



CENTRE AFRICAIN D'ETUDES SUPERIEURES EN

DEPARTEMENT : CESAG – SANTE



MÉMOIRE DE FIN DE FORMATION :

MBA/GESTION DES SERVICES DE SANTE

OPTION : GESTION DES PROGRAMMES DE SANTE

26ème PROMOTION : 2015 – 2016

**CONTRIBUTION A L'AMELIORATION DE LA
PRISE EN CHARGE DES PVVIH PAR LA
REDUCTION DES PERDUS DE VUE : CAS DES
MALADES SUIVIS A L'HOPITAL GENERAL
D'AYAME (Côte d'Ivoire)**

REALISE PAR :

Marcelline Affia KOYE

SOUS LA DIRECTION DE :

Dr Malick NIANG

Enseignant Associé au CESAG

SOMMAIRE

DEDICACES.....	I
REMERCIEMENTS.....	III
ABREVIATIONS.....	VI
LISTE DES FIGURES.....	IX
LISTE DES TABLEAUX.....	X
INTRODUCTION.....	1
PREMIERE PARTIE : ANALYSE SITUATIONNELLE ET CADRE THEORIQUE.....	4
I.ANALYSE SITUATIONNELLE.....	5
II. CADRE THEORIQUE.....	19
DEUXIEME PARTIE : METHODOLOGIE ET RESULTATS.....	25
I. METHODOLOGIE.....	26
II. PRESENTATIONS RESULTATS.....	29
TROISIEME PARTIE : IDENTIFICATION DES CAUSES ET SOLUTIONS DE MISE EN ŒUVRE.....	43
I. IDENTIFICATION ET PRIORISATION DES CAUSES DU PROBLEME.....	44
II. IDENTIFICATION ET ANALYSE DES SOLUTIONS.....	49
III. PLAN DE MISE EN ŒUVRE DES SOLUTIONS.....	54
IV. SUIVI ET EVALUATION.....	63
RECOMMANDATIONS.....	65
CONCLUSION.....	68
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES.....	70

DEDICACES

Ce travail est dédié à...

L'ÉTERNEL DIEU TOUT PUISSANT

Je Te dédie ce travail car c'est Toi qui as permis sa réalisation. C'est toi l'Alpha et l'Oméga. Humblement je Te dis merci pour tous Tes Bienfaits dans ma vie.

MON FIANCE M. KOUAME N'GORAN VALERY

Trouve dans la réalisation de ce travail l'expression de ma gratitude et de mon infinie reconnaissance pour tout le soutien que tu m'as témoigné tout au long de cette formation. Puisse Dieu te bénir et consolider notre union.

NOTRE FILS KOUAME ASSACY JEAN-ELIEL PATRICK

Je ne cesserai de rendre grâce à Dieu pour ta venue dans notre vie. Tu es ma véritable source de motivation. Pour cette formation j'ai dû m'éloigner de toi pendant toute une année. Voici le fruit de mes sacrifices à vivre loin de toi. C'est le témoignage de tout l'amour que j'ai pour toi. Pour ton Amour, je t'exhorte à faire mieux que moi. Que Dieu dans sa grande bonté t'aide à grandir en âge et en sagesse.

TOUTE MA FAMILLE

Pour votre soutien moral et financier. Trouver ici l'expression de ma profonde gratitude. Que Dieu ne cesse de vous bénir en abondance tous les jours de votre vie.

MON GRAND FRERE N'GUETTIA KOUADIO PIERRE

Tu as été plus qu'un père pour moi, tu as su toujours me diriger sur le bon chemin. C'est toi qui as rendu cette formation possible. Dieu te garde encore longtemps à nos côtés.

REMERCIEMENTS

Sincères remerciements adressés...

A NOTRE DIRECTEUR DE MEMOIRE Docteur Malick NIANG : Vous nous avez fait honneur en acceptant de nous encadrer. Nous avons pu apprécier votre disponibilité, votre compréhension et votre rigueur scientifique. Ce sont autant des qualités humaines et intellectuelles qui font de vous un modèle. Merci de nous avoir abreuvé à la source de votre savoir.

Que Dieu dans son amour infini vous comble de ses grâces.

Au Chef de Département de CESAG-SANTE Dr EL HADJ Gueye et Collaborateurs : Merci de nous avoir soutenus une année durant et surtout pour votre disponibilité constante.

A tous les enseignants de CESAG SANTE : Nous avons appris de vos enseignements et vos conseils. Recevez ici toute notre reconnaissance

A tous les stagiaires de la 26^{ème} promotion 2015-2016 : C'est main dans la main que nous avons passé cette année académique dans une immense joie. Nous vous remercions pour vos soutiens des uns et des autres.

Que Dieu fasse que nous devenions tous de grands acteurs dans le système de santé.

Au Père NIAKOURI François d'Assise, Directeur de l'hôpital général d'Anyamé : Pour avoir accepté que cette étude se fasse dans sa structure.

Au surveillant général Père N'Cho Adolphe d'avoir accepté notre collaboration

Au Docteur KOUAME N'Goran Valéry, coordinateur des activités de PEC des PVVIH à Anyamé : Vous n'avez cessé de répondre à toutes nos préoccupations depuis l'exploration jusqu'à l'achèvement de cette étude et aussi pour votre assistance et vos conseils.

Aux conseillères communautaires: Fanta OUATTARA, Mme KOUAKOU Pierrette et Olga KOUMAN : Vous nous avez accueillis et aidés pour la réalisation de ce travail. Merci pour vos sincères et entières collaborations.

A tous les autres services : Qui ont accepté notre collaboration.

A la famille COULIBALY à Dakar : Vous nous avez réservé un bon accueil. Merci pour votre hospitalité, votre soutien moral et financier et que le DIEU Tout-puissant vous le rende au-delà de vos attentes.

A toutes les personnes qui, d'une manière ou d'une autre ont rendu ce travail possible : recevez ici l'expression de notre profonde gratitude.

A tous les malades, pour avoir accepté notre aide et pour votre collaboration. Que DIEU vous accorde la guérison qui vient de Lui.

A tous ceux que nous avons oublié de citer, veuillez nous excuser. Recevez toute notre gratitude pour tout ce que vous avez fait pour nous.

ABREVIATIONS ET ACRONYMES

ARV : Antirétroviraux

ASC : Agent de Santé Communautaire

CDV : Conseil pour le Dépistage Volontaire

CME : Commission Médicale d'Établissement

CMU : Couverture Maladie Universelle

CHR : Centre Hospitalier Régional

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

CI : Côte d'Ivoire

CNTS : Centre National de Transfusion Sanguine

EDS : Enquête Démographique et Statistique

EPN : Etablissements Publics Nationaux

ESPC : Etablissement Sanitaire de Premier Contact

GONGO: *Government-Organised Non-Government Organisations*

HCI: Health Care Improving

HG: Hôpital Général

HGA : Hôpital Général d'Anyamé

ICA : Institut de Cardiologie d'Abidjan

INHP : Institut National d'Hygiène Publique

INSP : Institut National de Santé Publique

IRF : Institut Raoul-Follero

LNSP : Laboratoire National de Santé Publique

MSLS : Ministère de la Santé et de la Lutte contre le Sida

NPSP : Nouvelle Pharmacie de la Santé Publique

OCB : Organisation Communautaire de Base

OEV : Orphelins et Enfants rendus Vulnérables par le VIH

OIT : Organisation Internationale du Travail

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

OMD : Objectif du Millénaire pour le Développement

ONG : Organisation Non Gouvernementale

ONUSIDA : Organisation des Nations Unies pour la lutte contre le SIDA

PDV : Perdu De Vue

PEV : Programme Elargi de Vaccination

PEC: Prise En Charge

PEPFAR: President's Emergency Plan for AIDS Relief

PNDS : Plan National de Développement Sanitaire

PNLS : Programme National de Lutte contre le Sida

PTME : Prévention de la Transmission Mère-Enfant

PVVIH : Personnes Vivant avec le VIH

RDV : Rendez-vous

RH : Ressource Humaine

RM : Ressource Matérielle

SAMU : Service d'Aide Médicale Urgente

S1, 2, 3...: Semaine 1, 2, 3...

SIDA : Syndrome de l'Immunodéficience Acquise

TARV: Traitement Antirétroviral

Contribution à l'amélioration de la prise en charge des PVVIH par la réduction des perdus de vue : cas des malades suivis à l'hôpital général d'Anyamé (Côte d'Ivoire)

TTT : Traitement

UNFPA : Fonds des Nations Unies pour la Population

UNICEF : Fond des Nations Unis pour l'Enfance

URC: *University Research Company*

USAID: Agence des Etats-Unis d'Amérique pour le développement International

VAD : Visite à Domicile

VIH : Virus de l'Immunodéficience Humain

CESAG - BIBLIOTHEQUE

LISTE DES FIGURES

<u>Figure 1</u> : La carte de la Côte d'Ivoire-----	6
<u>Figure 2</u> : Organisation du système de santé ivoirien -----	8
<u>Figure 3</u> : Organigramme de l'Hôpital Général d'Anyamé -----	15
<u>Figure 4</u> : Circuit du patient VIH positif à l'HGA-----	19
<u>Figure 5</u> : Situation socio-professionnelle des patients enquêtés -----	29
<u>Figure 6</u> : Niveau d'instruction -----	30
<u>Figure 7</u> : L'accueil des acteurs de PEC-----	35
<u>Figure 8</u> : Avis des patients sur le circuit de leur RDV -----	36
<u>Figure 9</u> : Le vécu avec le statut VIH positif -----	38
<u>Figure 10</u> : Ancienneté des acteurs de PEC -----	40
<u>Figure 11</u> : Formation des prestataires en PEC VIH-----	41
<u>Figure 12</u> : Diagramme d'ISHIKAWA-----	45
<u>Figure 13</u> : Diagramme de Pareto-----	48

LISTE DES TABLEAUX

<u>Tableau I</u> : Chronogramme de nos activités -----	28
<u>Tableau II</u> : Le lieu de résidence des enquêtés -----	31
<u>Tableau III</u> : Les moyens de déplacement au site -----	32
<u>Tableau IV</u> : Le transport aller-retour au site -----	33
<u>Tableau V</u> : La durée d'évolution sous TARV -----	34
<u>Tableau VI</u> : Temps mis au centre -----	37
<u>Tableau VII</u> : Motif des plaintes reçues par les acteurs de PEC -----	42
<u>Tableau VIII</u> : Matrice de causes -----	47
<u>Tableau IX</u> : Hiérarchisation des causes par ordre de fréquence décroissante -----	47
<u>Tableau X</u> : Priorisation et choix de la solution -----	53
<u>Tableau XI</u> : Cadre logique des PROJETS 1 et 2 -----	57
<u>Tableau XII</u> : Plan opérationnel du PROJET 1 -----	59
<u>Tableau XIII</u> : Plan opérationnel du PROJET 2 -----	60
<u>Tableau XIV</u> : Organigramme des activités -----	61
<u>Tableau XV</u> : Budget de plan d'action des PROJETS -----	62
<u>Tableau XVI</u> : Plan de mise en œuvre du volet suivi et évaluation -----	64

INTRODUCTION

Depuis son avènement au début des années 80, le VIH / SIDA sévit toujours à l'état pandémique. Le syndrome d'immunodéficience Acquise a tué plus de 35 millions de personnes depuis qu'il a été identifié; ce qui en fait une des épidémies les plus dévastatrices de l'histoire. Selon le rapport de l'ONUSIDA, en 2015, 36.7 millions de personnes vivaient avec le VIH dans le monde dont 24,7 millions en Afrique [1, 2]. La Côte d'Ivoire reste le pays le plus touché en Afrique de l'ouest, elle totalise à elle seule 460 000 de PVVIH. Les organismes internationaux œuvrant dans la santé appuient les pays touchés par cette pandémie à la prise en charge (PEC) des patients atteints. Au niveau national, des partenaires et ONG œuvrent à la réalisation des différents objectifs de santé fixés. Car la santé apparaît comme l'une des richesses les plus protégées pour ceux qui l'ont. Sa quête et sa conservation rythment avec la vie des hommes pris individuellement ou collectivement et ce, quel que soit la société ou l'époque.

Les années 2000 à 2015 ont été marquées à l'échelle mondiale par l'intensification de l'accès au traitement antirétroviral (TARV) et une diminution de 35 % des décès liés au SIDA depuis 2005[3]. 16 millions de personnes vivant avec le VIH (PVVIH) ont été mises sous TARV trois sur quatre d'entre eux vivent en Afrique sub-saharienne, où les besoins sont les plus criants [4]. La société civile et les services de santé publics ont uni leurs forces pour offrir aux PVVIH de nouveaux traitements fondés sur les preuves scientifiques et les meilleures pratiques.

Fort de ce succès, le Programme commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA (ONUSIDA) a fixé en 2015 d'ambitieux objectifs mondiaux à atteindre d'ici 2020 [5]. Connues sous le nom de « cibles 90-90-90 », elles visent à ce que 90 % des PVVIH connaissent leur statut VIH, 90 % de toutes les personnes séropositives au VIH reçoivent un TARV continu, et que 90 % de toutes les personnes sous traitement atteignent une suppression virale.

Pour atteindre ces objectifs, les patients dépistés positifs et mis sous traitement doivent être régulièrement suivis (respect des RDV, bonne observance thérapeutique...) ; ce qui permettra d'éviter d'avoir des "perdus de vue".

Or le constat actuel fait état d'une baisse continue de la file active des PVVIH avec une augmentation des perdus de vue de façon générale. Un examen systématique des patients ayant commencé un traitement ARV à travers l'Afrique subsaharienne a révélé qu'environ 25% ne sont plus pris en charge un an après l'initiation, un chiffre en hausse (40%) après deux ans [6, 7, 8].

C'est le cas en Côte d'Ivoire dont l'exemple palpable de la région sanitaire du Sud-Comoé le confirme bien. Dans cette région, le nombre de PVVIH suivi était passé de 3883 à 3615 du premier au troisième trimestre de l'année 2015 [9]

Plusieurs raisons pourraient expliquer cet état des faits. L'ampleur et les déterminants de la rétention des patients dans le circuit de traitement VIH varient considérablement selon les régions et systèmes de santé. Peu d'études ont décrit le profil des patients perdus de vue sous traitement ARV en Côte d'Ivoire. Selon l'une des rares études conduites en Côte d'Ivoire, les patients perdus de vue ont tendance à être des patients de sexe féminin, célibataires, non scolarisés, dont l'âge est compris entre 35 et 49 ans [10]. Cependant cette étude n'a pas examiné les raisons qui pourraient influencer la sortie du circuit de traitement des patients sous TARV. De réelles possibilités d'améliorer la réduction des perdus de vue dans la prise en charge des PVVIH existent si les raisons qui sont liées à la sortie du circuit du traitement sont élucidées. Aussi, la recherche des déterminants de sortie ainsi que les raisons de sortie du circuit de traitement VIH chez les patients sous ARV en Côte d'Ivoire est cruciale afin d'éclairer les décisions programmatiques et aider les fournisseurs de soins dans le ciblage des interventions et des services de proximité. D'autant plus, qu'il a été démontré, en Côte d'Ivoire notamment, qu'il est plus rentable de prévenir la sortie des patients du circuit de traitement que de ramener les personnes qui ont interrompu leur traitement dans le circuit des soins [11].

Dans l'optique d'atteinte des objectifs mondiaux « cibles 90-90-90 », il paraît opportun de faire le diagnostic de ce dysfonctionnement afin d'améliorer la file active des PVVIH.

Le but de notre présent travail est de contribuer à améliorer la PEC des PVVIH en les maintenant dans le circuit des soins. Dans une approche de résolution de problèmes nous essayeront de comprendre les motifs qui pousseraient les patients à abandonner leur traitement.

PREMIERE PARTIE

ANALYSE SITUATIONNELLE ET CADRE THEORIQUE

I-ANALYSE SITUATIONNELLE

I-1.CONTEXTE DE L'ETUDE

I-1-1.Données générales sur la Côte d'Ivoire

Située en Afrique de l'Ouest, la Côte d'Ivoire a une superficie de 322.462 km². Le pays est limité au Nord par le Mali et le Burkina-Faso, à l'Ouest par la Guinée et le Libéria, à l'Est par le Ghana et au Sud par l'Océan Atlantique.

Le climat est de type tropical humide et se répartit en climat équatorial humide au Sud et en climat tropical de type soudanais au Nord. Les températures sont généralement élevées avec une moyenne de 30°C. La végétation est très diversifiée et dominée par la forêt guinéenne au sud et la savane soudano-sahélienne au nord.

La population totale de la Côte d'Ivoire s'élevait au 15 mai 2014 à 22.671.331 habitants avec un taux d'accroissement annuel moyen de 2,6%. La population masculine était de 51,6% contre 48,4% de population féminine. On notait 75,8% de nationaux contre 24,2% de non-nationaux. La population rurale était de 49,7% et la population urbaine de 50,3% [12].

Au niveau de l'éducation, le Taux Net de Scolarisation était de 78,9 % avec 80,6 % chez les garçons et 77,1 % chez les filles [12]. Le taux d'alphabétisation était de 45,0 % avec 53,3 % chez les hommes et 36,3 % chez les femmes [13].

Le taux de Pauvreté était de 46,3 % [13].

La Côte d'Ivoire compte deux districts autonomes (Abidjan et Yamoussoukro) ; 31 régions administratives ; 108 départements ; 510 sous-préfectures ; 197 communes et plus de 8000 villages. Elle abrite 05 groupes ethniques avec 69 ethnies.

C'est un pays laïc où cohabitent plusieurs confessions religieuses dont les principales sont le Christianisme, l'Islam et l'Animisme.



Figure 1 : La carte de la Côte d'Ivoire

I-1-2. L'organisation du système de santé ivoirien

Le système de santé ivoirien comprend l'offre publique de soins, l'offre privée de soins et l'administration sanitaire [14]. Il est de type pyramidal avec trois (3) échelons et deux versants: l'un gestionnaire et l'autre prestataire.

Le système de santé est dominé par un secteur public prépondérant et un secteur privé en plein essor, à côté desquels existe la médecine traditionnelle qui occupe une place relativement importante.

