

Article original

Décentralisation de la prise en charge des personnes vivant avec le VIH au Sénégal : expérience du District sanitaire de Pété dans la région de Saint-Louis (à propos de 471 cas)

Decentralization of healthcare delivery for people living with HIV in Senegal: experience of Pete Health District in Saint-Louis region (about 471 cases)

A Dièye*¹, I Baldé², BS Wembulua³, AD Dia¹, D Dia-Gueye¹, M Ndiaye², S Lô¹, NM Dia-Badiane¹

Résumé

Introduction : L'infection à VIH constitue un problème majeur de santé publique de portée mondiale malgré l'avènement de la trithérapie antirétrovirale. Face aux objectifs de l'OMS pour son élimination d'ici 2030, le Sénégal a renforcé sa politique de prise en charge en décentralisant les compétences dans les zones les plus reculées. Dans le District de Pété, très peu d'études ont été réalisées sur le VIH. C'est dans ce contexte que s'inscrit notre étude dont l'objectif était de dresser le profil épidémiologique, clinique, immuno-virologique, thérapeutique et évolutif des personnes vivant avec le VIH (PVVIH) suivis dans le district sanitaire de Pété.

Méthodologie : Il s'agit d'une étude de cohorte rétrospective, transversale et descriptive, portant sur les dossiers des PVVIH sous ARV ou non, suivis dans le district sanitaire de Pété sur la période allant du 20/07/2007 au 15/10/2019.

Résultats : Nous avons colligé 471 dossiers de PVVIH. L'âge moyen était de 34,3 ans ($\pm 11,2$) avec une prédominance féminine (sex ratio (144/327) = 0,4). Ils étaient mariés dans 309 cas (65,6%). Les

principales portes d'entrée aux soins étaient dominées par la prise en charge avec 287 cas (60,9%), suivie de la PTME avec 96 cas (20,4%) et du dépistage familial avec 38 cas (8,1%). Les stades 1 et 3 prédominaient à l'inclusion avec respectivement 160 cas (34%) et 154 cas (32,7%). La diarrhée chronique était l'infection opportuniste la plus courante (18%), suivie de la candidose oropharyngée (11,5%) et de la tuberculose pulmonaire (3,6%). Le VIH-1 était largement majoritaire (97,2%). Parmi les 154 patients (32,7%) qui avaient bénéficié du dosage des LTCD4+ à l'inclusion, l'immunodépression était sévère pour 109 cas (70,8%). Aucun dosage de la charge virale n'était réalisé. L'AgHBs était positif chez 10/150 patients soit une séroprévalence de 6,7%. Le schéma d'ARV le plus utilisé à l'inclusion était TDF-3TC/FTC-EFV (46,3%). Vingt patients (4,2%) étaient amenés en 2e ligne avec comme schéma prédominant AZT-3TC-LPV/r (75%). La durée moyenne de suivi des patients était de 35,3 mois ($\pm 34,5$). Nous avons enregistré 114 perdus de vue (24,2%) et 85 décès (18,1%).

Conclusion : Ces résultats nous ont permis de dresser

le profil des PVVIH suivis dans le district sanitaire de Pété et d'identifier les problèmes afin de formuler des recommandations aux autorités sanitaires pour atteindre les objectifs d'élimination de l'infection à VIH d'ici 2030.

Mots-clés : VIH, Décentralisation, Pété, Sénégal.

Abstract

Introduction: HIV infection is a major global public health problem despite the advent of antiretroviral therapy (ART). Considering the WHO's objectives for its elimination by 2030, Senegal has strengthened its care policy by decentralizing skills to the most remote areas. In the district of Pete, very few studies have been conducted on HIV. Our study aimed to draw up the epidemiological, clinical, immunovirological, therapeutic, and evolutionary profiles of patients living with HIV (PLWHIV) followed up in the district of Pete.

Methodology: This is a retrospective, cross-sectional and descriptive cohort study, focusing on the medical files of PLWHIV on ART or not, followed up in the health district of Pete from 20/07/2007 to 15/10/2019.

