouvelles technologies de communication à travers le rappel des rendez-vous et la relance des Perdus de Vue par SMS pourrait aussi contribuer à améliorer la rétention aux soins [18], de même que la mise en place d'un système de codification unique pour une meilleure gestion des faux perdus de vue qui sont suivis dans d'autres sites [19].

Notre étude connaît quelques limites, en effet au cours de l'exploitation des dossiers, nous avons été confrontés à des difficultés liées au caractère transversal de notre étude avec des données manquantes pour certains dossiers (causes de décès non documentées). La définition assez complexe de PDV peut être source de biais de sélection car la prévalence de PDV pourrait être surestimée du fait que certains PDV seraient peut

être décédés ou pourraient être suivies dans d'autres sites de PEC.

Néanmoins malgré ces limites, nous pensons que les résultats de notre étude fournissent un aperçu important des facteurs liés à l'attrition aux ARV et pourraient éclairer les décisions programmatiques visant à promouvoir l'optimisation du traitement ARV

Conclusion

La prévalence élevée de l'attrition aux soins dans notre étude suggère la nécessité de promouvoir les stratégies de rétention aux soins. Ces stratégies doivent inclure le passage à l'échelle de la différenciation des soins centrée sur les besoins de la PVVIH pour éviter les causes structurelles comme les délais d'attente mais aussi l'extension des approches de dispensation communautaire et de soutien par les pairs. En outre, l'utilisation des nouvelles technologies de communication à travers le rappel des Rendez-vous et la relance des Perdus de Vue par SMS pourrait aussi contribuer à améliorer la rétention aux soins.

Les auteurs ne déclarent aucun conflit d'intérêt.

REFERENCES

1. Conseil National de Lutte contre le Sida au Sénégal. Plan Stratégique National de lutte contre le VIH (2018 -2020) 2018 : 81
2. Conseil National de Lutte contre le Sida au Sénégal. Rapport Taux de survie 2018
3. Brinkhof MW, Pujades-Rodriguez M, Egger M and al. Mortality of patients lost to follow-up in antiretroviral treatment programs in resource-limited settings: systematic review and meta-analysis. *PLoS ONE* 2009; 4
4. Miller CM, Ketlhapile M, Rybasack-Smith H and al. Why are antiretroviral treatment patients lost to follow-up? A qualitative study from South Africa. *Trop Med Int Health* 2010; 15(1): 48-54
5. Braitstein P, Brinkhof MW, Dabis F, Schechter M, Boulle A, Miotti P. Antiretroviral Therapy in Lower Income Countries (ART-LINC) Collaboration; ART Cohort Collaboration (ART-CC) groups Mortality of HIV-1-infected Patients in the First Year of Antiretroviral Therapy: Comparison Between Low-Income and High-Income Countries *Lancet*. 2006, 11: 817-24
6. Tchounga BK, Hønge BL, Eholie SP et al .Effect of sex and age on outcomes among HIV-2-infected patients starting

antiretroviral therapy in West Africa. *AIDS*. 2016; 30(17): 2707-2714

7. Bognounou R, Kabore M, Diendéré A et al. Caractéristiques des patients « perdus de vue » et facteurs déterminants de la perte de vue au cours du suivi des patients infectés par le VIH à Ouagadougou, Burkina Faso. *Bull Soc Pathol Exot*. 2015 ; 108(3) : 197-200
8. Dalal RP, Macphail C, Mqhayi M and al. Characteristics and Outcomes of Adult Patients Lost to Follow-Up at an Antiretroviral Treatment Clinic in Johannesburg, South Africa. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes* 2008; 47, 101-107
9. MacPherson P, Moshabela M, Martinson N, Pronyk P. Mortality and Loss to Follow-Up among HAART Initiators in Rural South Africa. *Transactions of the Royal Society of Tropical Medicine and Hygiene* 2009; 103, 588-593
10. Wubshet M, Berhane Y, Worku A, Kebede Y, Ermias DE. High Loss to Follow up and Early Mortality Create Substantial Reduction in Patient Retention at Antiretroviral Treatment Program in North-West Ethiopia, 2012: 721720
11. Grarup J, Rappoport C, Engen NW et al. Challenges, successes and patterns of enrolment in the INSIGHT Strategic Timing of AntiRetroviral Treatment (START) trial. *HIV Med* 2015; (1):14-23
12. Suthar AB, Ford N, Bachanas PJ, Wong VJ, Rajan JS, Saltzman AK. Towards Universal Voluntary HIV Testing and Counselling: A Systematic Review and Meta-Analysis of Community-Based Approaches. *PLoS Medicine*, 2008, 1001496
13. Lillie TA, Persaud NE, DiCarlo MC and al. Reaching the unreached: Performance of an enhanced peer outreach approach to identify new HIV cases among female sex workers and men who have sex with men in HIV programs in West and Central Africa. *PLoS One*. 2019; 14(4): 0213743
14. Surendra KS, Sahajal D, Prasad KT and al. Outcomes of Antiretroviral Therapy in a Northern Indian Urban Clinic. *Bulletin of the World Health Organization*, 2010: 88, 222-226
15. Hardon AP, Akurut D, Comoro C, Ekezie C, Irunde HF and al. Hunger, Waiting Time and Transport Costs: Time to Confront Challenges to ART Adherence in Africa. *AIDS Care*. 2007: 19, 658-665

16. Seifu W, Ali W, Meresa B. Predictors of Loss to Follow Up among Adult Clients Attending at Karamara General Hospital, Jigjiga Town, Eastern Ethiopia, 2015: A Retrospective Study. *BMC Infectious Diseases*, 2018. 18: 280
<http://doi.org/10.1186/s12879-018-3184-4>
17. The Lancet U=U Taking off in 2017, 4: 475
18. Mbuagbaw L, Mursleen S, Lytvyn L, Smieja M, Dolovich L, Thabane L. Mobile phone text messaging interventions for HIV and other chronic diseases: an overview of systematic reviews and framework for evidence transfer. *BMC Health Services Research*, 2015: 15, 33
19. Wilkinson LS, Skordis-Worrall J, Ajose O, Ford N. Self-transfer and mortality amongst adults lost to follow-up in ART programs in low-and middle-income countries: systematic review and meta-analysis, *Trop Med Int Health* 2015; 20(3), 365-379