Le secteur sanitaire public

Le versant prestataire ou offre de soins comprend :

- Le niveau primaire représenté par 1910 Etablissements Sanitaires de Premiers Contacts (ESPC) (1237 centres de santé ruraux, 514 centres de santé urbains dont 25 à base communautaires, 127 centres de santé urbains spécialisés, 32 formations sanitaires urbaines dont 15 à base communautaire) [15],
- Le niveau secondaire constitué des établissements sanitaires de recours pour la première référence (66 Hôpitaux Généraux, 17 Centres Hospitaliers Régionaux, 02 Centres Hospitaliers Spécialisés) et
- Le niveau tertiaire composé des établissements sanitaires de recours pour la deuxième référence (04) CHU, (05) Instituts Nationaux Spécialisés INSP, INHP, IRF, IPR, ICA, (04) autres Etablissements Publics Nationaux d'appui CNTS, LNSP, NPSP, SAMU.

Le versant gestionnaire ou administratif comprend :

- ❖ Le niveau central composé du Cabinet du Ministre, des directions et services centraux, qui ont une mission de définition, d'appui et de coordination globale de la santé,
- ❖ Le niveau intermédiaire composé des Directions Régionales (20) qui ont une mission d'appui aux Districts sanitaires pour la mise en œuvre de la Politique Sanitaire [16]
- ❖ Le niveau périphérique composé des Directions Départementales de la Santé (79) ou Districts sanitaires qui elles sont chargées à leur niveau de rendre opérationnelle la Politique Sanitaire [17].

Le district sanitaire est l'unité opérationnelle du système de santé, permettant la mise en œuvre des soins de santé. Il regroupe l'ensemble des structures sanitaires publiques et privées sur son aire de desserte qui offrent aux populations des soins essentiels. Il est également l'unité qui planifie et organise les activités nécessaires à la prise en charge optimale des problèmes de santé des populations, avec leur pleine participation.

Au niveau du public, l'ESPC constitue la porte d'entrée du système de santé et l'hôpital prend en charge les problèmes de santé nécessitant des techniques ou des soins ne pouvant être assurés au premier échelon dans une complémentarité et sans chevauchement des paquets d'activités

des deux échelons. L'existence d'un système de référence et de contre-référence permet d'assurer la continuité des soins entre le premier et le deuxième échelon.

D'autres ministères participent à l'offre de soins à travers leurs infrastructures sanitaires notamment les ministères de la Défense, de l'Economie et des Finances, de l'Intérieur et du ministère en charge des Affaires Sociales.

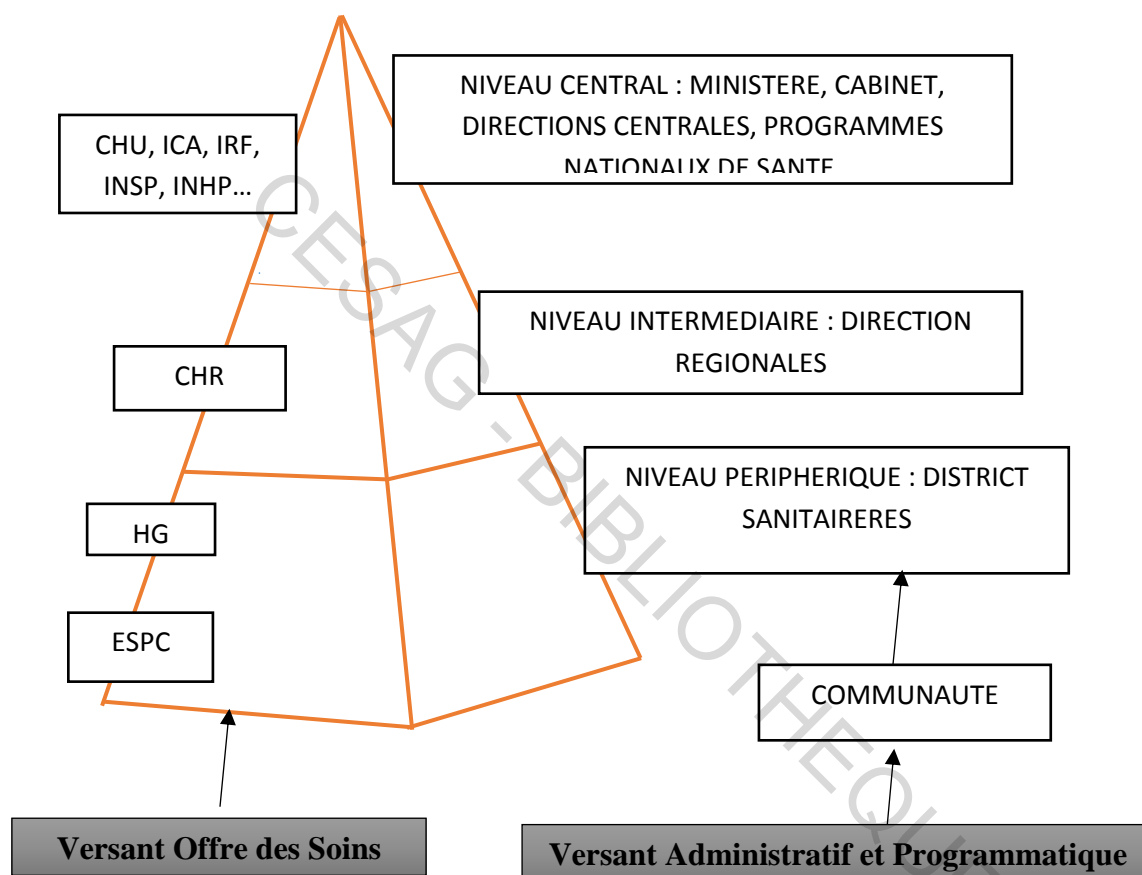


Figure 2 : Pyramide de l'organisation du système de santé ivoirien

Source : PNDS 2012-2015

I-1-3. Politique sanitaire ivoirienne

Sur la base de sa Politique Nationale de Santé, l'Etat de Côte d'Ivoire s'engageait résolument à travers le PNDS 2012-2015 dans un processus dynamique de réformes pour la mise en place de façon durable d'un système de santé intégré, responsable et efficient, permettant d'offrir des soins promotionnels, préventifs, curatifs, de qualité, géographiquement et financièrement accessibles à tous avec la participation effective et responsable de tous les acteurs [18 REF14].

Ainsi, la vision du secteur est celle d'un système de santé performant à même de garantir à tous les citoyens particulièrement les populations les plus vulnérables, un état de santé optimal pour soutenir durablement la croissance et le développement du pays.

Cette vision est soutenue par les valeurs d'équité, de justice sociale, d'éthique, de solidarité nationale, de rigueur et de transparence.

Elle est aussi guidée par un certain nombre de principes:

- Un leadership fort se traduisant par un ferme engagement politique, une meilleure coordination des interventions des structures sous tutelle du Ministère en charge de la Santé d'une part et des partenaires techniques et financiers du système de santé d'autre part ; cela par la mise en œuvre d'un compact national, à travers des mécanismes forts de coordination et de redevabilité, un financement consolidé, et un plan de suivi-évaluation unique et consensuel ;
- Une meilleure gouvernance du secteur se traduisant par la rigueur et la transparence dans la gestion et un contrôle permanent à tous les niveaux;
- La réaffirmation claire et sans ambiguïté d'un système de santé basé sur les Soins de Santé Primaires, orientés vers la satisfaction des besoins sanitaires des populations à travers la mise en œuvre effective des paquets minimums d'activités et le renforcement de l'opérationnalisation des Directions Régionales et Districts Sanitaires;
- Des prestations de santé de qualité optimale, intégrées, continues et rationnelles centrées sur la personne à tous les échelons de la pyramide sanitaire, intégrant leur délivrance au niveau communautaire, la relance des stratégies avancées et mobiles, l'application effective du système de référence et contre-référence et une meilleure organisation des services;
- Le respect des engagements internationaux notamment l'atteinte des OMD, la mise en œuvre de la Déclaration de Paris en vue d'améliorer l'efficacité de l'aide au développement en matière d'appropriation, d'alignement et d'harmonisation;
- La participation communautaire pour améliorer l'accessibilité des populations aux services de soins de santé primaires et restaurer la confiance des usagers dans les services publics de santé;

- La décentralisation en matière de planification, de gestion et de prise de décision, dans le cadre de la loi et sous le contrôle du Ministère en charge de la Santé, pour mieux adresser les problèmes sanitaires des populations au niveau local.

Les acquis majeurs dans la mise en œuvre de ce PNDS (PNDS 2012-2015) ont été le renforcement de la gouvernance du secteur de la santé et le leadership du MSLS qui ont été perceptibles entre autres, à travers l'amélioration de la disponibilité de l'information sanitaire, la hausse du budget alloué au secteur de la santé,

Il s'agit également de l'amélioration et de l'utilisation des services de santé de qualité, la contribution du MSLS dans la mise en place de la Couverture maladie universelle (CMU), l'amélioration de la santé maternelle et infantile, le renforcement de la lutte contre la maladie et les infections nosocomiales.

A ces acquis, s'ajoutent le renforcement de la prévention, la promotion de la santé et la médecine de proximité, la gestion de la crise à virus Ebola, la réhabilitation et la construction d'infrastructures sanitaires sur toute l'étendue du territoire national.

Dans la perspective de la CMU, le PND 2016-2020 devrait favoriser la mise en place d'un système de santé performant, à même de garantir l'accès de toutes les populations à des soins de qualité et des soins spécialisés décentralisés sur toute l'étendue du territoire.

Le financement du système de santé en Côte d'Ivoire est assuré par trois catégories de sources que sont « l'Etat, les sources privées constituées par les ménages et les entreprises, et les Partenaires techniques et financiers (PTF) » entre autres OMS, UNICEF, UNFPA, Fond Mondial, PEPFAR etc.

I-1-4. Données de prévalence sur le VIH.

Depuis son apparition en 1981, le VIH/SIDA continue de faire rage encore aujourd'hui dans le monde. Il touche en grande partie les pays en développement et particulièrement ceux de l'Afrique. Selon l'ONUSIDA, en 2014, 36.7 millions de personnes vivaient avec le VIH/SIDA à travers le monde dont 24,7 millions en Afrique subsaharienne [2].

Les difficultés quant à la PEC de cette pandémie font d'elle un véritable anneau cervical étranglant les programmes nationaux et les organismes internationaux de santé. Réel problème

de santé publique, il semble être un frein au développement des pays tant il attire le regard de TOUS du point de vue budgétaire que de la main d'œuvre active.

La Côte d'Ivoire reste l'un des pays le plus touché en Afrique de l'Ouest. L'épidémie y est de type « mixte » caractérisée par la présence des deux virus, VIH 1 et VIH 2. La prévalence nationale en légère baisse par rapport aux années précédentes est encore de 3,2% avec un taux élevé chez les personnes jeunes [19]. Les causes de la propagation du VIH sont principalement l'incidence élevée de la pauvreté et la détérioration des revenus et conditions de vie, le faible niveau de connaissance des populations des modes de transmission et des méthodes de prévention, les perceptions socioculturelles du VIH/Sida et les pratiques socioculturelles (excision, tatouage, piercing, lévirat). Le multi-partenariat sexuel, le mariage précoce, le statut socio-économique des femmes qui les place dans une situation d'impossibilité de décision par rapport à leur sexualité, la mobilité de la population et ses déplacements consécutifs aux conflits armés, la stigmatisation et la discrimination participent également à la propagation de l'infection à VIH.

Les groupes les plus exposés au VIH sont les jeunes ayant leur premier rapport sexuel entre 15 et 17 ans, les femmes adultes et les jeunes filles victimes d'abus et de violences sexuelles, les couples séro-discordants, les professionnel(le)s du sexe et leurs partenaires, les enseignants, les routiers, les migrants, les personnes déplacées et les réfugiés, les populations carcérales, les travailleurs saisonniers. On note également l'exposition au VIH chez les jeunes filles et jeunes hommes sexuellement actifs travaillant dans le secteur informel, les personnes engagées dans le sexe transactionnel, les usagers de drogues, les personnes engagées dans l'abus de la consommation d'alcool associées à des comportements sexuels à risques, les hommes en armes, les hommes ayant les rapports sexuels avec les hommes, les porteurs des IST.

Les données de 2015 notaient environ 460 000 le nombre de personnes infectées par le VIH avec une cohorte active sous traitement ARV estimée à 109 925 dont 5 579 enfants. [2].

I-1-5. Prise en charge du VIH/SIDA en CI

La prise en charge médicale des PVVIH est une intervention majeure mise en place dans le pays. En vue de réduire la transmission du VIH, la Côte d'Ivoire a adopté la stratégie d'accès universel à la prévention aux soins et au traitement à l'aide de schémas thérapeutiques plus efficaces et plus simples [20].

Ces lignes directrices ont été établies sur la base des recommandations 2013 et 2014 de l'Organisation mondiale de la santé [21,22].

Intérêts des nouvelles recommandations

La mise sous traitement antirétroviral systématique sans tenir compte de la valeur des CD4 des enfants de moins de 10 ans et des femmes enceintes, des conjoints infectés dans les couples séro-différents et des populations clés [Hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes, Professionnels de Sexe, Utilisateurs de Drogues Injectables (UDIV)], réduit la transmission du virus à d'autres personnes.

Il faut noter aussi que la révision du seuil d'initiation du traitement ARV à moins de 500 CD4, permettra d'améliorer la survie des enfants, de garder les personnes en bonne santé plus longtemps et également de réduire considérablement la transmission du virus à d'autres personnes.

L'utilisation d'une combinaison fixe d'antirétroviraux en un comprimé et une prise par jour facilite la prescription de la trithérapie et l'observance au traitement. Le choix d'un schéma unique à base de Ténofovir plus Lamivudine plus Efavirenz pour tous les patients infectés par le VIH-1 âgés de 10 ans et plus, co-infectés VIH/Hépatites ou Tuberculose, les femmes enceintes, simplifie la prescription, facilite la décentralisation des ARV et permet de mettre en œuvre la délégation des tâches aux paramédicaux. Il devient donc important d'établir des liens et des orientations efficaces entre les différents établissements de santé du pays afin de renforcer l'intégration des services.

Les priorités pour réussir cette politique d'accès universel aux traitements, sont entre autre, l'intensification du dépistage, l'approvisionnement continu en médicaments ARV et intrants de laboratoire, l'accessibilité à la charge virale et au dépistage précoce sur toute l'étendue du territoire, le respect des directives et lignes directrices de traitement par les prestataires.

Critères d'éligibilité au TARV :

Toute personne infectée par le VIH :

- Stades cliniques OMS 1 ; 2 ; 3 ou CDC A, B avec $CD4 \leq 500$ cellules/ml
- Stades cliniques OMS 4 ou CDC C, quel que soit la valeur des CD4.
- Co-n (TB, maladie hépatique sévère)
- Femmes enceintes quel que soit le taux de CD4
- Conjoints infectés dans les couples séro-différents quel que soit le taux de CD4

- Populations clés (MSM, Professionnels de Sexe, Utilisateurs de Drogues Injectables (UDI)) quel que soit le taux de CD4

I-1-6. Choix et justification du site d'étude

L'étude s'est déroulée à l'hôpital général d'Ayamé.

Ayamé est située au Sud-est de la Côte d'Ivoire dans la région du Sud- Comoé, plus précisément dans le département d'Aboisso à 20 Km du chef-lieu de département et à 134 Km d'Abidjan.

Le choix d'Ayamé comme zone d'étude tient compte de diverses raisons:

- l'HGA fait partie du district sanitaire d'Aboisso qui se trouve dans la région du Sud-Comoé ; région où la file active connaît une chute remarquable ces dernières années.
- l'hôpital général d'Ayamé est un centre de prise en charge de référence des personnes infectées par le VIH dans le district sanitaire d'Aboisso (plus de 1000 patients suivis)
- aucune étude similaire réalisée dans cette structure

I-1-7. Présentation de l'hôpital général d'Ayamé

L'hôpital général d'Ayamé est un hôpital à structure confessionnelle. Il constitue une référence dans la région du fait de ces équipements et des prestations sanitaires (annexe 2 & 3).

Il est composé des services avec chacun un rôle bien défini:

- La Direction (le secrétariat, la comptabilité le bureau du Directeur)
- Pédiatrie : 2 bureaux de consultation pour médecin avec un hall d'attente, une salle de soins d'urgence, 4 salles d'hospitalisation avec un total de 26 lits pour petits et grands enfants et une salle d'isolement de 2 lits, un service de néonatalogie avec 6 couveuses et 8 lits d'hospitalisation ; un vestiaire pour le personnel ;
- Maternité : un bureau de consultation pour le médecin avec un hall d'attente, une salle d'accouchement de 3 lits, 4 salles d'hospitalisation gynécologique et obstétricale avec un total de 12 lits ; un vestiaire pour le personnel ;
- Médecine générale : 2 bureaux de consultation pour médecin, une salle de soins d'urgence, 2 salles d'hospitalisation totalisant 7 lits chacun, une salle d'isolement de 7 lits partagée avec le service de chirurgie et 3 salles catégories de 7 lits au total partagées également avec la chirurgie ; un vestiaire commun au service de médecine et de chirurgie ;

- Chirurgie : 2 bureaux de consultation pour médecin avec un hall d'attente, 2 salles d'hospitalisation totalisant 7 lits chacune, 2 blocs opératoires équipés utilisés par tous les services de chirurgie, une salle de pansement ;
- Un cabinet dentaire équipé et un cabinet ophtalmologique équipé ;
- Une buanderie
- Un centre nutritionnel pour la réhabilitation des malnutris ;
- Un laboratoire d'analyse médicale (examens hématologiques, immunologiques, biochimiques, examens parasitologiques et bactériologiques à minima) ;
- Un service d'imagerie ;
- Une pharmacie avec une salle de vente, une salle de stockage et des bureaux;
- Un service de maintenance générale ;
- Une salle informatique avec connexion internet ;
- Un parc automobile (une ambulance et un véhicule de course type 4x4) ;
- Un service de CDV ;
- Un service social ;
- Un restaurant tenu par un particulier ;
- Une chapelle et une mosquée ;
- Une pouponnière à gestion autonome sur un autre site.