Results: A total of 471 files were selected. The average age of patients was 34.3 ± 11.2 years with a sex ratio of 0.4 (144/327). Married people represented 65.6% (309 patients). Care-seeking (60.9%), the prevention of mother-to-child transmission (20.4%), and family HIV screening (8.1%) were the main gateways to HIV care services. At inclusion, 160 cases (34%) and 154 cases (32.7%) were respectively at the WHO clinical HIV Stages 1 and 3. Chronic diarrhea was the most (18%) common opportunistic infection, followed by oropharyngeal candidiasis (11.5%) and pulmonary tuberculosis (3.6%). HIV-1 was largely predominant (97.2%). Of the 154 patients (32.7%) with LTCD4+ account at baseline, 109 (70.8%) were in severe immunosuppression (LTCD4+ <200 cell/mm³). No viral load testing was performed. HBsAg was positive in 10/150 patients making a seroprevalence of 6.7%. The most widely used ARV regimen at baseline was TDF-3TC/FTC-EFV (46.3%). Twenty patients (4.2%) were moved to the 2nd line. AZT-3TC-LPV/r

was the most used 2nd line regimen (75%). The mean duration of follow-up was 35.3 months (± 34.5). However, 114 patients (24.2%) were lost to follow-up (24.2%) and 85 were dead (18.1%).

Conclusion: These results bring out the profile of PLWHIV followed-up in the health district of Pete district and identify local challenges ours health authorities should address to achieve HIV elimination targets by 2030.

Keywords: HIV, Decentralization, Pete, Senegal.

Introduction

La pandémie du VIH/SIDA représente un grand fléau mondial en raison du nombre croissant de personnes atteintes. En effet, selon le dernier rapport de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) sur le VIH/SIDA en 2020, 37,7 millions de personnes vivant avec le VIH (PVVIH) ont été dénombré avec 680000 décès et 1,5 million de nouvelles infections. L'Afrique constitue le continent le plus touché car regorge les 2/3 (25,4 millions) des PVVIH dans le monde [1]. Au Sénégal, des progrès notables ont été accomplis depuis le début de l'épidémie du Sida. Ces progrès sont traduits par des résultats encourageants, notamment, une baisse régulière des nouvelles infections, avec une prévalence nationale de 0,5% et une augmentation significative des personnes mises sous traitement antirétroviral (TARV), qui sont passées de 31,2% en 2013, à 54,1% en 2017, et à 62% en 2018. À ces résultats s'ajoute la baisse régulière des pourcentages des patients sous TARV perdus de vue et des décès notés de 2013 à 2018, soit respectivement 15% et 6% ; puis 3,5% et 2,8% [2]. La prévalence du VIH dans notre pays présente des disparités selon la région géographique. C'est ainsi que dans la région de Saint Louis au Sénégal, elle s'élève à 0,4% [2]. Le nombre total de patients enregistrés pour les soins du VIH régulièrement suivis (file active avec ou sans ARV) y est estimé en 2018 à 10546 patients [3] répartis dans les cinq districts sanitaires que compte la région. Les études réalisées sur le VIH dans ces

districts sanitaires sont peu nombreuses. C'est dans ce contexte que nous avons réalisé cette étude au niveau de la cohorte du district sanitaire de Pété, dont les objectifs étaient de dresser le profil épidémiologique, clinique, thérapeutique et évolutif des PVVIH qui y sont suivis.

Méthodologie

• *Cadre d'étude :*

Le District Sanitaire de Pété a été créé par arrêté ministériel le 19 Septembre 2006. Le district est situé dans le département de Podor, il est limité par le district de Podor à l'Ouest, le district de Thilogne à l'Est, le district de Linguère et celui de Ranérou au Sud, la République Islamique de Mauritanie au Nord. Il couvre une superficie de 5492 km². Au plan administratif, le district couvre les arrondissements de Cascas et Saldé. La population totale en 2019 était de 192511 habitants. L'ethnie la plus représentée est l'ethnie Halpoular. Les principales activités économiques sont l'agriculture, l'élevage et le commerce. La prise en charge médicale et psychosociale des PVVIH au niveau du district sanitaire de Pété est assurée par une équipe composée du médecin de prise en charge qui assure le suivi des patients et la dispensation des ARV, du chargé de traitement de la tuberculose, de l'assistante sociale, du médiateur et du technicien de laboratoire.