I-1-7-1. Organisation et fonctionnement

I-1-7-1-1. La structure organisationnelle

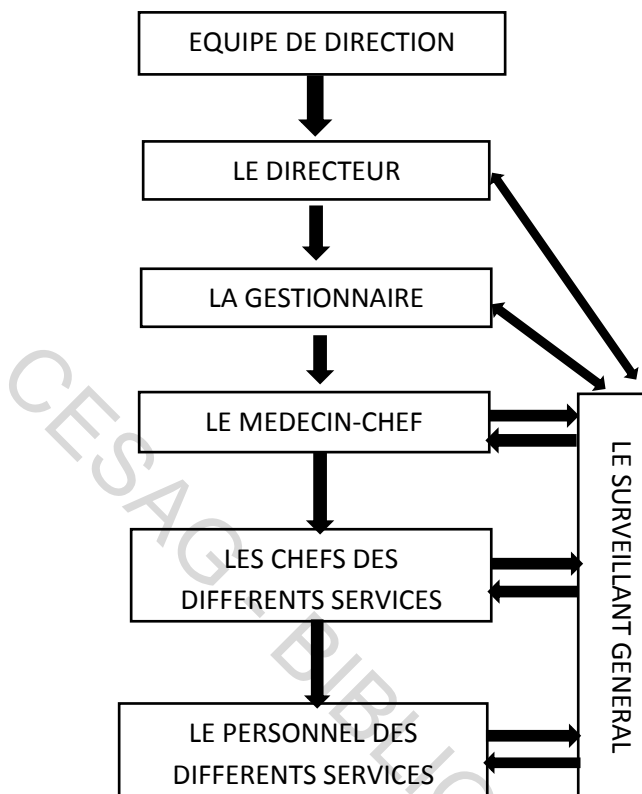


Figure 3 : Organigramme de l'Hôpital Général d'Ayamé

Source : Enquête sur les PDV à Ayamé. Mémoire MBA/GSS 2015-2016

I-1-7-1-2. Le Fonctionnement

Pour son fonctionnement, l'hôpital général d'Ayamé dispose : Une commission médicale de consultation qui se charge au bon fonctionnement des activités de l'hôpital. Elle est composée de tous les médecins chefs des différents services

- Une équipe de Direction qui est aussi composée du Directeur, du surveillant Général, de la responsable de la pouponnière, et du représentant de l'évêque de Grand-Bassam. Elle est chargée de la prise des décisions et aussi au fonctionnement de la structure

I-1-7-1-3. Les Ressources humaines

La structure étant un hôpital public conventionné, elle abrite du personnel privé payé sur fonds de l'hôpital et du personnel public payé par l'Etat ivoirien. Le personnel comprend :

- Le Directeur qui est un prêtre catholique nommé par l'Evêque de Grand-Bassam qui a en charge la gestion de l'hôpital;
- Une gestionnaire ;
- Une comptable ;
- Une commerciale ;
- 2 secrétaires ;
- Une gestionnaire des données ;
- Un surveillant général qui est un prêtre infirmier ;
- 9 médecins dont 2 chirurgiens généraux, 1 chirurgien-dentiste, 5 médecins généralistes dont 2 en Médecine Générale et 3 en Pédiatrie et 1 médecin gynécologue ;
- 1 Pharmacien et un Préparateur et gestionnaire en pharmacie (PGP)
- 4 Infirmiers spécialisés dont 2 anesthésistes, 1 instrumentiste au bloc et 1 en ophtalmologie ;
- 7 Sages-femmes diplômées d'Etat ;
- 19 Infirmiers diplômés d'Etat ;
- 1 Ingénieur biologiste et 3 techniciens de laboratoire ;
- 3 techniciens d'imagerie ;
- 1 technicien d'assainissement ;
- 4 techniciens en maintenance des équipements ;
- 1 Assistant social
- 6 caissières ;
- 10 Aides-soignants ;
- 3 Conseillères communautaires
- 20 Garçons et Filles de salle ;
- 4 jardiniers techniciens de surface ;
- 3 Chauffeurs coursiers ;
- 4 vigiles ;
- Une tenancière de la buanderie et une autre du centre nutritionnel.

I-1-7-1-4. Les activités menées

Plusieurs activités sont menées à l'HGA ce sont :

- Les soins préventifs (vaccination PEV en stratégie fixe et avancée ; campagne nationale de vaccination ; planning familial)
- Les soins curatifs pédiatriques (néonataux et grands enfants), gynéco-obstétricaux, médicaux généraux, chirurgicaux (chirurgie générale ; ophtalmologique ; dentaire)
- La prise en charge des PVVIH

I-1-8. Analyse de l'environnement

I-1-8-1. Environnement interne

❖ Forces (les points forts)

- Soutien de PAVIA une ONG Italienne dans la PEC
- Structure professionnelle
- La disponibilité du personnel de PEC
- Plateau technique élevé
- Disponibilité des ARV
- Engagement de la CME

❖ Faiblesses (les points faibles)

- Non restitution des rapports de formation
- Accessibilité géographique difficile pour les malades venant des campements (derrière l'eau)
- Absence de responsable qualité et d'un engagement fort dans le processus qualité de PEC des PVVIH Taux élevé des PDV

I-1-8-2. Environnement externe

❖ Opportunités

Engagement dans l'équipe cadre du district dans l'évaluation des activités de PEC des PVVIH

Existence d'un cadre de référence de lutte contre le VIH/Sida

❖ **Menaces**

Absence d'évaluation périodique des pratiques professionnelles

Absence de texte relatif aux évaluations des pratiques professionnelles en santé.

I-1-9. Historique de la prise en charge des PVVIH à l'HGA

Les activités de prise en charge des personnes vivant avec le VIH ont débuté à l'hôpital général d'Anyamé en Mars 2005 par la prévention de la transmission mère-enfant (PTME). La prise en charge des adultes et des enfants a débuté en Janvier 2006.

Une organisation interne (circuit du malade) est mise en place pour coordonner cette activité. Les points d'entrée dans le circuit sont la consultation (adultes et enfants), les services d'hospitalisation, le CDV, la PTME et le laboratoire qui constituent aussi des postes de dépistage.

Les activités cliniques et biologiques se font tous les jours du lundi au vendredi:

- les médecins aidés par leur personnel soignant effectuent la première visite d'inclusion et les visites de suivi, assurent le renouvellement des ordonnances d'ARV et le suivi des nouveau-nés nés de mères séropositives pour le VIH ;
- les sages-femmes font la PTME ;
- les assistants sociaux attribuent le numéro de prise en charge, font l'ouverture de dossier et réalisent le conseil pré-thérapeutique ;
- les techniciens de laboratoire font le dépistage, le bilan biologique et acheminent les résultats sous plis aux médecins.
- Un pharmacien et un préparateur et gestionnaire en pharmacie assurent la commande, la gestion et la dispensation du stock d'ARV et du Cotrimoxazole ;
- les conseillères communautaires expliquent la posologie et les heures de prise des médicaments, fixent le prochain rendez-vous, réalisent le suivi de l'observance et de l'état nutritionnel et s'attellent à retrouver les perdus de vue.

I-1-10. Le circuit du malade

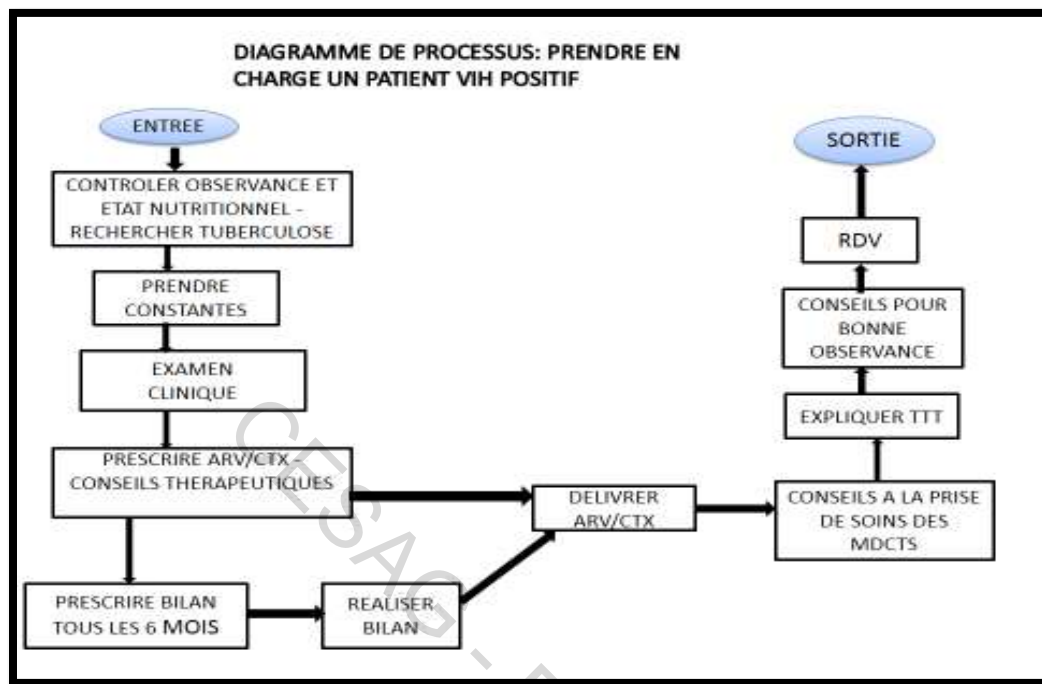


Figure 4 : Circuit du patient VIH positif à l'HGA

Source : HGA

II- CADRE THEORIQUE

II-1. PROBLEMATIQUE

II-1-1. La Formulation du problème

La pandémie du VIH sévit majoritairement chez les adultes jeunes qui représentent la main d'œuvre nationale. Le VIH est donc responsable d'un grand absentéisme professionnel entraînant une baisse de la productivité. Le sida provoque une diminution de la productivité individuelle et déstabilise l'économie familiale déjà critique. Dans ces conditions, la famille est incapable de répondre aux multiples exigences financières dues aux maladies et aux hospitalisations répétitives.

Une bonne prise en charge de ces patients permettraient d'avoir des personnes en bonne santé apparente avec à la clé une bonne productivité. D'où les moyens mis en œuvre par l'Etat de Côte d'Ivoire pour faciliter et améliorer l'accès au traitement à travers la gratuité des

médicaments ARV en vue de passer à échelle de la prise en charge de tous les PVVIH [23]. L'atteinte de cet objectif risque d'être compromise par la faible rétention des patients dans le système de soins. L'irrégularité des patients lors de leur suivi occasionne donc des perdus de vue entravant cette volonté nationale.

II-1-2. Définition des concepts

II-1-2-1. La prise en charge

La PEC est une variable dépendante, elle est définie comme l'ensemble des moyens utilisés par une personne, une communauté, une famille ou une institution en vue d'apporter un soutien à autrui ou à un groupe social.

La PEC peut être économique, éducationnelle, médicale, politique, etc. pour notre part la PEC est médicale et psycho-sociale.

Dans le cas du VIH, la PEC comporte plusieurs volets avec des acteurs agissant à différents niveaux :

➤ Le rôle de l'Etat

L'Etat en collaboration avec ses partenaires nationaux(ONG) et internationaux (Organismes):

- rend disponible sur les sites de PEC gratuitement les ARV, les intrants de dépistage
- forme le personnel médical et paramédical à la PEC des PVVIH
- décentralise la PEC jusqu'aux structures du bas niveau de la pyramide sanitaire
- dote certaines structures en matériels de laboratoire pour la réalisation gratuite des bilans biologiques de suivi des PVVIH et en équipements (registres, dossiers patients, matériels de bureaux, matériels informatiques...) pour une prise en charge efficiente.

➤ Le personnel médical et paramédical :

- procèdent au dépistage des patients,
- mettent sous TTT ARV les patients dépistés positifs
- suivent régulièrement les patients mis sous TTT

- Les conseillères communautaires
 - renforcent le soutien psychosocial (VAD, groupe de parole, plate-forme d'échange)
 - aident à l'exécution des projets d'insertion socio-professionnelle des patients indigents,
 - recherchent activement les perdus de vue (VAD, appels téléphoniques)
 - sensibilisation communautaire sur le VIH/SIDA

II-1-2-2. La réduction des perdus de vue

L'objectif de la PEC est de pouvoir suivre un bon nombre de PVVIH. Cela sous-entend que tous les patients dépistés positifs et enrôlés dans les soins doivent y rester et se faire suivre régulièrement. Malheureusement, le constat amer donne de voir des patients qui après enrôlement dans les soins abandonnent leur suivi. Ils disparaissent de leur site de PEC le plus souvent sans donner des raisons : ce sont les "perdus de vue".

Au fil des années, leur nombre va grandissant avec divers ordres de facteurs déterminants.

Selon une étude réalisée en Afrique du Sud, les facteurs contribuant à la sortie du circuit de traitement des patients sous ARV à 7 mois, pour les individus fréquentant les cliniques en milieu professionnels, étaient l'incroyance au VIH et aux ARV, la faible interaction et communication entre le patient et le prestataire de soins, la peur de la discrimination en milieu de travail et l'utilisation des thérapies non médicales. Pour ce qui est des individus fréquentant les hôpitaux publics, les facteurs étaient les contraintes financières et logistiques [24]. En outre, une étude qualitative réalisée dans le même pays indiquait que le coût du transport, le temps mis pour suivre le traitement, la stigmatisation par rapport au VIH et les effets secondaires des ARV étaient des facteurs influençant plus ou moins l'arrêt du traitement ARV [25].

D'autres études qui avaient cherché à appréhender les facteurs liés à la sortie du circuit de traitement dans les pays en développement avaient révélé que les facteurs économiques tels que ceux liés à la pauvreté, y compris les frais de visites médicales fréquentes et les coûts de transport étaient des considérations importantes qui entravaient la rétention dans le circuit de traitement [26]. En outre, les facteurs liés à l'état clinique tels que une faible valeur de CD4 ou une valeur élevée de charge virale à l'initiation, la perte de poids, ou plus globalement l'amélioration ou la détérioration de l'état de santé pendant le traitement ainsi que les effets

secondaires du traitement pouvaient aussi influencer la sortie du circuit de traitement [25,26,27]. L'état psychologique du patient, par exemple l'état dépressif, peut aussi influencer le statut de perdu de vue [28]. Les facteurs sociodémographiques comme l'âge à l'enrôlement, le sexe, l'activité professionnelle avaient également été liés à la sortie du circuit de traitement [27,29,30]. Les études avaient en outre relevé une association entre les comportements tels que la consommation d'alcool et l'abus de stupéfiants et le statut de perdus de vue. Les croyances telles que l'utilisation de médicaments traditionnels étaient aussi liées au statut de perdu de vue [31,32]. Le temps mis pour suivre le traitement, la stigmatisation par rapport au VIH, la relation soignant-soigné, le délai d'attente dans les structures de soins, la complexité du circuit de soins, pouvaient aussi influencer l'arrêt du traitement ARV [25,32,33]. Le risque de décès et d'auto-transfert vers d'autres établissements avaient également été cités pour expliquer le statut de perdue de vue de certains patients sous traitement [26].

Et c'est devant cet état des faits que l'ONUSIDA a fixé l'objectif « cibles 90-90-90 » [5]

II-1-3. L'ampleur du problème

Le problème de perdus de vue est d'autant plus pertinent en Côte d'Ivoire que les taux de perdus de vue sont plus élevés comparativement à ceux d'autres pays à faibles et moyens revenus. Les données de cohorte disponibles dans les pays en développement montrent qu'environ 18% des patients qui débutaient le traitement étaient perdus de vue pendant la première année et une grande proportion d'entre eux mouraient à cause du démarrage tardif du traitement [34]. Cependant, les données de la Côte d'Ivoire indiquent qu'en 2007, 2008 et 2009 le taux de perdus de vue était respectivement de 35%, 40% et 38,8%, à 12 mois de traitement [35]. En outre, l'évaluation de base réalisée par *University Research Company* (URC) en 2008, sur 41 structures sanitaires du projet d'Amélioration des Soins de Santé (ou HCI) de l'USAID, a révélé que 66% des patients pré-TARV et 45% des patients sous TARV étaient perdus de vue dans les 7 mois qui suivent le bilan initial et le début du traitement ARV respectivement.

A l'HGA, le nombre de perdus de vue à la fin du deuxième trimestre 2016 avoisinait 300 patients [36] sur les 799 patients suivis soit un taux de 37,54%.

II-1-4. Conséquences du problème

Les conséquences du problème peuvent être appréciées à plusieurs niveaux :

- ✓ Détérioration de l'état clinique du patient
- ✓ Résurgence des infections opportunistes
- ✓ Augmentation de la fréquence et de la durée des séjours d'hospitalisations pour causes de maladies à l'origine de nombreux décès qui accroissent le nombre des OEV.
- ✓ Augmentation de l'absentéisme socio-professionnel avec en aval une baisse de la productivité et une accentuation de la pauvreté dans les familles
- ✓ Développement de nombreuses résistances aux Antiviraux
- ✓ Augmentation de nouvelles infections qui sont d'emblée résistantes
- ✓ Maintien des pays dans le sous-développement
- ✓ Contamination de nouvelles personnes

II-1-5. Intérêt de l'étude

L'intérêt de cette étude réside dans l'ampleur des écarts qui peuvent exister dans la pratique de la prise en charge des PVVIH et les conséquences que cela peut engendrer.

L'étude va renforcer les capacités du stagiaire, et lui permet d'appliquer les connaissances théoriques acquises durant la formation notamment les modules d'identification et analyse des problèmes de santé ; la méthode de résolution des problèmes.

Elle va aussi permettre à l'hôpital de prendre des mesures dans la qualité de PEC.

Enfin l'étude va permettre au Ministère de la santé de mettre en évidence les écarts qui existent dans la mise en œuvre de la PEC des PVVIH et de prendre les meilleures décisions en matière de cadres réglementaires et institutionnels formels soutenus par des décrets et des arrêtés pour réduire le nombre de perdus de vue et afin d'éviter de nouvelles contaminations.

.II-1-6. Objectifs de recherche

II-1-6-1. But de l'étude

Contribuer à l'amélioration de la PEC des PVVIH.

II-1-6-2. Objectif général

L'objectif de cette étude est de contribuer à la réduction des PDV à l'HGA

II-1-6-3. Objectifs spécifiques

De manière spécifique, il s'agira de :

- Identifier les différents facteurs explicatifs de la sortie des patients du circuit des soins
- Déterminer les caractéristiques socio-professionnelles des PVVIH enrôlés dans les soins
- Proposer des solutions simples qui réduisent de façon efficace les problèmes liés aux perdus de vue.
- Formuler des recommandations en vue d'un retour des PDV dans le circuit des soins

CESAG - BIBLIOTHEQUE

DEUXIEME PARTIE

METHODOLOGIE ET RESULTATS

I-METHODOLOGIE

I-1. Le type d'étude

Il s'agit d'une étude quantitative transversale complétée par une étude qualitative

La méthodologie choisie est celle de résolution des problèmes. Elle repose sur une logique d'étapes :

- l'identification des problèmes ;
- la priorisation des problèmes ;
- l'identification des causes ;
- la hiérarchisation des causes recensées ;
- l'identification des solutions possibles ;
- le choix de la ou des solutions adaptées.