• *Type et période d'étude*

Il s'agissait d'une étude de cohorte rétrospective, transversale et descriptive qui s'est déroulée du 20 juillet 2007 au 15 novembre 2019.

Population d'étude

Il s'agissait tous les patients vivant avec le VIH (PVVIH) sous trithérapie antirétrovirale (ARV) ou non, suivis dans le District Sanitaire de Pété pendant la période d'étude.

• *Echantillonnage*

Critères d'inclusion : étaient inclus tous les dossiers des PVVIH suivis dans le district sanitaire de Pété sous traitement ARV ou non durant notre période d'étude.

Critères de non inclusion : n'étaient pas inclus les patients dont les dossiers étaient incomplets ou non retrouvés.

• *Variables collectés*

Les variables suivants ont été étudiés :

- les aspects sociodémographiques : âge, sexe, profession, adresse, statut matrimonial, niveau d'étude, antécédents médicaux, portes d'entrée aux soins
- les aspects cliniques à l'inclusion : indice de masse corporelle (IMC) à l'inclusion et actuel, signes cliniques à l'inclusion, co-infections et stades cliniques à l'inclusion
- les aspects paracliniques : profil sérologique, taux de lymphocytes TCD4+, charge virale, AgHBs, hémogramme, créatininémie, glycémie à jeûn, ALAT
- les aspects thérapeutiques : schémas ARV de 1ère ligne, schémas ARV de 2e ligne ; observance du traitement ARV : elle est jugée bonne si moins de 2 doses oubliées par mois, moyenne si entre 2 et 4 doses oubliées par mois, faible si plus de 4 doses oubliées durant le mois précédent de rendez-vous ; chimioprophylaxies au cotrimoxazole et à l'isoniazide
- les aspects évolutifs : modalités évolutives et durée de suivi.

• *Saisie et analyse des données*

La saisie et l'analyse des données étaient faites grâce aux logiciels Excel 2013 et Epi Info version 7. Les variables catégorielles ont été exprimées en proportions, et les variables quantitatives en moyenne et en cas de distribution normale, en médiane et extrêmes dans le cas contraire.

• *Considérations éthiques*

La gestion des informations et du dossier médical a été faite dans le strict respect du secret médical. Les principes éthiques ont été de mise tout au long du déroulement de cette étude.

• *Contraintes*

De nombreuses difficultés ont été rencontrées durant notre étude :

- Les dossiers étaient souvent incomplets, mal archivés ou perdus
- La périodicité du bilan minimum n'était pas respectée, le bilan hémato-biochimique et bactériologique étaient souvent absents pour des raisons de rupture de réactif ou de panne d'appareil, ou encore d'absence de moyens financiers et autres difficultés pour se déplacer jusqu'à l'hôpital de Ndioum situé à 86 kilomètres de Pété, où se faisaient ces bilans avant 2014
- Le taux de lymphocytes T CD4+ et la charge virale étaient le plus souvent absents à cause de leur indisponibilité fréquente dans toute la région.

Résultats

Fréquence : Durant notre période d'étude, 471 patients étaient inclus sur un total de 518 patients suivis (90,9%) dans la cohorte du district sanitaire de Pété.