I-2. La population à l'étude

Pour la présente étude, la population est constituée des PVVIH suivies à l'HGA ayant abandonné leur TTT à un moment donné après leur enrôlement depuis janvier 2014 jusqu'à la date de notre étude (juillet- septembre 2016).

I-3. Echantillonnage

La ville d'Ayamé est notre terrain d'étude. Ayamé fait une extension de ses activités de PEC des PVVIH dans différents centres de santé allant d'Ayamé à Songan. Le niveau de fréquentation a été utilisé pour la stratification et le choix de notre champ d'étude. Parmi ceux-ci, l'HGA a été sélectionné par un choix raisonné selon les critères de fréquentation et en raison des moyens limités dont nous disposons pour la réalisation de cette étude. Mais également, parce que l'HGA est notre lieu de service.

I-4. Taille de l'échantillon

Notre enquête concerné tous les PVVIH perdues de vue de l'HGA. 47 patients (PDV) sur 300 environ ont accepté de se prêter à notre enquête.

I-5. Critères d'inclusion

Sont incluses dans notre étude les PVVIH fréquentant l'HGA et perdues de vue depuis janvier 2014 jusqu'à cette date ou nous effectuons notre étude (juillet 2016).

I-6. Critères de non inclusion

Ne sont pas prises en compte dans notre étude les PVVIH qui ne sont pas suivies à l'HGA et aussi les PVVIH perdues de vue en dehors de cette période.

I-7. Méthode et outils de collecte des données

Une recherche documentaire a été réalisée au début de cette étude pour mener le travail et mieux cerner le problème et ses causes. Elle a été complétée par une enquête réalisée auprès des PVVIH perdues de vue pour apprécier leur connaissance sur le VIH et surtout comprendre le motif de leur abandon de traitement. Les données de l'enquête ont été recueillies grâce à un questionnaire que nous avons conçu à cet effet.

I-7-1. Méthodes de collecte des données

Pour collecter les informations auprès de notre cible, deux principales méthodes ont été utilisées. Il s'agit des entretiens individuels et de la revue documentaire

I-7-2. Outils de collecte des données

Les outils sont constitués d'un questionnaire, d'un guide d'entretien pour les entretiens individuels et la revue des documents (rapports d'activités, dossiers clients).

- La revue documentaire : elle consisté à une exploitation des dossiers clients, des rapports d'activités des conseillères communautaires.
- Des entretiens qui ont aussi consisté à adresser un questionnaire aux PVVIH revenues dans les soins pour leur PEC.
- Des visites à domicile toujours dans la recherche des motifs d'abandon du TTT

I-8. Déroulement de l'étude

Notre enquête s'est déroulée du 11 Juillet au 08 Septembre 2016 à l'hôpital général d'Anyamé.

Tableau I : Chronogramme de nos activités.

ACTIVITES	PERIODE										
	JUILLET				AOÛT				SEPTEMBRE		
	S1	S2	S3	S4	S1	S2	S3	S4	S1	S2	S3
Revue de littérature	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
Collecte des données		■	■	■	■	■					
Analyse des Données							■	■			
Restitution									■		
Rédaction de mémoire										■	■

I-9. Dépouillement et traitement des données

Les données ont été saisies sur World et analysées sur Excel.

I-10. Les limites et difficultés rencontrées au cours de l'étude

Comme dans tout travail de recherche, nous avons rencontré des difficultés de divers ordres au cours de notre étude. En effet, un temps et des moyens suffisants nous auraient permis de rechercher et d'interroger un plus grand nombre de PDV pour recueillir d'eux plus d'information concernant leur abandon de traitement. A cela s'ajoutent d'autres difficultés :

- les patients qui refusent de s'ouvrir pour donner réellement les raisons de leur disparition
- certains patients compte tenu de la sensibilité du sujet (la qualité de PEC) ont répondu avec hésitation à la question relative à l'accueil. Par conséquent le taux relatif à cette question reste sous-estimé.
- l'incomplétude des rapports d'activités ont rendu difficile la documentation
- la confidentialité autour du VIH ne facilite pas le contact avec les patients.

II- PRESENTATION DES RESULTATS

II-1- PRESENTATION DES RESULTATS SELON LES PATIENTS

Après le recueil et le dépouillement de nos données, nous avons présenté nos résultats dans ce chapitre. Ils sont présentés sous forme de figures et de tableaux

II-1-1 la situation socio-professionnelle

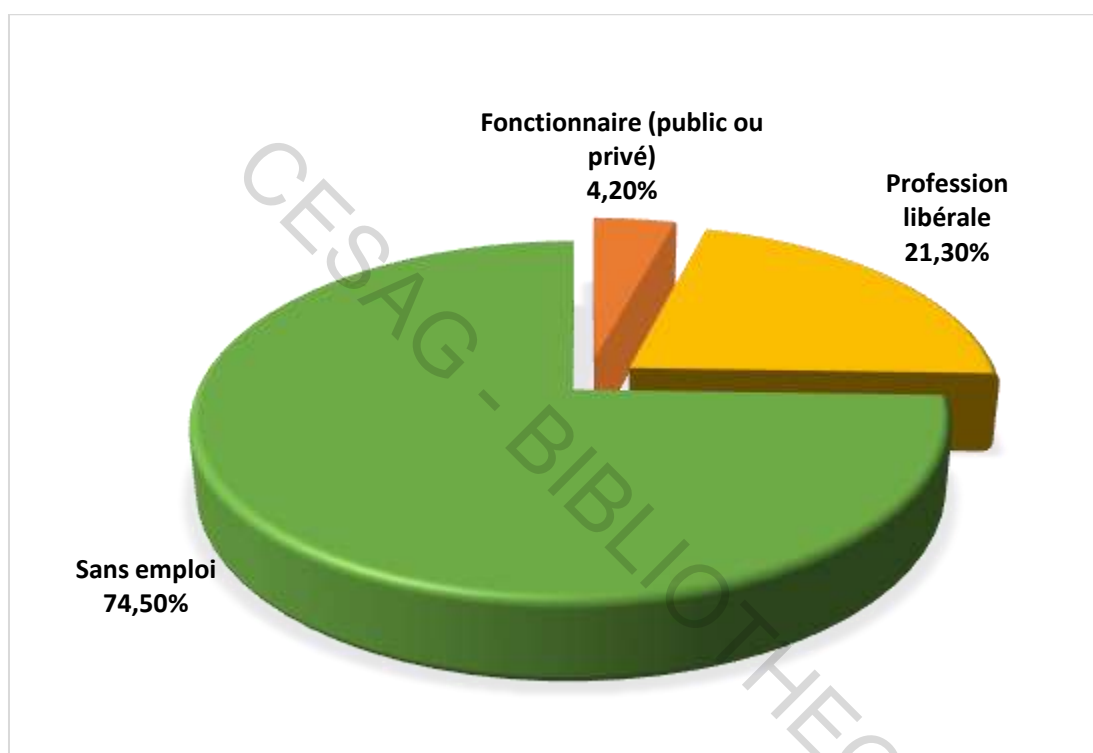


Figure 5 : Situation socio-professionnelle des patients enquêtés

Source : *Enquête sur les PDV à Anyamé. Mémoire MBA/GSS 2015-2016*

La situation socio-professionnelle est partie prenante dans l'abandon du traitement. En effet 74,5 % des patients enquêtés n'avaient pas de source de revenu stable. Ils n'étaient donc pas autonomes financièrement. Cette dépendance financière devient alors un aléa dans le respect de leur RDV de suivi. Dès que survient un problème au niveau du pourvoyeur des frais de transport, alors il s'observe une irrégularité au RDV voire un abandon total du suivi. On note également l'irrégularité des RDV chez les fonctionnaires (4,20%) et la profession libérale (21,30%) avec un total de 25,50% et cela s'explique le plus souvent par un manque de confidentialité.

II-1-2 Le niveau d'instruction

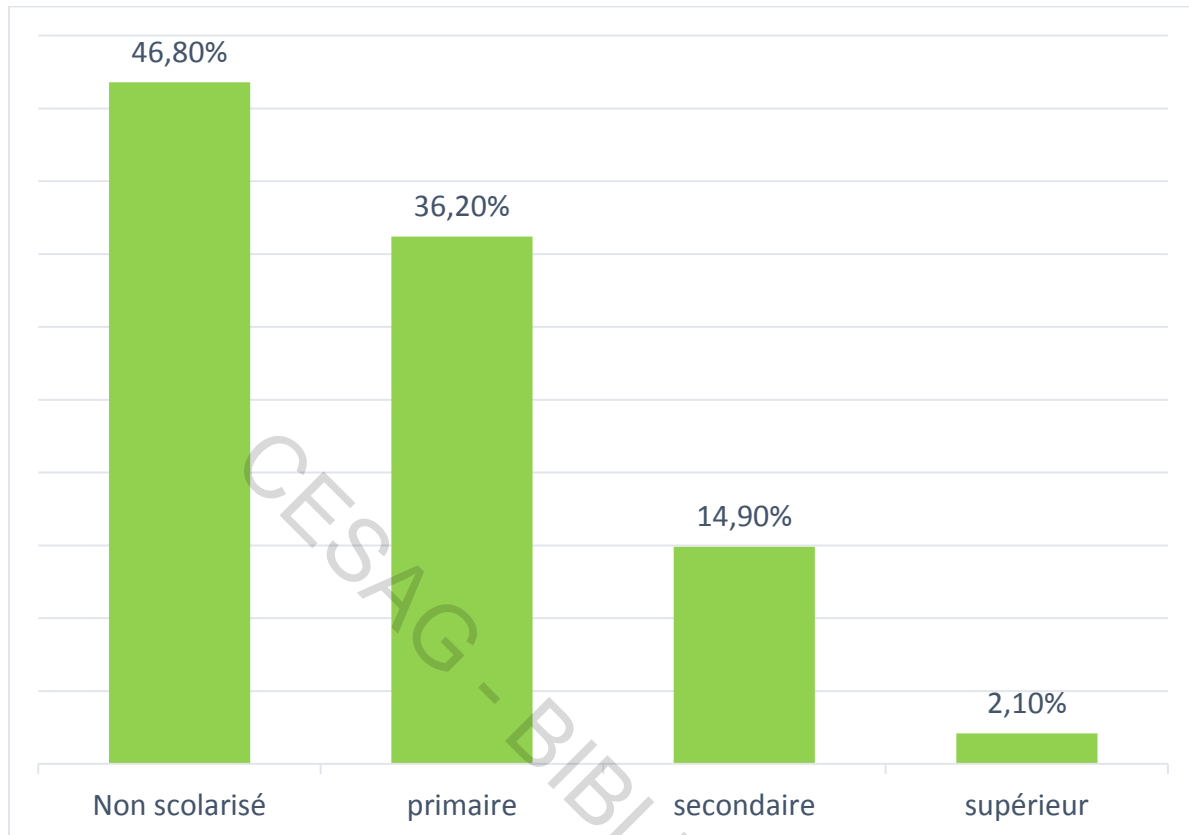


Figure 6 : Niveau d'instruction

Source : *Enquête sur les PDV à Ayamé. Mémoire MBA/GSS 2015-2016*

L'analphabétisme est une cause associée aux PDV dans notre étude. Ainsi, 46,8 % de nos sujets enquêtés n'ont jamais été scolarisés et 36,2 % n'ont que le niveau primaire. On note donc un faible niveau d'instruction à 83%. Cela pourrait être source d'une compréhension partielle des conseils pré-TARV ; ce qui serait à l'origine d'une ignorance de l'intérêt de la PEC du VIH/SIDA.

II-1-3 Le lieu de résidence

Tableau II : Le lieu de résidence des enquêtés

Lieu de résidence	Fréquence absolue	Fréquence relative
Dans la commune	05	10,6 %
Dans la sous-préfecture	14	29,8 %
Dans le district sanitaire	26	55,3 %
Hors du district sanitaire	02	4,3%

Source : Enquête sur les PDV à Ayamé. Mémoire MBA/GSS 2015-2016

Plus de la moitié des patients interrogés résident dans le district mais en dehors de la sous-préfecture. Ils préfèrent se faire suivre un peu loin de leur lieu de résidence et ce dans le but de garder secret leur statut sérologique. Malheureusement au fil du temps la distance à parcourir pour se rendre au site de PEC devient un obstacle pour le patient.

II-1-4 Les moyens de transport

Tableau III : Les moyens de déplacement au site

Moyens de transport	Fréquence absolue	Fréquence relative
Véhicules	23	48,9 %
Engin à deux roues	04	8,5 %
Pirogues	18	38,3 %
A pied	02	4,3 %

Source : *Enquête sur les PDV à Ayamé. Mémoire MBA/GSS 2015-2016*

La majeure partie des patients empruntent les moyens de transport en commun (véhicules et pirogues). Ces moyens de transport sont les propriétés de particuliers qui en font leur commerce. Les pannes techniques ainsi que les aléas environnementaux des trajets de ces engins occasionnent souvent l'arrêt du trafic. Tous ces facteurs engendrent une rupture du bon suivi des malades.

II-1-5 Le coût du transport

Tableau IV : Le transport aller-retour au site

Coût du transport	Fréquence absolue	Fréquence relative
Inférieur à 1000F	05	10,8 %
1000F-5000F	39	82,9 %
Supérieur à 5000	03	6,3 %

Source : Enquête sur les PDV à Ayamé. Mémoire MBA/GSS 2015-2016

Plus de trois-quarts de nos patients enquêtés (82,9 %) payent en moyenne entre 1000F et 5000F CFA comme frais de transport pour se rendre au site de PEC.

Ce qui sous-entend que le coût du transport est mensuel. Or la majeure partie des patients sont sans revenu fixe. Ce facteur devient alors à un moment donné un véritable obstacle pour la régularité de leur suivi.

Cela peut être difficile de mettre en œuvre les recommandations de la Nouvelle Pharmacie de la Santé Publique de Côte d'Ivoire (NPSP-CI), disant que « la dotation en ARV aux PVVIH ne doit pas dépasser un mois ».

II-1-6 La durée du traitement

Tableau V : La durée d'évolution sous TARV

Durée	Fréquence absolue	Fréquence relative
Moins d' 1 an	09	19,1 %
1 à 5 ans	08	17 %
5 à 10 ans	29	61,8 %
Plus de 10 ans	01	2,1 %

Source : Enquête sur les PDV à Anyamé. Mémoire MBA/GSS 2015-2016

Un peu plus de la moitié des enquêtés sont sous TARV depuis plus de cinq ans. La prise des ARV se fait quotidiennement et selon les protocoles, elle peut se faire une, deux ou trois fois la journée. Après plusieurs années de suivi régulier, certains patients trouvent contraignant le fait d'avaler des médicaments tous les jours surtout que ce ne sont pas toujours des comprimés de petite taille (annexe 1 : photo Cp ARV). Ils commencent alors à manquer leur RDV et finissent par disparaître dans la nature et ce d'autant plus quand le patient est en bonne santé apparente.

II-1-7 L'accueil

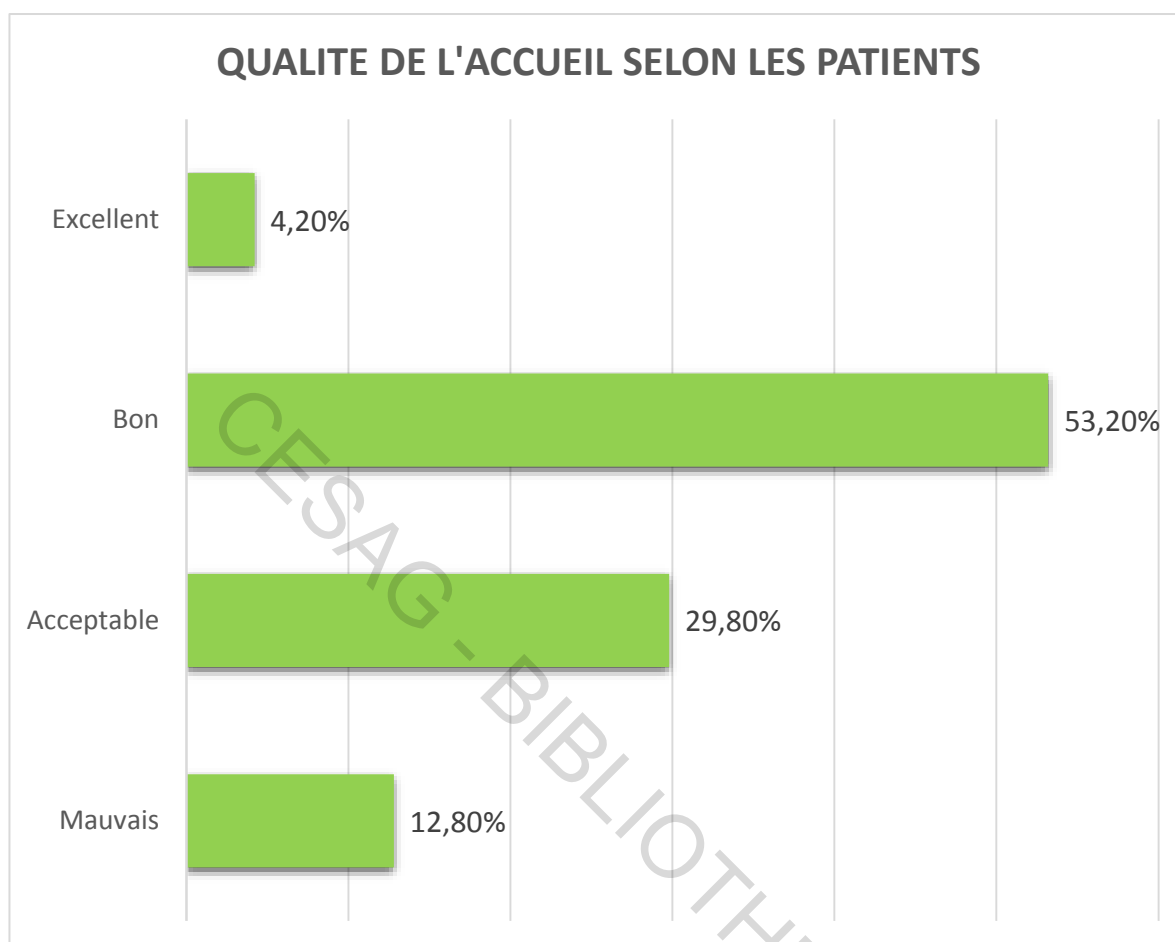


Figure 7: L'accueil des acteurs de PEC

Source : Enquête sur les PDV à Anyamé. Mémoire MBA/GSS 2015-2016

L'accueil ressort aussi parmi les problèmes évoqués par les patients comme un obstacle à leur régularité dans le suivi. En effet 12,8 % des patients déclarent être mal accueillis. Ce chiffre est probablement sous-estimé car certains patients ont répondu sans hésitation à cette question. D'autres ont clairement avoué en ces termes « *il y a un docteur qui crie sur nous lors de nos RDV. Je ne suis pas un enfant. Donc j'appelle l'autre docteur puisqu'ils sont deux et s'il est là je viens. Dans le cas contraire je ne viens pas même si mes médicaments sont finis et que ça doit faire des mois. Je sais que c'est pour ma propre santé. Quand tu as un souci tu ne peux pas lui expliquer de peur qu'il te parle mal* ».