Caractéristiques sociodémographiques : L'âge moyen était de 34,3 ans (\pm 11,2 ans). La tranche d'âge comprise entre 31 à 45 ans était la plus représentative avec 191 patients (41%). On notait une prédominance féminine avec un sex ratio (144/327) de 0,4. Les mariés étaient majoritaires avec 309/453 cas (65,6%), suivis des célibataires avec 63/453 cas (13,4%) et des veufs avec 53/453 cas (11,3%). Le régime monogame prédominait avec 197 cas (41,8%). Selon le niveau d'étude ; 51 patients/298 (17,1%) avaient un niveau primaire, 14 patients/289 (4,7%) avaient un niveau secondaire et 05 patients/289 (1,7%) un niveau universitaire. Cent-vingt-huit (228) patients (76,5%) n'étaient pas scolarisés. Sur le plan professionnel, seuls 122 patients (26%) exerçaient une activité génératrice de revenus. La population résidait majoritairement en milieu rural (91,5%). Les antécédents d'infections opportunistes étaient dominés par la diarrhée chronique avec 85 cas (18%), suivie de la candidose oropharyngée avec 54 patients

(11,5%) et de la tuberculose pulmonaire avec 17 cas (3,6%). Les principales portes d'entrée aux soins étaient dominées par la prise en charge avec 287 cas (60,9%), suivie de la prévention de la transmission mère-enfant (PTME) avec 96 cas (20,4%) et du dépistage familial avec 38 cas (8,1%) [Tableau I].

Aspects cliniques : l'IMC moyen actuel [$19,3 \text{ Kg/m}^2$ ($\pm 3,3 \text{ Kg/m}^2$)] était supérieur à celui de l'inclusion [$18,6 \text{ kg/m}^2$ ($\pm 2,9 \text{ Kg/m}^2$)]. A l'inclusion, 160 patients (34%) étaient classés stade 1 de l'OMS, suivis du stade 3 avec 154 patients (32,7%). A l'inclusion, 287 patients (61%) étaient symptomatiques. Les manifestations cliniques étaient dominées par les signes digestifs avec 138 cas (29,3%), suivis des signes respiratoires avec 80 cas (17%) et des signes cutanés avec 69 cas (14,6%). La diarrhée chronique était le signe digestif le plus fréquemment retrouvé avec 85 cas (78%), suivie de la candidose oropharyngée avec 53 cas (48,6%). La toux chronique représentait 100% des symptômes respiratoires. Les signes cutanés étaient dominés par le prurit généralisé avec 31 cas (44,9%), suivi du zona avec 15 cas (21,7%) et des ulcérations multiples avec 07 cas (10,1%). La tuberculose était la co-infection majoritaire avec 17 cas (3,6%), suivie de l'hépatite virale B et des infections sexuellement transmissibles (IST) avec 10 cas chacune (2,1%) [Tableau II].

Les aspects paracliniques : Le VIH-1 était largement majoritaire avec 458 cas (97,2%). Un dosage des lymphocytes T CD4+ était réalisé chez 154 patients (32,7%) à l'inclusion. Une immunodépression sévère ($\text{LTCD4}+\leq 350 \text{ cell/mm}^3$) était retrouvée chez 109 patients (70,8%). Aucun dosage de la charge virale VIH n'était réalisé chez nos patients. L'AgHBs était dosé chez 150 patients (31,9%). Il était positif chez 10 patients soit une séroprévalence du VHB de 6,7% [Tableau III]. L'hémogramme était réalisé chez 314 patients (66,7%). Le taux d'hémoglobine moyen était de $10,3 \text{ g/dL}$ ($\pm 1,8$). Une anémie ($\text{Hb} < 11 \text{ g/dL}$) était retrouvée chez 203 patients (64,7%). La glycémie était dosée chez 194 patients (41,2%). La glycémie moyenne était de 1 g/L ($\pm 0,2$). La créatininémie était dosée chez 215 patients (45,7%). Trente-trois (33) patients (15,4%) présentaient une insuffisance rénale

légère, 34 patients (18,6%) avaient une insuffisance rénale modérée et 03 patients (1,4%) avaient une insuffisance rénale sévère. Un dosage des ALAT était effectué chez 214 patients (45,4%). Une cytolysse avec un taux d'ALAT \geq 2N était retrouvée chez 10 patients (4,7%).