II-1-8 Appréciation du circuit du patient par les patients

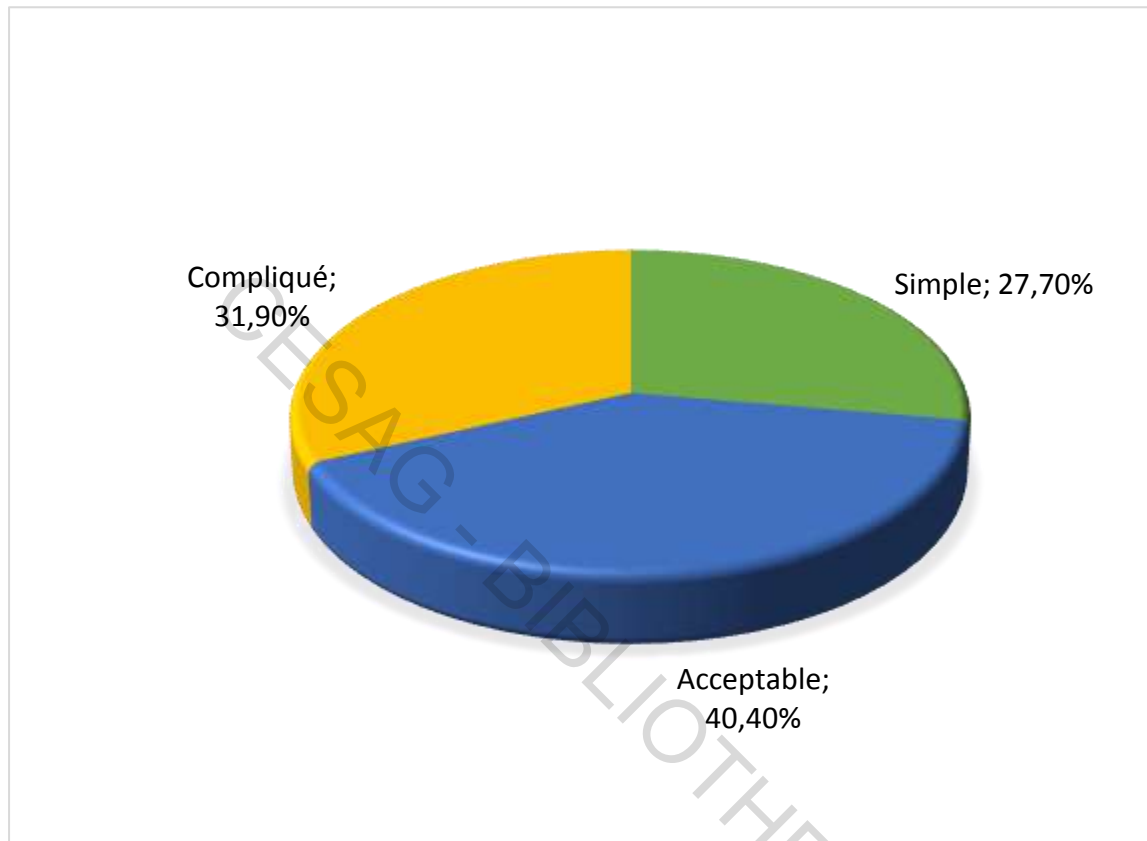


Figure 8: Avis des patients sur le circuit de leur RDV

Source : Enquête sur les PDV à Anyamé. Mémoire MBA/GSS 2015-2016

Différents services s'occupent de la PEC des patients à l'intérieur de la structure. Lors de sa visite de suivi, le patient passe dans ces différents services selon un ordre bien établi : c'est le circuit du patient (photo circuit patient).

Certains de nos patients enquêtés (31,9 %) trouvent le circuit trop compliqué et le disent en ces mots : « on passe dans trop de coins et ça fait que les gens te regardent ». Ils n'en parlent pas de peur de frustrer les acteurs de la PEC. Ils abandonnent alors un jour et ce circuit et ce centre.

II-1-9 Le temps d'attente

Tableau VI : Temps mis au centre

Temps	Fréquence absolue	Fréquence relative
Court	11	23,4 %
Long	29	61,7 %
Trop long	07	14,9 %

Source : Enquête sur les PDV à Anyamé. Mémoire MBA/GSS 2015-2016

Une grande proportion des patients (76,6 %) trouvent qu'ils mettent assez de temps pour parcourir le circuit de PEC.

Pour sa visite, le patient passe d'abord chez les conseillères communautaires pour une première étape qui va le conduire chez le médecin pour sa consultation clinique. A ce niveau, dans un souci d'éviter la stigmatisation (passer chez un médecin qui ne prend que les PVVIH), le malade intègre le rang général des patients venus en consultation pour tout autre motif. A la sortie de cette étape le patient se rend au laboratoire d'analyse s'il a des bilans à faire et ensuite à la pharmacie pour sa dotation en ARV. De là, il retournera en salle de conseil pour explication de la prise des ARV et la date du prochain RDV. N'étant pas seul, il se constitue une file d'attente de patients à chaque étape ; ce qui rend long le temps d'attente. Ce fait devient une source de découragement et de démotivation pour les PVVIH qui finissent par abandonner leur suivi.

II-1-10 La confidentialité du statut sérologique VIH

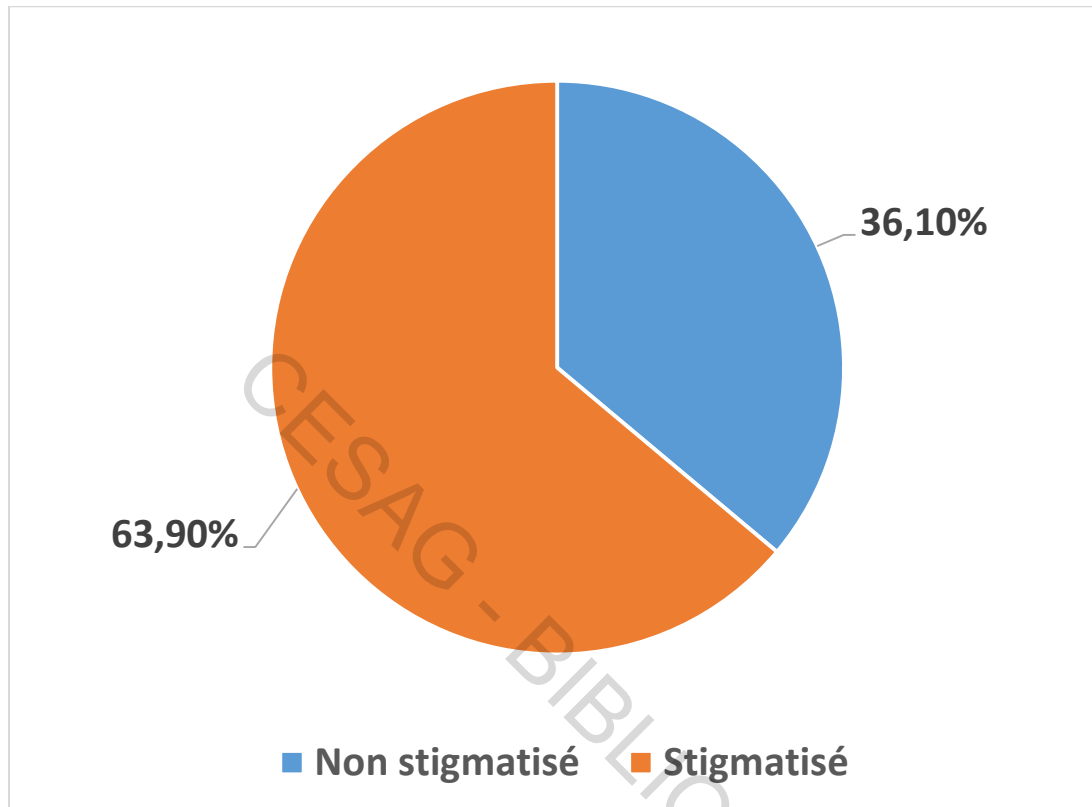


Figure 9 : Le vécu avec le statut VIH positif

Source : *Enquête sur les PDV à Anyamé. Mémoire MBA/GSS 2015-2016*

Certains patients (63,9 %) se plaignent d'une mauvaise gestion de la confidentialité quant à leur statut sérologique VIH. En effet, des personnes qu'ils croisent au centre lors de leur visite de suivi (personnel de l'hôpital et personnes visitant l'hôpital) ou des proches en famille divulgueraient leur statut sérologique VIH en communauté. Ils font alors l'objet de rejet social. Pour infirmer cette donnée et éviter d'être stigmatisé, le patient préfère arrêter la fréquentation du centre et abandonner alors sa PEC.

II-1-11. Autres facteurs explicatifs

D'autres causes pertinentes mais faibles par leur fréquence absolue ont été relevées au cours de l'étude. Il nous paraît donc opportun de les souligner. Il s'agit entre autres:

-Le désaccord d'un conjoint séro-ignorant : une patiente nous rapportait en ces termes « *mon mari dit que je ne suis pas malade et qu'il ne veut plus jamais me voir aller à l'hôpital pour prendre des comprimés. Donc je me cache pour venir à mon RDV à son absence quand il est là je ne peux pas venir* »

-la méconnaissance véritable de la maladie : « moi je ne sais pas que qu'on prend les médicaments là on ne doit pas sauter de jours », « *c'est quelle maladie on soigne depuis là ça ne finit pas moi je suis fatigué de prendre les médicaments* », « *je viens au RDV quand j'ai le temps* », « *Dr quand j'ai commencé à prendre médicament la ça allait. C'est à cause de ça je ne suis plus venue* » ; « *j'étais partir en voyage j'ai fait un an là-bas. C'est maintenant je suis venue* ».

II-2. PRESENTATION DES RESULTATS SELONS LES ACTEURS DE PEC

II-2- 1 : Répartition des 15 acteurs de PEC en fonction de l'ancienneté



Figure 10 : Ancienneté des acteurs de PEC

Source : *Enquête sur les PDV à Anyamé. Mémoire MBA/GSS 2015-2016*

46,67% des acteurs de PEC ont plus de 5 ans d'ancienneté, 20% ont moins 2 ans et 33,33% ont entre 2 et 5 ans. Ces résultats montrent que 53,33% des prestataires ont moins de 5 ans d'ancienneté dans le suivi des PVVIH. Cette situation pourrait déteindre sur la qualité de la PEC des patients vu le manque d'expérience de la plupart du personnel de PEC.

II-2-2: Répartition des prestataires ayant reçu une formation en PEC

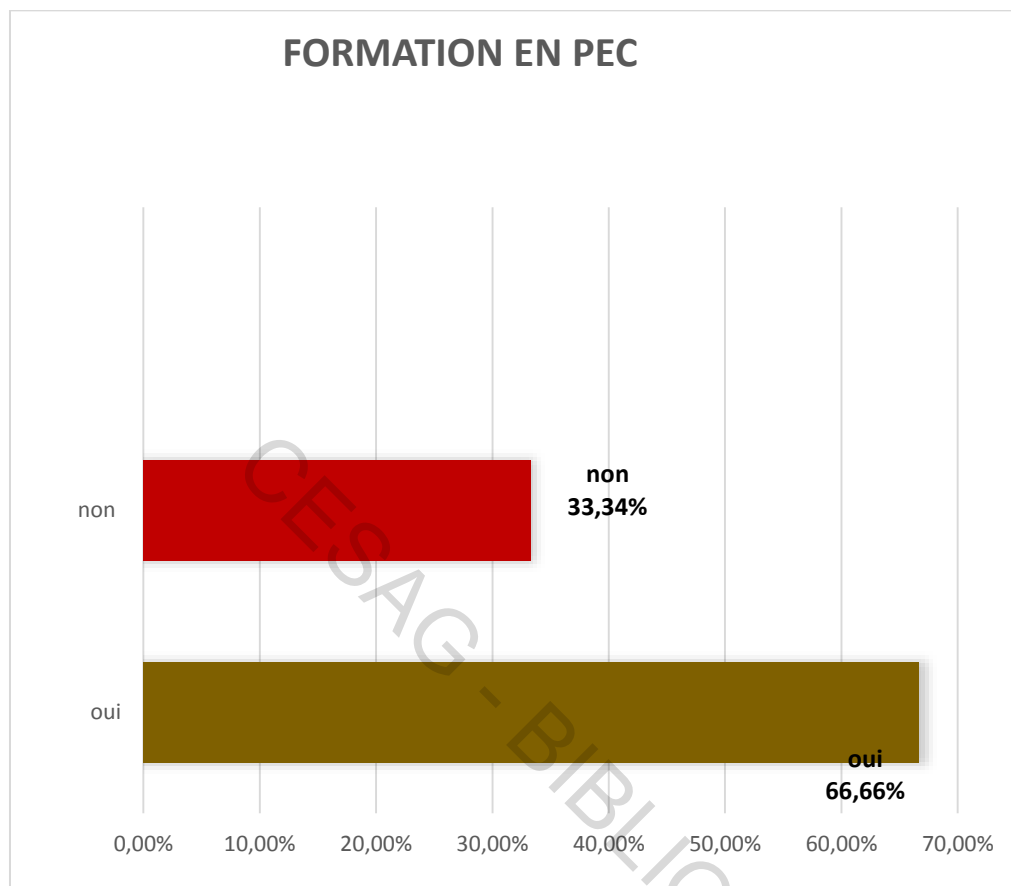


Figure 11 : Réponse des acteurs sur leur formation de PEC

Source : Enquête sur les PDV à Anyamé. Mémoire MBA/GSS 2015-2016

Tous les 15 acteurs de PEC qui ont répondu à nos questions, 10 soit 66,66% avaient reçu une formation sur la PEC contre 5 soit 33,37%. 7 sur les 10 ont reçu la formation il y a plus de 5 ans; ajouter aux 5 autres qui n'ont jamais reçu de formation nous avons 12 personnes qui doivent se recycler dans les nouvelles directives de PEC des PVVIH. D'autres ont clairement avoué en ces termes « nous avons vraiment besoin des formations de recyclage anciens comme nouveaux car il y a toujours de nouvelles recommandations concernant la PEC. Il faut pouvoir être au même titre d'information que tout le monde ».

II-2-3 Motif des plaintes reçues par les acteurs de PEC

Tableau VII: plaintes reçues par les acteurs de PEC

Modalité	Fréquence absolue	Fréquence relative
Manque de confidentialité	05	45,45
Accueil	04	36,36
Emplacement de la salle de dispensation	02	18,18

Source : *Enquête sur les PDV à Ayamé. Mémoire MBA/GS 2015-2016*

Sur un total de 11 plaintes reçues, le manque de confidentialité occupe la première place avec un score de 5 soit 45,45%. Le mauvais accueil représente le deuxième motif des plaintes avec un score de 4 soit 36,36% et l'emplacement de la salle de dispensation en dernière position avec un score de 2 soit 18,18%.

TROISIEME PARTIE

IDENTIFICATION DES CAUSES ET SOLUTIONS DE MISE EN OEUVRE

I-IDENTIFICATION ET PRIORISATION DES CAUSES

I-1. Identification des causes

Pour l'identification des causes, le diagramme de causes à effets de Kaoru Ishikawa (1915-1989) appelé aussi diagramme arrêt de poisson ou encore le diagramme des 5M a rendu possible la mise en évidence des causes des perdus de vue.

Classiquement, les causes sont regroupées en famille selon la méthode dite des 5M comme suit :

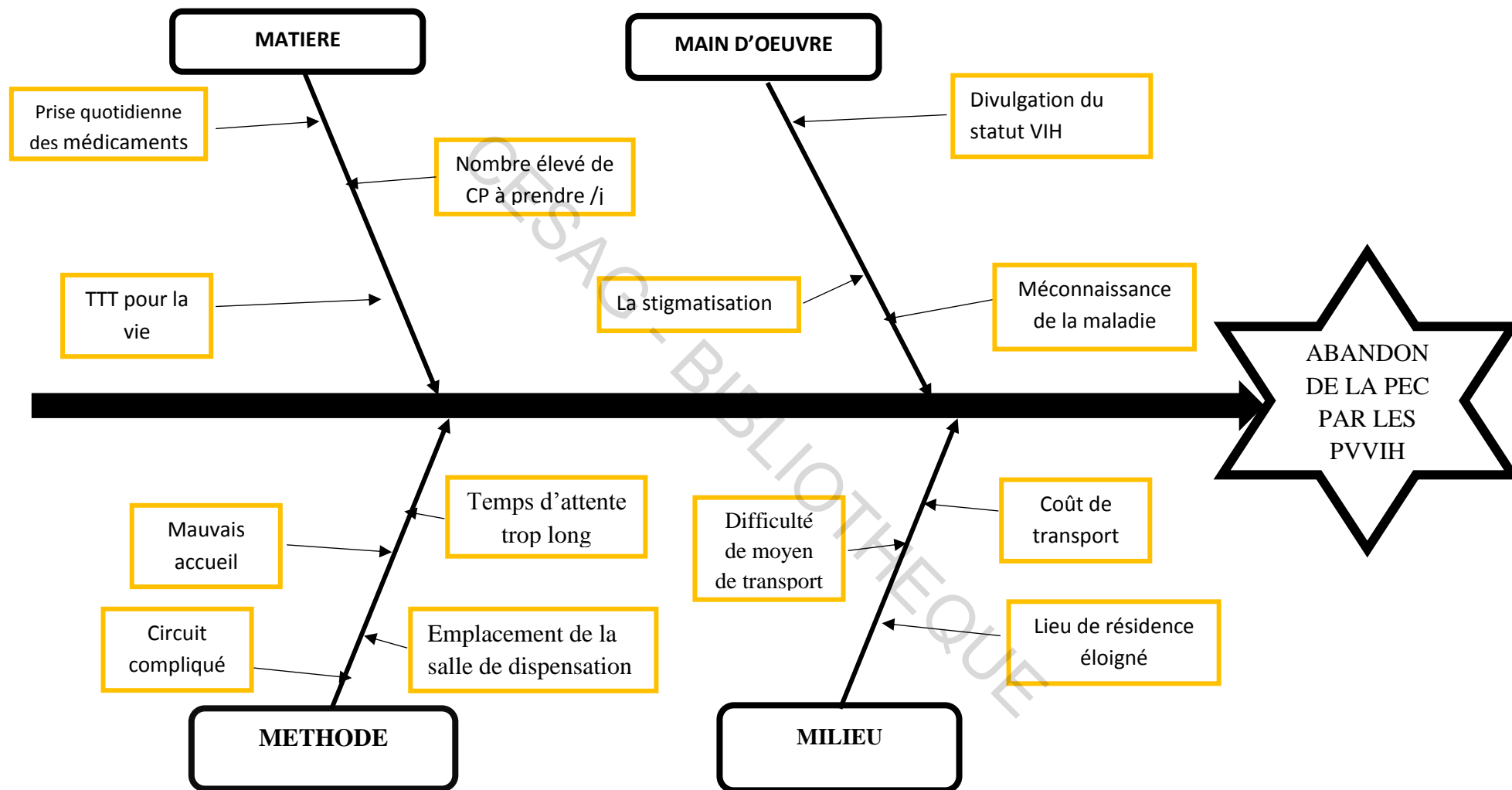
- Matériel : tout ce qui est un investissement (machines, installations, véhicules, appareils),
- Main d'œuvre : tout ce qui est lié à l'action humaine (compétence, management, usagers, formation, fournisseur, motivation),
- Méthode : tout ce qui est lié à l'organisation (procédures, protocoles, modes, opérations, règlements, processus),
- Matière : tout ce qui est consommable (les matières premières, papier, eau)
- Milieu : l'environnement physique et humain pouvant influencer sur le projet (infrastructures, espaces, température).

Une adaptation du diagramme à notre étude nous donne les renseignements suivants :

- Main d'œuvre : la mauvaise gestion de la confidentialité liée au VIH, la stigmatisation des PVVIH, la méconnaissance de la maladie (mauvaise gestion du statut VIH)
- Méthode : mauvais accueil de certains acteurs de PEC, circuit du patient compliqué temps d'attente trop long (difficultés rencontrées sur le site de PEC)
- Matière : prise quotidienne des ARV, nombre élevé de comprimés à prendre par jour, TTT pour la vie (obstacles liés au traitement)
- Milieu : lieu de résidence éloigné, difficulté de moyens de transport, coût de transport élevé (accessibilité au site de PEC).

Le cinquième « M » (Matériel) n'a pas été pris en compte dans ce diagramme car il n'y a pas de causes qui lui sont afférentes

Figure 12 : Diagramme d'ISHIKAWA



Source : Cours résolution des problèmes

En fonction des résultats du diagramme d'Ishikawa, les raisons qui pourraient expliquer l'abandon du TTT par les PVVIH sont les suivantes :

- les difficultés rencontrées sur le site de PEC
- les obstacles liés au TTT
- l'accessibilité au site de PEC
- la mauvaise gestion du statut VIH positif

I-2. La priorisation des causes

Pour la priorisation des causes, nous avons associé les acteurs de PEC de l'hôpital général ainsi nous avons

01 -médecins,

02 -sages-femmes,

03 -conseillères communautaires,

01 -dispensateurs des ARV,

01 -stagiaire.

Les critères de cotation sont l'ampleur (le nombre de personnes qui vivent le problème), la gravité (à quel degré la cause engendre-t-elle des perdus de vue ?), la solvabilité (les possibilités de solutions).

Ces critères sont notés de 1 à 5 selon leur importance ; ainsi avons-nous:

1 quand le problème est jugé moins fréquent, moins grave, difficilement solvable et 5 quand il est grave, fréquent et la mise en œuvre de la solution est facile. La cause ayant le plus grand score sera retenue et les solutions recherchées seront fonction de celle-ci.

Tableau VIII : Matrice de causes

Causes	Ampleur	Gravité	Solvabilité	Score	Rang
les difficultés sur le site de PEC	3	3	4	10	2 ^{ème}
les obstacles liés au TTT	3	3	1	7	4 ^{ème}
l'accessibilité au site de PEC	3	3	2	8	3 ^{ème}
la mauvaise gestion du statut VIH positif	4	5	3	12	1 ^{er}

Source : Enquête sur les PDV à Ayamé. Mémoire MBA/GS 2015-2016

Ces causes ont été soumises à la validation pour priorisation.

Celles ayant obtenu le plus grand score sont retenues et les solutions recherchées seront fonction de celles-ci.

Tableau IX: Hiérarchisation des causes par ordre de fréquence décroissante

Causes	Fréquence absolue	Fréquence en %	Fréquence cumulée en %
la mauvaise gestion du statut VIH positif	12	32,43	32,43
les difficultés sur le site de PEC	10	27,02	59,45
l'accessibilité au site de PEC	8	21,62	81,07
les obstacles liés au TTT	7	18,92	100
TOTAL	37	100	

Source : Enquête sur les PDV à Ayamé. Mémoire MBA/GS 2015-2016

La grille de lecture a ainsi permis de distinguer par ordre ces causes.

✓ Validation des causes principales

Après avoir hiérarchisé les causes il faut choisir celles que nous allons résoudre en premier.

Pour cela nous disposons d'un outil graphique : « le diagramme de Pareto ».

Il permet de visualiser l'importance relative des différentes causes d'un problème et à avoir une même vision des priorités.

Pour cela, nous avons affecté dans l'ordre une lettre correspondant à chaque cause, que nous reportons sur le diagramme de Pareto.

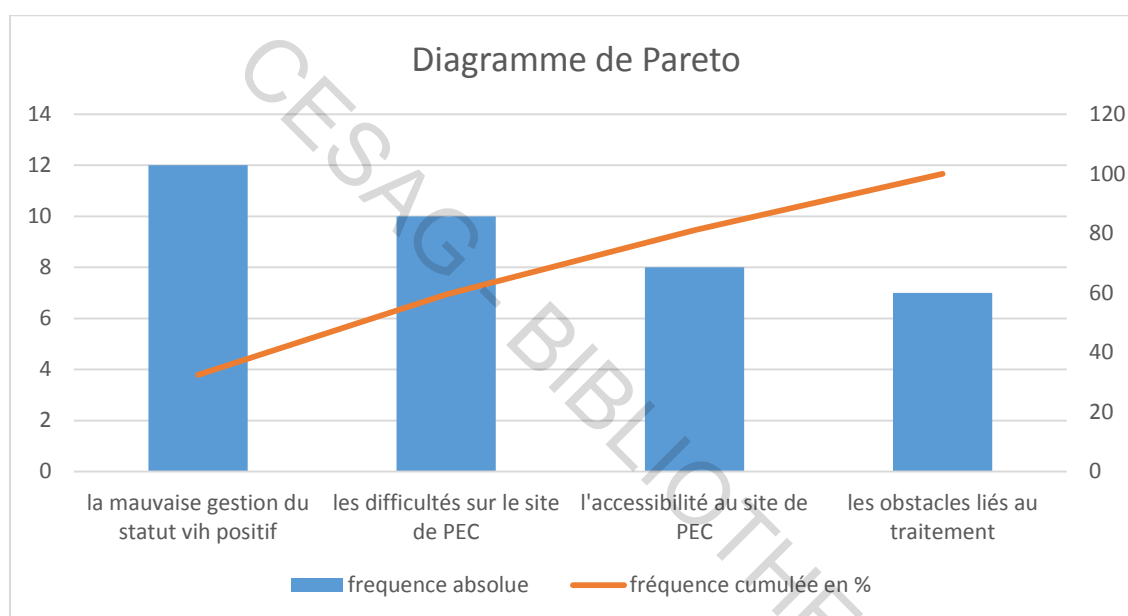


Figure 13: Diagramme de Pareto

Source : *Enquête sur les PDV à Anyamé. Mémoire MBA/GSS 2015-2016*

Nous constatons que les scores attribués aux causes, obéissent sensiblement à la loi de Pareto « 80/20 », qui stipule que dans bien des cas, 80% de l'effet résulte de 20% des causes. En appliquant cette loi à notre étude, nous remarquons que plus de 80% du problème sont dus à deux causes principales qui correspondent à **la mauvaise gestion du statut VIH positif** et **les difficultés sur le site de PEC** sur lesquelles il faudra agir en premier. Ces deux zones corroborent avec la hiérarchisation des causes par ordre de fréquence décroissante.

Cette démarche a abouti à l'identification de deux principales causes, dont la résolution pourrait contribuer à améliorer la réduction du nombre de perdus de vue. Il s'agit de la mauvaise gestion du statut VIH positif et les difficultés sur le site de PEC. Selon le diagramme d'Ishikawa la

mauvaise gestion du statut VIH comprend la divulgation du statut VIH positif, la méconnaissance de la pathologie VIH ; le tout aboutissant à la stigmatisation.

Les difficultés sur le site de PEC, quant à elles regroupent: le mauvais accueil, le circuit compliqué, le temps d'attente trop long et l'emplacement de la salle de dispensation des ARV.

II- IDENTIFICATION ET ANALYSE DES SOLUTIONS

II-1. La revue de la littérature

Les recherches menées dans le cadre de cette étude ont permis de connaître différentes solutions envisagées dans d'autres contextes. Nous allons présenter et analyser quelques modèles de PEC effectués par certains auteurs.

Pour diminuer la discrimination des PVVIH, il est nécessaire d'agir sur les représentations des personnes non concernées. La situation actuelle est nuisible pour les individus et préjudiciable à la collectivité. D'où la nécessité d'informer, d'échanger, d'ouvrir le débat, en dehors des milieux spécialisés, sur le VIH et sur les personnes atteintes par ce virus [37].

- ❖ Ainsi, L'OIT n'est pas en marge de cette réalité et s'est penchée sur la question par l'élaboration d'articles : (*Le code de l'OIT sur le VIH/SIDA et le monde du travail*)

Nous retenons les articles 2, 6, 7, 8, 9 et 10 comme solutions pour maintenir les PVVIH dans les soins :

- 2. La non-discrimination : il ne devrait pas avoir de discrimination ni de condamnation envers les travailleurs séropositifs ou soupçonnés de l'être. La discrimination et la stigmatisation des personnes vivant avec le VIH/SIDA sont un frein à l'effort de promotion de la prévention de la maladie.
- 6. Le dialogue social: des politiques et programmes fructueux en matière de VIH/SIDA demandent coopération, confiance et dialogue entre employeurs, travailleurs et gouvernements.
- 7. Confidentialité: L'accès aux informations relatives aux PVVIH doit être régi par les règles de confidentialité telles que définies par le code de l'OIT (38)

- 8. Continuer les rapports d'emploi : L'infection par le VIH ne doit pas être la cause d'un licenciement. Les personnes ayant des maladies liées au VIH/SIDA doivent être encouragées à travailler tant qu'elles sont en forme et dans les conditions appropriées.
 - 9. L'infection au VIH peut être prévenue: favoriser un climat pour la prévention en incluant l'information, l'éducation, le changement des attitudes et de comportement. *Manuel de formation de l' sur la convention collective.*
 - 10. Soins et assistance: La solidarité, le soin et l'assistance doivent guider la lutte contre le VIH/SIDA afin de permettre l'intégration facile des PVVIH. Dans le programme sur le VIH/SIDA, la prévention, le soin et le traitement doivent être considérés comme un tout et non comme des éléments séparés. L'accès au traitement favorise la participation au test volontaire. (Voir les autres articles en annexe).
- ❖ Au Burkina Faso, à l'instar d'autres pays fortement touchés par l'infection, l'ampleur de l'épidémie a été accompagnée de la désignation de certains groupes tels que les femmes, les professionnelles du sexe, les routiers comme des « groupes à risque », ce qui a entraîné la stigmatisation et la discrimination de ces groupes et de ces personnes. Le recours devant cet état des faits était la création d'associations intégrant des PVVIH. Ainsi, à Bobo-Dioulasso le recours aux associations est motivé chez les PVVIH par la recherche d'une aide matérielle, et ce n'est souvent qu'après s'être préoccupé de soutien matériel que le séropositif découvre les avantages du recours psychologique. Ces associations avaient pour but d'apporter un soutien aux enfants et aux familles affectées par le VIH/SIDA dans le souci de permettre et/ou de maintenir leur insertion dans leur communauté d'origine. Ce soutien prend différentes formes : conseil, soutien socio-économique, soutien juridique, aide au développement économique par le soutien d'activités génératrices de revenus [39].
- ❖ Dans son mémoire de fin de cycle au CESAG, Akossi Yves EHOUE a proposé les solutions suivantes face à **La réduction de la stigmatisation** à travers la prise en charge psychosociale avec le «Counselling - conseil ou co-conseil» comme pierre angulaire qui vise à conseiller, informer et assister pour induire un changement, soutenir face aux perturbations psychologiques et sociales, impliquer dans la communauté et prévenir l'extension de la maladie. Au plan technique, elle exige une implication et une approche à la démarche participative des populations, écoute attentive, pertinence et clarté des

réponses, précision des questions, respect de l'autre. Sensibilisation des médecins prescripteurs sur l'importance de la consultation pré test VIH pour permettre d'améliorer la prise en charge en cas de résultat positif et faire de sorte que le malade ne soit pas stigmatisé. Il faut également proposer des actions d'accompagnement le plus précocement possible afin de soutenir le patient dans les différentes étapes de l'annonce, de l'adoption de comportements de prévention sur le long terme et afin de garantir l'accès aux droits sociaux. (40)

- ❖ En Chine comme dans la plupart des régions du monde, les phénomènes de stigmatisation apparaissent comme des obstacles majeurs à la prévention de l'épidémie de VIH/SIDA. Il a été pertinemment noté que l'épidémie de stigmates qui accompagne le SIDA a finalement plus d'impact sur la société et la population dans son ensemble que la maladie même.

D'ailleurs, bien que la Chine se soit dotée de lois strictes interdisant la discrimination vis-à-vis des personnes vivant avec le VIH, le stigmate sévère auquel les patients sont associés et non la maladie reste le problème le plus urgent pour eux au stade la séropositivité asymptomatique.

Plusieurs organisations sociales œuvrent pour la cause des malades. Ces organisations sociales peuvent être classées en cinq catégories aux frontières parfois diffuses : les clubs et les salons réservés, les associations orientées vers les services *Government-Organised Non-Government Organisations* (GONGO), les centres de recherche, les réseaux et forums (GONGO), les institutions à vocation militante, informative, ou éducative [41]

II-2. Identification des solutions

A travers une démarche participative incluant les avis des PVVIH, du personnel soignant en charge des PVVIH et le personnel administratif une des causes majeures a été identifiée concernant les PDV. Et donc, dans une approche résolutive, différentes solutions ont été proposées :

- former tout le personnel soignant au code de déontologie médicale en insistant sur le secret professionnel et les peines qui lui sont affiliées
- intégrer les visites de suivi des PVVIH dans le circuit des consultations ordinaires

- déplacer la dispensation des ARV dans un cadre plus discret
- organiser mensuellement des groupes de parole des PVVIH en vue de partage d'expériences et connaissances et de sensibilisation
- proposer aux patients le transfert vers d'autres sites de PEC tout en mettant en exergue les difficultés (distance, moyens et coût du transport...)
- faire des sensibilisations amenant les communautés à ne plus voir le VIH comme une maladie de honte.

Après l'analyse des solutions, un choix sera porté sur les solutions considérées comme prioritaires qui une fois mises en application devront permettre d'améliorer l'ensemble des dysfonctionnements constatés dans la PEC des PVVIH.

II-3. Priorisation et choix de la solution

L'approche utilisée ici est celle impliquant tous les acteurs intervenants dans la PEC des PVVIH. L'objectif pour nous était de retenir une solution consensuelle mais qui soit pratique, peu onéreuse et facilement réalisable dans le temps.

Nous ferons l'analyse des solutions à travers un critère de pondération :

Le coût : Pas couteux = 5 Couteux = 3 Très couteux = 1

La faisabilité : Très faisable = 5 Faisable = 3 Difficilement faisable = 1

L'engagement des responsables : D'accord = 5 Indifférent = 3 Pas d'accord = 1

L'efficacité : Très efficace = 5 Efficace = 3 Pas efficace = 1

Tableau X : Priorisation et choix de la solution

Solutions possibles	Coût	Engagement des responsables	Faisabilité	Efficacité	Score	RANG
Former tout le personnel de PEC au code de déontologie médicale en insistant sur le secret professionnel et les peines qui lui sont affiliées	3	5	5	3	16	1 ^{ex}
Intégrer les visites de suivi des PVVIH dans le circuit des consultations ordinaires	5	3	3	3	14	3 ^{ex}
Déplacer la dispensation des ARV dans un cadre plus discret	3	5	3	5	16	1 ^{ex}
Organiser mensuellement des groupes de parole des PVVIH en vue de partage d'expériences et connaissances et de sensibilisation	3	5	3	3	14	3 ^{ex}
Proposer aux patients le transfert vers d'autres sites de PEC tout en mettant en exergue les difficultés (distance, moyens et coût du transport...)	5	1	5	1	12	5 ^{ème}
Faire des sensibilisations amenant les communautés à ne plus voir le VIH comme une maladie de honte.	3	3	3	1	10	6 ^{ème}

Source : Enquête sur les PDV à Anyamé. Mémoire MBA/GSS 2015-2016

La formation du personnel au secret professionnel et le déplacement de la dispensation des ARV dans un cadre plus discret ont été retenus comme solutions prioritaires.

III-PLAN DE MISE EN ŒUVRE DES SOLUTIONS

III-1. Justification des solutions retenues

L'approche collective impliquant tous les acteurs de la PEC des PVVIH nous a servi de base pour le choix de la solution. L'enjeu pour nous était de faire le consensus autour de la solution à retenir. Notre souci est que la solution soit pratique, réaliste et peu onéreuse et qu'elle puisse commencer dans un délai raisonnable et avec les soutiens des responsables.

Ainsi, de façon consensuelle, le groupe de travail a opté pour la formation des acteurs sur le secret professionnel ainsi que la relocalisation de la salle de dispensation des ARV dans un cadre plus discret ont été priorisées comme solutions. Le choix de la première solution trouve sa justification dans le fait que le secret professionnel est un aspect important, voire capital dans l'exercice du corps médical. La stigmatisation à l'égard des PVVIH rend légitime la discrétion dans leur prise en charge. Ce choix est partagé par l'ensemble des prestataires interrogés.