Aspects thérapeutiques : Les schémas d'ARV les plus prescrits à l'inclusion étaient TDF-3TC/FTC-EFV avec 217 cas (46,3%), suivi d'AZT-3TC-NVP avec 112 cas (23,9%) et AZT-3TC-EFV avec 91 cas (19,4%). Vingt patients étaient amenés en 2e ligne de traitement ARV avec comme schémas respectifs AZT-3TC-LPV/r avec 15 cas (75%), TDF-3TC-LPV/r

avec 03 cas (15%) et ABC-3TC-LPV/r avec 02 cas (10%) [Tableau IV]. L'observance thérapeutique était évaluée chez 332 patients (70,5%). Elle était bonne dans 172 cas (51,8%), moyenne dans 12 cas (3,6%) et faible dans 148 cas (44,6%). Les chimioprophylaxies au cotrimoxazole et à l'isoniazide étaient prescrites respectivement dans 261 cas (55,4%) et 37 cas (7,9%) [Tableau IV].

Aspects évolutifs : La durée moyenne de suivi des patients était de 35,3 mois (\pm 34,5). Sur le plan évolutif, nous avons enregistré 240 patients (51%) encore suivis, 114 perdus de vue (24,2%), 85 décès (18,1%) et 32 transferts (6,8%).

Tableau I : Répartition des patients selon les caractéristiques sociodémographiques

Paramètres	Effectif	Pourcentage (%)
Age (n=470)		
0 - 14 ans	47	10
15 - 30 ans	136	28,9
31 - 45 ans	191	40,6
46 - 60 ans	90	19,1
61 - 75 ans	06	1,3
Sexe (n=471)		
Hommes	144	30,6
Femmes	327	69,4
Situation matrimoniale (n=453)		
Mariés monogames	197	43,5
Mariés polygames	112	24,7
Célibataires	63	13,9
Veufs	53	11,7
Divorcés	28	6,2
Niveau d'étude (n=298)		
Primaire	51	17,1
Secondaire	14	4,7
Universitaire	05	1,7
Non scolarisé	228	76,5
Profession (n=471)		
Activités génératrices de revenus	122	26
Sans emploi	319	67,7
Non précisée	30	6,4
Adresse (n=447)		
Rural	409	91,5
Semi-urbain	38	8,5

Antécédents d'infections opportunistes (n=471)		
Diarrhée chronique	85	18
Candidose	54	11,5
Tuberculose pulmonaire	17	3,6
Portes d'entrée aux soins (n=471)		
Prise en charge	287	60,9
PTME	96	20,4
Dépistage familial	38	8,1
Dépistage volontaire	23	4,9
Tuberculose	17	3,6
Infection sexuellement transmissible	06	1,3
Auto orienté	13	2,8
Don de sang	01	0,2

Tableau II : Répartition des patients selon les aspects cliniques

Aspects cliniques	Effectif	Pourcentage (%)
Stades cliniques à l'inclusion (n=443)		
Stade 1	160	36,1
Stade 2	114	25,7
Stade 3	154	34,7
Stade 4	15	3,4
Manifestations cliniques à l'inclusion (n=471)		
Signes digestifs	138	29,3
Signes respiratoires	80	17
Signes cutanés	69	14,6
Asymptomatique	184	39,1
Signes cutanés (n=69)		
Prurit	31	44,9
Zona	15	21,7
Plaies multiples	07	10,1
Herpès cutané	03	4,3
Mycose cutanée	03	4,3
Prurigo	02	2,9
Onychomycose	02	2,9
Alopécie	02	2,9
Dermatite séborrhéique	01	1,4
Candidose vaginale	01	1,4
Maladie de Kaposi	01	1,4
Chéilite	01	1,4
Signes digestifs (n=138)		
Diarrhée	85	61,6
Candidose oropharyngée	53	38,4

Signes respiratoires (n=80)		
Toux	80	100
Co-infections (n=471)		
Tuberculose	17	3,6
Hépatite virale B	10	2,1
Infection sexuellement transmissible	10	2,1

Tableau III : Répartition des patients selon les aspects immuno-virologiques

Aspects immuno-virologiques	Effectif	Pourcentage (%)
Profil du VIH (n=471)		
VIH-1	458	97,2
VIH-2	10	2,1
VIH-1-2	03	0,6
Lymphocytes TCD4+ inclusion (n=154)		
<350	109	70,8
350-500	18	11,7
>500	27	17,5
Lymphocytes TCD4+ actuels (n=39)		
<350	20	51,3
350-500	06	15,4
>500	18	46,2
Charge virale VIH (n=471)	00	00
AgHBs (n=150)		
Positif	10	6,7
Négatif	140	93,3

Tableau IV : Répartition des patients selon les aspects thérapeutiques

Aspects thérapeutiques	Effectif	Pourcentage (%)
Schémas d'ARV de 1 ^{ère} ligne (n=469)		
TDF-3TC/FTC-EFV	217	46,3
AZT-3TC-NVP	112	23,9
AZT-3TC-EFV	91	19,4
TDF-3TC/FTC-NVP	14	03
D4T-3TC-NVP	13	2,8
AZT-3TC-LPV/r	11	2,3
D4T-3TC-EFV	04	0,8
TDF-3TC-LPV/r	04	0,8
DDI-3TC-NVP	02	0,4
D4T-3TC-LPV/r	01	0,2
Schémas d'ARV de 2 ^e ligne (n=20)		
AZT-3TC-LPV /r	15	75
TDF-3TC-LPV/r	03	15
ABC-3TC-LPV/r	02	10
Chimio prophylaxies (n=471)		
Cotrimoxazole	261	55,4
Isoniazide (INH)	37	7,9

Discussion

L'épidémie de l'infection à VIH/Sida se féminise. En effet, en Afrique subsaharienne, quatre nouvelles infections sur cinq parmi les adolescents âgés de 15 à 19 ans sont des filles. Les jeunes femmes âgées de 15 à 24 ans sont deux fois plus susceptibles de vivre avec le VIH que les hommes [1]. Au Sénégal, les femmes sont plus touchées par les nouvelles infections en 2018, avec 838 femmes contre 604 hommes (sex ratio H/F de 0,72) [2]. Ceci corrobore les résultats de notre étude. Cette féminisation de l'infection à VIH s'expliquerait essentiellement par des facteurs anatomiques et infectieux. Le risque de transmission est environ deux fois plus élevé de l'homme à la femme que de la femme à l'homme au cours d'un rapport hétérosexuel. En effet, l'appareil génital féminin présente en effet une plus grande surface de muqueuses exposée aux sécrétions sexuelles et aux microtraumatismes, et en cas d'infection à VIH, le sperme contient une concentration plus élevée de virus que les sécrétions vaginales. De plus, lorsque d'autres infections sexuellement transmissibles, souvent asymptomatiques et donc non traitées, sont déjà présentes chez la femme, le risque d'infection par le VIH est accru [4].

Dans notre série, l'âge moyen était de 34,3 ans (\pm 11,2ans). Ces résultats étaient presque en adéquation avec ceux de Seydi et al. [5] qui avaient retrouvé une moyenne d'âge de 32 ans (\pm 8,13 ans). Cette tranche d'âge correspond à la population la plus active sexuellement et la plus exposée à certains facteurs de risque.

Dans notre série, à l'inclusion, 34% des patients étaient classés stade 1 de l'OMS. Le contraire a été observé avec Koné et al. chez qui la majorité des patients (64,5 %) était au stade 3 de l'OMS [6]. Quant à Déguénonvo Fortes L et al. [7] et Manga NM et al. [8], la majorité des patients était au stade 4 de l'OMS. Au vu des résultats recensés ci-dessus, nous pouvons conclure que les chiffres retrouvés dans notre étude traduisent une précocité de la prise en charge des PVVIH dans le district sanitaire de Pété qui est

assez encourageante. En effet, ces résultats sont le reflet d'une part d'un bon taux de proposition et de réalisation d'un test de dépistage VIH à tout consultant présentant une indication notamment les femmes enceintes vues en consultation prénatale et d'autre part l'encouragement des prestataires à la promotion du dépistage à l'initiative du prestataire. C'est pourquoi beaucoup de patients sont diagnostiqués dès leur premier contact avec la structure sanitaire.