La deuxième solution vient en quelque sorte renforcer la première en ce sens que le secret professionnel ne saurait avoir un effet véritable si le local servant de salle de dispensation des ARV ne met pas les patients à l'abri des regards indiscrets. C'est fort de toutes ces raisons que le groupe de travail a choisi de mettre en œuvre de façon simultanée ces deux solutions

En effet, la divulgation de l'information et l'emplacement de la salle de dispensation des ARV constituent un tout et est à l'origine de la stigmatisation des patients. Former le personnel sans déplacer la salle de dispensation ne saurait résoudre le problème des PDV.

Mais il faudra par la suite veiller à mettre en œuvre les autres solutions dans l'objectif lointain afin d'améliorer le quotidien des PVVIH.

La mise en œuvre des deux solutions ne s'entremêlant pas dans la pratique, leur réalisation se fera conjointement dans le temps.

Dans le présent travail, nous nommerons :

- **Projet 1 : formation des acteurs de PEC**
- **Projet 2 : relocalisation de la dispensation des ARV**

III-2. Objectifs Général des projets 1 et 2

Contribuer à la réduction du nombre de PDV de 30% d'ici à avril 2017

III-3. Objectifs Spécifiques

- Elaborer un document de formation du 02 octobre 30 novembre 2016.
- Former les 15 acteurs de PEC de l'HGA au code déontologique et au secret professionnel du 05 décembre 2016 au 15 février 2017 2016.
- Relocaliser la salle de dispensation des ARV du 15 octobre 2016 30 janvier 2016

III-4. Résultats Attendus

R1 : Document de formation élaboré

R2 : les 15 acteurs de PEC sont formés au code déontologique et au secret professionnel

R3 : La salle de dispensation des ARV relocalisée

III-5. Activités

- ♦ R1-A1 : Elaboration du document de formation
- ♦ R2- A1 : identification des formateurs
- ♦ R2-A2 : identification et information des participants
- ♦ R2-A3 : Elaboration du calendrier de formation
- ♦ R1-A4 : Formation des participants
- ♦ R3-A1-Etat des lieux
- ♦ R3-A2 identification du local
- ♦ R3-A3 : Evaluation du coût des travaux d'aménagement
- ♦ R3-A4 : Exécution des travaux d'aménagement

III-6. Cadre logique

La planification opérationnelle dans le cadre de résolution de problème requiert :

- ♦ l'identification précise du problème
- ♦ la détermination des causes et solutions possibles

- ♦ le choix d'une solution réaliste et réalisable
- ♦ la disponibilité des moyens de résolution

Après donc notre solution consensuelle, nous allons maintenant élaborer un cadre logique et un plan d'action avec un chronogramme des activités nécessaires à sa mise en œuvre. Ce cadre déterminera la logique d'intervention selon deux étapes à savoir :

Logique verticale

- ✓ l'objectif général de l'intervention
- ✓ les objectifs spécifiques
- ✓ les extrants ou résultats
- ✓ les intrants ou activités

Logique horizontale

- ✓ les indicateurs objectivement vérifiables
- ✓ les moyens de vérification
- ✓ les conditions critiques ou facteurs externes que l'on ne maîtrise pas et qui conditionnent la réalisation du projet.

Tableau XI: Cadre logique des PROJET 1 et 2

	RESUME NARRATIF	INDICATEURS OBJECTIVEMENT VERIFIABLES	MOYENS DE VERIFICATION	CONDIIONS CRITIQUES
But	Contribuer à l'amélioration de la PEC des PVVIH suivies à l'Hôpital Général d'Ayamé	Le taux des perdus de vue a baissé	-Rapport d'activités -La cohorte	L'appui des partenaires financiers
Objectif Général	Contribuer à la réduction du nombre de PDV de 30% d'ici à avril 2017	Le nombre de PDV repris en charge	-Dossier patient -Rapport d'activité	-Volonté des acteurs -Disponibilité des RH et RM
Objectifs Spécifiques	OS1 : Elaborer un document de formation du 02 octobre au 30 novembre 2016.	Disponibilité du document de formation	Rapport d'activité	Disponibilité des ressources (RH, RM)
	OS2 : Former les 15 acteurs de PEC du 05 décembre 2016 15 février 2017	Nombre d'acteurs formé en PEC	Rapport de formation	-Disponibilité du formateur -Disponibilité des ressources financières
	OS3 : Relocaliser la salle de dispensation des ARV 15 du 15 octobre 2016 au 30 janvier 2017	La salle de dispensation est relocalisée	Visite des locaux	Volonté de la Direction
Résultats	R1 : Document de formation élaboré	Existence du document de formation	Rapport d'activité	Disponibilité des ressources (RH, RM)
	R2 : Les 15 acteurs de PEC de l'HGA formés au secret professionnel	Le nombre de personnels formés et compétents dans la PEC des patients	Rapport de formation	Disponibilité des formateurs
	Résultat 3: La salle de dispensation des ARV relocalisée	Disponibilité d'une nouvelle salle de dispensation des ARV	Visite des locaux	Volonté des autorités de la structure

Activités	R1-A1 : Elaboration du document de formation	Document élaboré	Rapport d'activité	Disponibilité des ressources
	R2-A1 : Identification des formateurs	Nombre de formateurs identifiés	Liste des formateurs répertoriée	Disponibilité des ressources
	R2-A2 : identification et information des participants	Nombre de participants identifiés et informés	Liste des participants répertoriée	
	R2-A3 : Elaboration du calendrier de formation	Calendrier de formation disponible	Rapport d'activité	Disponibilité de ressources matérielles
	R2-A4 : Formation des participants	Nombre de participants formés	Rapport de formation	Disponibilité des formateurs
	R3-A1 : Etat des lieux	Etat des lieux effectué	Rapport d'activité	Volonté des autorités de la structure sanitaire
	R3-A2 identification du local	Nouveau local identifié	Rapport d'activité	
	R3-A3 : Evaluation du coût des travaux d'aménagement	Estimation du coût des travaux	Rapport d'activité	
	R3-A4 : Exécution des travaux d'aménagement	Travaux exécutés	Visite des locaux	

Source : Enquête sur les PDV à Anyamé. Mémoire MBA/GSS 2015-2016

III -7. Plan opérationnel 1

Tableau XII : Plan opérationnel du PROJET 1

ACTIVITES	DEBUT	FIN	BUDGET	RESPONSABLE	Source de financement
Elaboration du document de formation	02 Oct. 2016	30 Nov.2016	500.000 FCFA	Consultant	Partenaires HGA
Identification des formateurs	05 Déc. 2017	26 Déc.2017	-	Directeur	-
Identification des participants	07 Janv. 2017	14 Janv. 2017	-	Surveillant Général	-
Elaboration du calendrier de formation	21 Janv. 2017	28 Janv. 2017	-	Surveillant Général	HGA
Formation des participants	10 Fév. 2017	15 Fév. 2017	299.600FCFA	Formateurs	Partenaires financiers

III-8. Plan opérationnel du projet 2

Tableau XIII : Plan opérationnel PROJET 2

ACTIVITES	DEBUT	FIN	BUDGET	RESPONSABLE	Sources de financement
Identification du local	15 Oct. 2016	21 Oct. 2016	-	Directeur et surveillant	-
faire l'état des lieux	09 Nov. 2016	20 Nov. 2016	-	Service maintenance	-
Evaluation du coût des travaux d'aménagement	08 Déc. 2016	22 Déc. 2016	-	Surveillant Général et service maintenance	HGA
Exécution des travaux d'aménagement	06 Janv. 2017	30 Janv. 2017	360.000 FCFA	Surveillant Général et service maintenance	HGA

Tableau XIV : Chronogramme des activités

Activités	Période						
	M1	M2	M3	M4	M5	M6	M7
Elaboration du document de formation							
Identification des formateurs							
Identification information des participants							
Elaboration du calendrier de formation							
Formation des participants							
identification du local							
faire l'état des lieux							
Evaluation du coût des travaux d'aménagement							
Exécution des travaux d'aménagement							

Source : Enquête sur les PDV à Ayamé. Mémoire MBA/GSS 2015-2016

III-9. Budgétisation des projets.

Les activités qui ne consomment pas de ressources n'ont pas été intégrées dans la budgétisation

Tableau XV : Budget de plan d'action projet 1

Rubriques	Nombres	Jours	P.U (prix unitaire)	Coût total
Elaboration du document de formation				500 000
Honoraires du consultant	-	-	-	500 000
Formation des participants				299 600
Per diem de formateur	01	06	30 000	180 000
Restauration des participants	16	06	1 000	96 000
Marqueurs	01	-	2000	2000
Papier padex	02	-	5000	10 000
Rames	01	-	2500	2500
Pause-café	17	06	500	5100
Attestation de participation	16	-	250	4000
Evaluation du coût des travaux d'aménagement				360 000
Peinture	02	-	25 000	50 000
Diluant	04	-	2500	10 000
Etagère	02	-	60 000	120 000
Bureau	01	-	70 000	70 000
Chaises de bureau	02	-	20 000	40 000
Main-d'œuvre	-	-	-	70 000
TOTAL BUDGET				1.159.600 FCFA

Source : *Enquête sur les PDV à Anyamé. Mémoire MBA/GSS 2015-2016*

Le présent budget est arrêté à la somme de 1.159.600 FCFA pour la période allant d'octobre 2016 à avril 2017.

IV. SUIVI ET EVALUATION

IV-1. Rappel

Le suivi et l'évaluation renseignent sur les informations qui peuvent être utilisées pour améliorer la gestion d'un programme et parvenir aux résultats attendus à court et à long terme.

IV-2. Le suivi et l'évaluation de la mise en œuvre des solutions

Pour mener à bien le suivi et l'évaluation, il est nécessaire de mettre en place un comité de suivi et d'évaluation pour apprécier l'état d'avancement de la mise en œuvre du plan d'action. Ce comité sera composé du surveillant général, du directeur, du point focal des activités de PEC du VIH/SIDA de HGA et du médecin chef de l'hôpital en vue d'établir des mécanismes de contrôle et de gestion de la qualité des activités prévues. Un suivi régulier est nécessaire pour garantir la mise en œuvre des interventions des objectifs fixés. L'évaluation du plan d'action nécessaire pour faire le bilan des actions menées en termes de résultats, de performance. Dans cette perspective, toutes les réalisations sont évaluées en fin d'activités, permettant d'observer les effets à court terme. L'évaluation d'impact sera réalisée au bout de deux ou trois ans pour vérifier si les résultats attendus ont été obtenus.

Aussi, le suivi de l'exécution se fera par les activités prévues dans le plan d'action. Pour chaque activité, il sera déterminé le statut de son avancement et la consommation des ressources. L'évaluation de la mise en œuvre de ces projets portera sur l'exécution des activités, la consommation des ressources et l'atteinte des résultats attendus ainsi que l'objectif spécifique.

Pour la durée très limitée de notre étude dans la structure, nous ne pouvons pas suivre et évaluer les activités jusqu'à leur mise en œuvre. Mais nous allons définir quelques indicateurs qui permettront de suivre et évaluer ce plan

Tableau XVI : Plan de mise en œuvre du volet suivi et évaluation

Indicateur	Méthode de calcul	Source de collecte	Niveau de collecte	Outil de collecte	Méthode de collecte	Fréquence de collecte
Le taux des perdus de vue a baissé	Nb de PDV revenus dans les soins / Nb total de PDV fois 100	-EDS -Registre de PEC -Dossiers patients	District sanitaire Communauté	Questionnaire	Enquête	Annuel
Le nombre de PDV repris en charge	Le nombre de PDV repris en charge	-Registre de PEC -Dossiers patients -Rapport d'activité	Structure sanitaire	Décompte	Enquête auprès des patients	Trimestriel
Document de formation élaboré	Disponibilité du document de formation élaboré	Rapport d'activité	Consultant	Décompte	Enquête	Trimestriel
Nombre de formateurs identifiés	Nombre de formateurs identifiés	Rapport d'activité	Structure de santé	Décompte	Enquête	Quinzaine
Nombre de participants identifiés et informés	Nombre de participants identifiés et informés	Rapport d'activité	Structure de santé	Décompte	Enquête	Quinzaine
Nombre de participants formés	Nombre de participants formés	Rapport de formation	Structure de santé	Décompte	Enquête	Quinzaine

Source : Enquête sur les PDV à Ayamé. Mémoire MBA/GSS 2015-2016

RECOMMANDATIONS

AUX AUTORITES SANITAIRES / PNL

- ✚ Faire un plaidoyer auprès de l'Etat et des partenaires techniques et financiers pour un soutien appréciable des ONG et des OCB qui sont impliquées dans les activités de lutte contre le Sida
- ✚ Créer et équiper des sites PEC du VIH/SIDA (centre multidisciplinaire) équipement des salles de counseling en matériels audiovisuels et support d'IEC
- ✚ Former et superviser régulièrement les agents exécutant les activités de PEC des PVVIH
- ✚ Solliciter les autorités politiques, religieuses, coutumières, administratives à soutenir les initiatives des PVVIH dans la lutte contre le VIH
- ✚ Organiser des ateliers annuels d'évaluation des activités de lutte contre le VIH au niveau communautaire

AUX PARTENAIRES TECHNIQUES ET FINANCIERS

- ✚ Financer les plans d'amélioration de la qualité de PEC des PVVIH
- ✚ Adhérer à la politique de l'implication des districts dans les activités sanitaires de lutte contre le sida en impliquant les ECD (équipe cadre du district) dans la mise en œuvre des activités
- ✚ Appuyer des micro-projets au profit des patients pour leur permettre de faire face à certains besoins (pouvoir payer le transport pour venir au site)

A LA DIRECTION DE L'HOPITAL GENERAL D'AYAME :

- ✚ -Faire un plaidoyer auprès des bailleurs pour le soutien des activités à base communautaire pour mieux éduquer la population sur la maladie afin de réduire la stigmatisation des malades
- ✚ solliciter l'apport des partenaires pour appuyer l'organisation régulière de la PEC
- ✚ Faire un plaidoyer auprès des leaders communautaires (élus locaux, guides religieux, chefs coutumiers) pour leurs appui aux activités de sensibilisation et de mobilisation sociale pour la lutte contre le VIH/SIDA
- ✚ Planifier avec le responsable du CDV ou le point focal des recherches actives systématiques des malades PDV

- ✚ Mettre en place une politique d'amélioration de la qualité de PEC en créant une équipe de qualité
- ✚ Délocaliser la salle de dispensation des ARV afin de permettre aux patients de s'acquiescer librement des ARV
- ✚ Organiser des groupes de parole pour les patients afin de mieux se sentir et pouvoir partager les expériences
- ✚ Renforcer les formations en counseling et au secret professionnel
- ✚ Former le personnel de PEC sur l'accueil et le secret professionnel

AUX ACTEURS DE PEC

- ✚ Convaincre le patient à accepter son statut et à adhérer au TTT
- ✚ Améliorer l'accueil des PVVIH en les considérant comme tout autre patient

AUX PATIENTS

- ✚ Faire l'effort de partager son statut VIH à son conjoint
- ✚ Respectez les RDV de suivi pour être toujours en bonne santé et laisser derrière soi les préjugés

CESAG - BIBLIOTHEQUE

CONCLUION

Le tabou du sida reste vivace en raison de la stigmatisation qu'il peut entraîner dans la famille et/ou au sein de la communauté. Les impacts de la stigmatisation et de la discrimination associés au VIH/sida sont cependant très perceptibles au niveau familial et au niveau individuel. Ainsi, on constate qu'au niveau familial le statut sérologique est très peu connu du fait de la stigmatisation.

Par ailleurs, une meilleure compréhension des raisons pour lesquelles les patients sortent du circuit de traitement permet de développer des stratégies et interventions de santé publique plus adaptées aux besoins des patients pour promouvoir la rétention dans le circuit de traitement. Cette étude a révélé qu'à l'hôpital général d'Anyamé, des facteurs spécifiques au patient mais aussi des facteurs liés au système de santé sont associés à la sortie du circuit de traitement. Ces résultats peuvent aider à améliorer les programmes et les activités au niveau des centres de prise en charge. Les efforts des partenaires pour la surveillance systématique des patients sous traitement ARV doivent inclure des activités visant à évaluer et documenter le devenir des patients perdus de vue dans la communauté afin de quantifier avec précision l'ampleur de la sortie du circuit de traitement et contribuer à un transfert efficace de ces patients vers leurs nouveaux centres de prise en charge. Les patients perdus de vue peuvent être suivis et localisés avec succès par les agents de santé communautaires qui travaillent dans les centres de prises en charge. Les programmes devraient inclure une composante communautaire à l'aide d'agents de santé communautaire avec des rôles clairement définis.

Le VIH/Sida a creusé plus profondément des clivages sociaux et économiques des communautés et des sociétés et il continue à élargir le fossé. Partout dans le monde, ceux qui sont les plus affectés sont des personnes et des communautés qui ont un accès limité aux droits sociaux et économiques fondamentaux. Les points de vue erronés sur le VIH et son traitement sont encore très répandus chez les PVVIH. L'éducation pour la santé par les communautaires ainsi que les pairs pourrait permettre de corriger ces croyances erronées afin de réduire la stigmatisation.

Une prise en charge dans de bonnes conditions, dans un esprit de civisme et altruisme fait remonter le moral du patient et l'aide à supporter le fardeau de sa maladie. Ainsi, un bon accueil

et une bonne intégration sociale du PVVIH l'aideront à mieux se sentir en sécurité et à avoir la confiance et la volonté de poursuivre son traitement.

CESAG - BIBLIOTHEQUE

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- 1- **Barre- Sinoussi F.** (1997) Le VIH : rappel virologique. *Impact-medicine*: 11-20
- 2- **Rapport ONUSIDA 2015.** Fiche d'information [www. www.unaids.org](http://www.unaids.org) who.org (19 consultation Septembre 2016)
- 3- **ONUSIDA,** Le Gap Report, 2014, disponible from: http://www.unaids.org/sites/default/files/en/media/unaids/contentassets/documents/unaidspublication/2014/UNAIDS_Gap_report_en.pdf (consultation 14 Septembre 2016)
- 4- **ONUSIDA,** Fiche d'information 2015, Statistiques mondiales, Journée mondiale de lutte contre le SIDA 2015. Disponible à l'adresse : <http://www.unaids.org/en/resources/campaigns/HowAIDSchangedeverything/factsheet> consultation 19 Septembre 2016)
- 5- **ONUSIDA,** Accélérer : mettre fin à l'épidémie de sida d'ici à 2030, ONUSIDA, 2014, disponible à l'adresse: http://www.unaids.org/fr/resources/documents/2014/fast_track
- 6- **Rosen S, Fox MP, Gill CJ.** Patient retention in antiretroviral therapy programs in sub-Saharan Africa: a systematic review (2007). *PLoS Med.* 2007; 4:e298.
- 7- **Sterne JAC, Hernan MA, Ledergerber B, Tilling K, Weber R, Sendi P, Rickenbach M, Robins JM, Egger M,** Swiss HIV Cohort Study (2005). Long-term effectiveness of potent antiretroviral therapy in preventing AIDS and death: a prospective cohort study. *Lancet*; 366:378-384.
- 8- **Egger M, May M, Chene G, Phillips AN, Ledergerber B, Dabis F, Costagliola D, D'arminio Monforte A, De Wolf F, Reiss P, Lundgren JD, Justice AC, Staszewski S, Leport C, Hogg RS, Sabin CA, Gill MJ, Salzberger B, Sterne JA** (2002). Prognosis of

HIV-1-infected patients starting highly active antiretroviral therapy: a collaborative analysis of prospective studies. *Lancet*. 360:119–129.