La diarrhée chronique était l'infection opportuniste la plus courante avec 85 cas (18%), suivie de la candidose avec 54 patients (11,5%) et de la tuberculose pulmonaire avec 17 cas (3,6%). Manga NM et al. avaient retrouvé comme infections opportunistes la tuberculose (44%) et les entérocolites infectieuses (23%) [8]. Les infections opportunistes étaient dominées par la tuberculose (40,9%) et la candidose digestive (38,9 %) dans l'étude de Déguénonvo Fortes L et al. [7].

Dans notre série, le VIH-1 était largement majoritaire avec 97,2%. Cette large prédominance du VIH-1 est pratiquement la même dans toutes les études réalisées au Sénégal et ailleurs dans le monde [6, 7, 9]. Elle s'expliquerait par une forte transmissibilité du VIH-1 par rapport au VIH-2 [10] aussi bien par voie sexuelle que de la mère à l'enfant, une durée d'incubation plus courte expliquant l'évolution plus rapide vers le stade de Sida. Le VIH-1 est responsable de la pandémie du VIH/Sida. Le VIH-2 est retrouvé en grande partie en Afrique de l'Ouest. Concernant ce dernier, la période de latence clinique est plus longue et le taux de progression vers les infections opportunistes est significativement plus faible que pour le VIH-1 [10]. Dans notre série, on notait une immunodépression sévère (lymphocytes TCD4+ < 350 cell/mm³) dans la majorité des cas (70,8%). Cette même tendance était retrouvée par Deguenonvo Fortes L et al. [11] qui avaient respectivement 55,8%.

Aucune charge virale n'avait été réalisée chez nos patients. En effet, en dépit des progrès réalisés, des défis restent à relever au Sénégal. Certains indicateurs nécessitent, dans la perspective de l'atteinte des « 90-90-90 », d'être boostés. Il s'agit des pourcentages de

PVVIH qui connaissent leur statut (1er 90) avec 72% et des PVVIH sous TARV présentant une suppression de la charge virale (CV<1000 copies/ml) soit 49% (3e « 90 ») en 2018. C'est pour cela que, parmi les onze interventions prioritaires du plan de rattrapage pour l'atteinte des « 90-90-90 », figure la mise en place d'un dispositif pour améliorer la disponibilité, la fonctionnalité et le circuit d'acheminement de la charge virale [2].

Dans notre série, le schéma TDF-3TC/FTC-EFV était largement prescrit dans 46,3%. Cette large utilisation de ce schéma reflète, la prédominance du VIH-1 dans notre série.

Dans notre étude, 55,4% des patients avaient reçu une chimioprophylaxie au cotrimoxazole et 7,9% une chimioprophylaxie à l'isoniazide. Ces résultats prouvent qu'il y a encore des efforts à faire pour le respect des recommandations sur la prévention des infections opportunistes. En effet, malgré le fait que la co-infection TB/VIH soit un problème majeur de santé publique en Afrique, la proportion de patients mis sous chimioprophylaxie à l'isoniazide reste toujours faible.

Dans notre série, nous avons enregistré 240 patients (51%) encore suivis, 114 perdus de vue (24,2%) et 85 décès (18,1%). Déguénonvo Fortes L et al. [11] avaient obtenu 29% de perdus de vue et 6% de décès. La notion de voyage, l'inaccessibilité financière et géographique, le découragement, la stigmatisation et l'indisponibilité du personnel soignant constituent pour la plupart du temps les principaux motifs de la perte de vue évoqués par ces patients [12].