9- Rapport atelier de validation de données VIH de la région sanitaire du SUD-COMOE (CI) : T1, T2, T3 et T4 (2015).

10- Akattia, E. (2010). Analyse du profil épidémiologique des patients VIH sous traitement déclarés perdus de vue dans le district sanitaire d'Abobo-Ouest. Mémoire de stage. Ecole Nationale de Statistique et d'Economie Appliquée. Septembre 2010.

11- Losina E, Toure H, Uhler LM, Anglaret X, Paltiel AD, Balestre E, et al (2009). Cost-effectiveness of preventing loss to follow-up in HIV treatment programs: a Côte d'Ivoire appraisal. *PLoS Med*. 2009.

12- Institut national de la Statistique : Recensement Général de la Population et de l'Habitat 2014 (RGPH 2014).

13- Institut National de la Statistique : Enquête sur le niveau de vie des ménages en Côte D'Ivoire (ENV 2015)

14- République de Côte d'Ivoire Ministère de la santé Publique et de la Lutte contre le Sida (MSLS), Arrêté N°028/MSP/CAB du 08 février 2002 (Côte d'Ivoire)

15- République de Côte d'Ivoire MSLS, Données administratives DIEM 2011(Côte d'Ivoire)

16- République de Côte d'Ivoire MSLS, Arrêté n°09/MSLS du 02 février 2012 portant liste des DRSLs (Côte d'Ivoire)

17- République de Côte d'Ivoire, Arrêté n° 08/MSLS du 02 février 2012 portant liste des DDSLS (Côte d'Ivoire)

18- Ministère de la Santé et de la Lutte contre le SIDA (Côte d'Ivoire 2012): Plan National de Développement Sanitaire 2012 – 2015 (PNDS 2012-2015).

19- République de Côte d'Ivoire (MSLS) .Rapport DIPE 2014

20- République de Côte d'Ivoire (PNLS). Directives 2015 de Prise En Charge des Personnes Vivant avec le VIH : Programme National de Lutte contre le Sida

21- WHO. Consolidated guidelines. *The use of antiretroviral drugs for treating and preventing HIV infection. Recommendations for public health approach.* June 2013

22- World Health Organisation. Guidelines on post-exposure prophylaxis for HIV and the use of co-trimoxazole prophylaxis for HIV-related infections among adults, adolescents and children: recommendations for a public health approach. December 2014 supplement to the 2013 consolidated guidelines on the use of antiretroviral drugs for treating and preventing HIV infection. 2014

23- République de Côte d'Ivoire, Arrêté N° 213/CAB/MSHP/du 20 Août 2008 (Côte d'Ivoire)

24- Dahab M, Charalambous S, Hamilton R, et al (2008). "That is why I stopped the ART": patients' and providers' perspectives on barriers to and enablers of HIV treatment adherence in a South African workplace programme. *BMC Public Health.* 2008; 8: 63.25, Number 1, 2011.

25- Miller CM, Ketlhapile M, Rybasack-Smith H, Rosen S (2010). Why are antiretroviral treatment patients lost to follow-up? A qualitative study from South Africa. *Trop Med Int Health* 15 Suppl 1: 48-54. doi:10.1111/j.1365-3156.2010.02514.x. *PubMed:* 20586960.

26- Brinkhof MW, Pujades-Rodriguez M, Egger M (2009) Mortality of patients lost to follow-up in antiretroviral treatment programmes in resource-limited settings: systematic review and meta-analysis. *PLoS ONE* 4: e5790. doi: 10.1371/journal.pone.0005790.

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

- 28- Hartzell, J.D., Janke, I.E., & Weintrob, A.C.** (2008). Impact of depression on HIV outcomes in the HAART era. *Journal of Antimicrobial Chemotherapy*, 62, 246-255.
- 29- Cornell, M., Myer, L., Kaplan, R., Bekker, L.G. & Wood, R.** (2009). The impact of gender and income on survival and retention in a South African antiretroviral therapy programme. *Tropical Medicine and International Health*, 14(7), 1-10.
- 30- Larson, B.A., Brennan, A., McNamara, L., Long, L., Rosen, S., Sanne, I., & Fox, M.P.** (2010). Early loss to follow up after enrolment in pre-ART care at a large public clinic in Johannesburg, South Africa. *Tropical Medicine and Health*, 15(Suppl 1), 43-7.
- 31- Reid, S.E., Mulenga, L.B., Folk, W.R., Tambatamba, B.C., & Chi, B.H.** (2008). Abandonment of antiretroviral therapy: a potential barrier to scale-up in sub-Saharan Africa. *South African Medical Journal*, 98(6), 448-50.
- 32- Dahab M, Kielmann K, Charalambous S, Karstaedt A, Hamilton R, LaGrange L et al.** (2011). *Contrasting Reasons for Discontinuation of Antiretroviral Therapy in Workplace and Public-Sector HIV Programs in South Africa*. AIDS PATIENT CARE and STDs, Volume.
- 33- Tanoh K, Arrivé E, Dicko F, Amghar H, Aka AE, Dior H, et al.** (2012) HIV Status Disclosure and Retention in Care in HIV-Infected Adolescents on Antiretroviral Therapy (ART) in West Africa. *PLoS ONE* 7(3): e33690. doi:10.1371/journal.pone.0033690.
- 34- ONUSIDA** (2010). Zéro infection à VIH, Zéro discrimination, Zéro décès lié au sida. Rapport mondial sur l'épidémie du sida. Rapport mondial : Rapport ONUSIDA sur l'épidémie mondiale de sida 2010.
- 35- Ministère de la Santé et de la Lutte contre le SIDA de la Côte d'Ivoire** (2009). Rapport VIH 2009.
- 36- Rapport de PEC des PVVIH à l'Hôpital Général d'Anyamé** (Côte d'Ivoire) Juin 2016.

37- Mailland M, VIH : Discrimination, Représentation. Association Le TIPI (Tous Impliqués Pour Innover)

38- Le code de l'OIT sur le VIH/SIDA et le monde du travail.

www.ilo.org/public/english/protection/trav/aids/ (23 Août 2016)

39- OUATTARA F. Les associations de personnes séropositives et la gestion du risque de stigmatisation à Bobo-Dioulasso (Burkina Faso) ; VIH/SIDA stigmatisation et discrimination: Une approche anthropologique. Actes de la table ronde organisée le 29 novembre 2002 à l'UNESCO - Paris

40- AKOSSI Y O. Contribution à la réduction de la stigmatisation et de la discrimination associée au VIH. Cas du projet Fonds Mondial de renforcement de lutte contre le VIH/ sida conduit par l'ANCS et mis en œuvre par les ONG Enda- Santé et HACI du Sénégal. 2008

41- MICOLLIER E. Phénomènes de stigmatisation dans une population chinoise confrontée au VIH/SIDA : vers une collaboration entre réponses officielles et société civile. VIH/SIDA stigmatisation et discrimination: une approche anthropologique. Actes de la table ronde organisée le 29 novembre 2002 à l'UNESCO - Paris

ANNEXES

ANNEXE 1 : Comprimés ARV



ANNEXE 2 : Hôpital général d'Ayamé



Hôpital général d'Ayamé (photo1)



Service de médecine et de chirurgie (photo 2)

ANNEXE 3 : Laboratoire et équipements



Service de laboratoire d'analyses biologiques (photo 1)



Automate de CD4 (BECTON DICKINSON FACSCOUNT) (photo 2)

ANNEXE 4 : Bureau CDV (1)



ANNEXE 5 : Bureau CDV (2)



ANNEXE 6 : FICHE D'ENQUETE

A-DONNEES RELATIVES AUX MALADES

I-SEXE

M

F

II-AGE

Moins de 15ans

15-40 ans

40-60 ans

60 plus

III-SITUATION MATRIMONIALE

Marié (e)

Veuf (ve)

Divorcé

célibataire

Vie en couple

IV-SITUATION SOCIO –PROFESSIONNEL

Fonctionnaire

Sans emploi

Profession libérale

V-LIEU DE RESIDENCE

Dans la Commune
préfecture

Dans le District

Dans la sous-

Sanitaire

Hors du District Sanitaire

VI-MOYENS DE TRANSPORT

Véhicules A Pied Engin à 2 ou roues Pirogues

COÛT MOYEN DE TRANSPORT : ALLER-RETOUR AU SITE DE PEC

Moins de 1000F 1000F- 5000F Supérieur à 5000F

VII-DEPUIS QUAND DURE VOTRE TRAITEMENT ARV ?

Moins d'un an 1-5ANS Supérieur à 5ans

VIII-APPRECIATION DES RDV MENSUELS PAR LES PATIENTS

Acceptable Trop rapproché

B- DONNEES RELATIVES AU SITE DE PRISE EN CHARGE

I-ACCUEIL PAR PERSONNEL

Mauvais Acceptable Bon Excellent

II-CIRCUIT DU PATIENT

Simple Acceptable Compliqué

III-TEMPS MIS AU CENTRE

Court Long Trop Long

*

IV-GESTION DE LA CONFIDENTIALITE DU STATUT SEROLOGIQUE VIH

Mauvais Bonne

V- QUESTIONNAIRE ADRESSE AUX ACTEURS DE PEC

Profession

Médecin sage-femme conseillère communautaire

Ancienneté

Moins de 2ans 2 à 5 ans supérieur à 5 ans

Rencontrez-vous des difficultés dans la PEC de vos patients PVVIH ?

Oui Non

Si oui lesquelles ?

Non-respect des RDV par les patients inobservance thérapeutique

Autres

Si autre, préciser

.....
.....
.....

Etes-vous formés à la PEC des PVVIH ?

Oui Non

Avez-vous déjà reçu des plaintes venant des patients ?

Oui Non

Si oui, quel était le motif de ces plaintes :

Manque de confidentialité problème lié à l'accueil

Disposition de la salle de dispensation des ARV Autre

Si autre précisez.....
.....

Avez-vous été formés sur la PEC psychosociale des PVVIH ?

Oui

Non

Si oui, depuis combien de temps :

Moins de 5 ans

Plus de 5 ans

Quelles suggestions pouvez-vous faire pour améliorer la qualité de la PEC des PVVIH ?

.....

.....

.....

.....

CESAG - BIBLIOTHEQUE

ANNEXE 7 : ARTICLE L'OIT

❖ L'OIT n'est pas en marge de cette réalité et s'est penché sur la question par l'élaboration d'articles : *Le code de l'OIT sur le VIH/SIDA et le monde du travail*

1. *Le VIH/SIDA comme problème en milieu professionnel*: puisqu'il affecte les travailleurs, le lieu de travail peut jouer un rôle dans la limitation de la propagation et des effets de l'épidémie.
2. *La non-discrimination*: il ne devrait pas avoir de discrimination ni de condamnation envers les travailleurs séropositifs ou soupçonnés de l'être. La discrimination et la stigmatisation des personnes vivant avec le VIH/SIDA sont un frein à l'effort de promotion de la prévention de la maladie.
3. *L'égalité des sexes*: l'aspect genre devrait être reconnu, s'agissant du VIH/SIDA. Les femmes sont plus exposées à l'infection et sont le plus souvent plus affectées que les hommes, pour des raisons d'ordre biologique, socio-culturel et économique. Des rapports d'égalité entre les sexes et l'émancipation des femmes sont importants pour prévenir la propagation du VIH/SIDA et permettre aux femmes de faire face au VIH/SIDA.
4. *Un environnement de travail sain*: l'environnement de travail doit être sans danger, sain et adapté à l'état de santé et aux capacités des travailleurs.
5. *L'examen de dépistage pour cause d'emploi*: le diagnostic obligatoire ainsi que le Test de Dépistage ne doivent s'appliquer ni aux demandeurs d'emploi ni aux employés.
6. *Le dialogue social*: des politiques et programmes fructueux en matière de VIH/SIDA demandent coopération, confiance et dialogue entre employeurs, travailleurs et gouvernements.
7. *Confidentialité*: l'accès aux informations relatives à un travailleur séropositif doit être régi par les règles de confidentialité telles que définies par le code de l'OIT.
8. *Continuer les rapports d'emploi*: l'infection par le VIH ne doit pas être la cause d'un licenciement. Les personnes ayant des maladies liées au VIH/SIDA doivent être encouragées à travailler tant qu'elles sont en forme et dans les conditions appropriées.

9. *L'infection au VIH peut être prévenue*: favoriser un climat pour la prévention en incluant l'information, l'éducation, le changement des attitudes et de comportement. *Manuel de formation de l' sur la convention collective*.

10. *Soin et assistance*: la solidarité, le soin et l'assistance doivent guider la lutte contre le VIH/SIDA sur le lieu de travail. Dans le programme sur le VIH/SIDA, la prévention, le soin et le traitement doivent être considérés comme un tout et non comme des éléments séparés. L'accès au traitement favorise la participation au test volontaire. Tous les travailleurs ont droit à des soins médicaux abordables et aux avantages des systèmes légaux et professionnels [ref].

CESAG - BIBLIOTHEQUE

TABLE DES MATIERES

INTRODUCTION	1
PREMIERE PARTIE : ANALYSE SITUATIONNELLE ET CADRE THEORIQUE	4
I ANALYSE SITUATIONNELLE	5
I-1 CONTEXTE DE L'ETUDE	5
I-1-1. Données générales sur la Côte d'Ivoire	5
I-1-2. L'organisation du système de santé ivoirien	6
I-1-3. Politique de santé ivoirienne	8
I-1-4. Données de prévalence sur le VIH	10
I-1-5. Prise en charge du VIH/SIDA en CI	11
I-1-6. Choix et justification du site d'étude	13
I-1-7. Présentation de l'hôpital général d'Ayamé	13
I-1-7-1. Organisation et fonctionnement	15
I-1-7-1-1. La structure organisationnelle	15
I-1-7-1-2. Le Fonctionnement	15
I-1-7-1-3. Les Ressources humaines	16
I-1-7-1-4. Les activités menées	17
I-1-8. Analyse de l'environnement	17
I-1-8-1. Environnement interne	17
I-1-8-2. Environnement externe	17
I-1-9. Historique de la prise en charge des PVVIH à l'HGA	18
I-1-10. Le circuit du malade	19
II. CADRE THEORIQUE	19
II-1. PROBLEMATIQUE	19
II-1-1. La Formulation du problème	19

II-1-2. Définition des concepts -----	20
II-1-2-1. La prise en charge -----	20
II-1-2-2. La réduction des perdus de vue -----	21
II-1-3. L'ampleur du problème -----	22
II-1-4. Conséquences du problème -----	22
II-1-5. Intérêt de l'étude -----	23
II-1-6. Objectifs de recherche -----	23
II-1-6-1. But de l'étude -----	23
II-1-6-2. Objectif général -----	23
II-1-6-3. Objectifs spécifiques -----	24
DEUXIEME PARTIE : METHODOLOGIE ET RESULTATS -----	25
I. METHODOLOGIE -----	26
I-1. Le type d'étude -----	26
I-2. La population de l'étude -----	26
I-3. Echantillonnage -----	26
I-4. La taille de l'échantillon -----	26
I-5. Critères d'inclusion -----	27
I-6. Critères de non inclusion -----	27
I-7. Méthode et outils de collecte des données -----	27
I-7-1. Méthode de collecte des données -----	27
I-7-2. Outils de collecte de données -----	27
I-8. Déroulement de l'étude -----	27
I-9. Dépouillement et traitement des données -----	28
I-10. Les limites et difficultés rencontrées au cours de l'étude -----	28
II- PRESENTATIONS RESULTATS -----	29
II-1- PRESENTATION DES RESULTATS SELON LES PATIENTS ENQUETES -----	29

II-1-1. La situation socio-professionnelle	29
II-1-2. Le niveau d'instruction	30
II-1-3. Le lieu de résidence	31
II-1-4. Les moyens de transport	32
II-1-5. Le coût du transport	33
II-1-6. La durée du traitement	34
II-1-7. L'accueil	35
II-1-8. Appréciation du circuit du patient	36
II-1-9. Le temps d'attente	37
II-1-10. La confidentialité du statut sérologique VIH	38
II-1-11. Autres causes	39
II-2. PRESENTATIONS DES RESULTATS SELON LES ACTEURS DE PEC	40
II-2-1. Répartition des acteurs en fonction de l'ancienneté dans la PEC des PVVIH	40
II-2-2. Répartition selon les prestataires formés à la PEC	41
II-2-3. Répartition selon le motif de plainte des patients	42
TROISIEME PARTIE : IDENTIFICATION DES CAUSES ET SOLUTIONS DE MISE EN ŒUVRE	43
I. IDENTIFICATION ET PRIORISATION DES CAUSES DU PROBLEME	44
I-1. Identification des causes	44
I-2. La priorisation des causes	46
II. IDENTIFICATION ET ANALYSE DES SOLUTIONS	49
II-1. La revue littéraire	49
II-2. Identification des solutions	51
II-3. Priorisation et choix de la solution	52
III. PLAN DE MISE EN ŒUVRE DES SOLUTIONS	54

III-1. Justification des solutions retenues	54
III-2. Objectif du projet 1 et 2	55
III-3. Objectifs Spécifiques	55
III-4. Résultats Attendus	55
III-5. Activités	55
III-6. Cadre logique	55
III-7. Plan opérationnel du projet 1	59
III-8. Plan opérationnel du projet 2	60
III-9. Budgétisation des projets	62
IV. SUIVI ET EVALUATION	63
IV-1. Rappel	63
IV-2. Le suivi et l'évaluation de la mise en œuvre des solutions	63
RECOMMANDATIONS	65
CONCLUSION	68
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES	70