Conclusion

L'infection à VIH, dans le district sanitaire de Pété, touche majoritairement les sujets jeunes de sexe féminin, mariés et analphabètes. Les manifestations digestives notamment la diarrhée chronique constituent les principaux symptômes à l'inclusion. Des efforts considérables doivent être entrepris pour rendre disponible la charge virale dans le district sanitaire de Pété pour un meilleur suivi des patients.

La mauvaise observance thérapeutique et le taux élevé de perdus de vue constituent deux fléaux qui gangrènent la prise en charge des PVVIH dans le District Sanitaire de Pété.

***Correspondance :**

Alassane DIEYE

vieuxdieye87@yahoo.fr

Disponible en ligne : 30 Novembre 2022

- 1 : UFR des sciences de la santé, Université Gaston Berger de Saint-Louis/Sénégal
- 2 : Service de Médecine, Centre de santé de Pété/Sénégal
- 3 : Service des Maladies infectieuses et tropicales, Hôpital Principal de Dakar/Sénégal

© Journal of african clinical cases and reviews 2022

Conflit d'intérêt : Aucun

Références

- [1] Rapport OMS 2020 – VIH/Sida. <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/hiv-aids>. Consulté le 02 décembre 2021.
- [2] Rapport CNLS 2018. <https://www.cnls-senegal.org/bibliotheque/rapports/>. Consulté le 19 janvier 2020.
- [3] Système d'information sanitaire/MSAS. <https://senegal.dhis2.org/dhis/dhis-webreporting/showDataSetReportForm.action>. Consulté le 19 janvier 2020.
- [4] Desclaux A, Desgrées du Loû A. Les femmes africaines face à l'épidémie de Sida. *Population et sociétés* 2006; 428(4) : 1-4.
- [5] Seydi M, Diop SA, Niang K et al. Aspects épidémiocliniques et psychosociaux au cours du sida à Dakar: étude préliminaire prospective. *Med Mal Infect* 2009; 39:S38.
- [6] Koné MC, Cissoko Y, Diallo MS, Traoré BA, Mallaï KK. Données épidémiologiques, cliniques et thérapeutiques des patients infectés par le VIH sous

traitement antirétroviral à l'hôpital de Ségou au Mali (2004-2011). *Bull Soc Pathol Exot* 2013; 106(3):176-179.

- [7] Déguénonvo LF, Manga NM, Diop SA et al. Profil actuel des patients infectés par le VIH hospitalisés à Dakar (Sénégal). *Bull Soc Pathol Exot* 2011; 104(5): 366-70.
- [8] Manga NM, Diop SA, Ndour CT et al. Dépistage tardif de l'infection à VIH à la clinique des maladies infectieuses de Fann, Dakar: circonstances de diagnostic, itinéraire thérapeutique des patients et facteurs déterminants. *Med Mal Infect* 2009; 39(2): 95-100.
- [9] Konaté I, Goïta D, Dembélé JP et al. Facteurs de risque de contamination par le VIH chez les couples sérodifférents suivis dans le Service de Maladies Infectieuses et Tropicales du CHU du PointG. *Health Sci Dis* 2018; 19(4):3-6.
- [10] Jaffar S, Grant AD, Whitworth J, Smith PG, Whittle H. The natural history of HIV-1 and HIV-2 infections in adults in Africa : a literature review. *Bull World Health Organ* 2004; 82: 462- 9.
- [11] Déguénonvo LF, Diop SA, Vedogbeton A et al. Bilan de la prise en charge médicale des patients infectés par le VIH dans un centre de dépistage volontaire et anonyme au Sénégal. *Sante Publique* 2011; 23(4): 297- 304.
- [12] 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.

Pour citer cet article

A Dièye, I Baldé, BS Wembulua, AD Dia, D Dia-Gueye, M Ndiaye et al. Décentralisation de la prise en charge des personnes vivant avec le VIH au Sénégal : expérience du District sanitaire de Pété dans la région de Saint-Louis (à propos de 471 cas). *Jaccr Infectiology* 2022; 4(4): 1-10