

REPUBLIQUE DE COTE D'IVOIRE

Union – Discipline – Travail



Ministère de la Santé et de la Lutte contre le Sida

**DETERMINANTS DE LA FAIBLE RETENTION DES
PROFESSIONNEL(LE) S DU SEXE SOUS ARV EN COTE
D'IVOIRE (RETARCI)**

RAPPORT DEFINITIF

Version du 14 juillet 2014



Table des matières

Table des matières	ii
Sigles et abréviations.....	iv
Liste des tableaux.....	v
Liste des graphiques	v
RESUME EXECUTIF	1
I- INTRODUCTION.....	5
1.1 Contexte de l'étude.....	5
1.2 Justification de l'étude.....	6
II- OBJECTIFS DE L'ETUDE	7
2.1. Objectif général	7
2.2. Objectifs spécifiques	7
III- METHODOLOGIE	8
3.1. Type d'étude.....	8
3.2. Sites d'étude	8
3.3. Sous-études.....	8
3.4. Définition des concepts	9
3.5. Population cible	9
3.6. Tailles d'échantillons et échantillonnage	10
3.7. Equipe de recherche	12
3.8. Déroulement des activités.....	12
3.9. Exploitation des données.....	13
IV- CONSIDERATIONS ETHIQUES.....	13
V- RESULTATS DE L'ETUDE	14
5.1 Incidence des PDV dans le groupe actif des patients en retard	14
5.2 Facteurs de risques pour devenir PDV	15
5.3 Composition du groupe des PDV	22
5.4. Raisons d'arrêt du traitement.....	23
5.5 Taux de récupération des PDV dans le groupe actif	26
5.6 Motivations de retour aux soins	27
5.7 Motivations d'auto transfert	29
5.8 Stratégies acceptables pour prévenir et pour rechercher les PS PDV	32

VI- DISCUSSIONS	34
VII- CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS	37
BIBLIOGRAPHIE.....	viii
ANNEXE 1 :Fiche de transcription sous-étude A	x
ANNEXE 2 :Fiche de renseignements sous-étude B	viii
ANNEXE 3 :Questionnaire pour les participants de la sous-étude C.....	x
ANNEXE 4 :Guide pour les entretiens qualitatifs (sous-étude C)	xviii
ANNEXE 5 :Fiche d'observation (sous-étude D)	xx
ANNEXE 6 :Guide pour les entretiens qualitatifs (sous-étude E)	xxi

Sigles et abréviations

ARV	Anti-Rétro Viral
TARV	Traitement Anti-Rétro Viral
CD4	Cluster of Differentiation 4
CNERCI	Comité National d’Ethique et de la Recherche de Côte d’Ivoire
EGPAF	Elizabeth Glaser Pediatric Aids Foundation, Fondation Elizabeth Glaser pour la lutte contre le SIDA Pédiatrique
ENSEA	Ecole Nationale Supérieure de Statistique et d’Economie Appliquée
FHI	Family Health International
IMT	Institut de Médecine Tropicale
MSM	Men who have Sex with Men
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
PDV	Perdue de Vue
PEC	Prise En Charge
PEPFAR	President’s Emergency Plan for AIDS Relief
PLS-PHV	Programme de Lutte contre le SIDA chez les Populations Hautement Vulnérables
PNPEC	Programme National de Prise en Charge Médicale des PVVIH, Côte d’Ivoire
PS	Professionnel (le) du sexe
PVVIH	Personne(s) Vivant avec le VIH
Quanti	(Etude) quantitative
Quali	(Etude) qualitative
RDV	Rendez-vous
SOP	Standard Operating Procedure (procédures standard opérationnelles)
URC	University Research Company
VIH	Virus d’Immunodéficience Humaine

Liste des tableaux

Tableau 1 : Type et méthodes des différents volets de l'étude principale et leurs liens avec les objectifs spécifiques de l'étude	9
Tableau 2: Répartition des patients en retard selon le type de cohorte et le site d'étude	14
Tableau 3 : Incidence cumulative des PDV parmi les patients en retard pour leur RDV selon le site d'étude.....	15
Tableau 4 : Facteurs sociodémographiques et incidence des PDV	15
Tableau 5 : Répartition des cas et témoins selon leurs caractéristiques sociodémographiques.	17
Tableau 6 : Répartition des cas et témoins selon les facteurs socioéconomiques	17
Tableau 7 : Répartition des cas et témoins selon le soutien social.	18
Tableau 8 : Répartition des cas et témoins selon le fait de partager son statut ou de se cacher pour prendre ses médicaments.....	18
Tableau 9 : Répartition des cas et témoins selon la disponibilité des médicaments et le fait de recevoir un support du centre de soins	19
Tableau 10 : Répartition des cas et témoins selon leur connaissance du VIH et des ARV.....	19
Tableau 11 : Répartition des cas et témoins selon le fait de continuer ou non le travail du sexe.....	20
Tableau 12 : Répartitions des cas et témoins selon la fréquence d'utilisation du préservatif.	21
Tableau 13 : Répartition (%) des PDV selon le montant des dépenses effectuées et le site de l'étude.	27

Liste des graphiques

Graphique 1 : PDV selon leur statut final après la recherche active	22
Graphique 2 : PDV par statut final après la recherche active et selon le site d'étude	22
Graphique 3 : PDV -Cas selon le motif d'arrêt du traitement	23
Graphique 4 : PDV- témoins selon les motifs probables d'arrêt du traitement.....	24

RESUME EXECUTIF

Introduction

La rétention des patients sous traitement anti-rétroviral (ARV) est un défi majeur dans les programmes ARV en Afrique subsaharienne. Les programmes ARV en Afrique ont retenu environ 60 % de leurs patients après deux ans. Plusieurs facteurs influencent la sortie des patients du circuit de soins, y inclus des facteurs structurels, sociaux, individuels et programmatiques. Les faibles taux de rétention des patients sous ARV sont devenus une préoccupation nationale si bien que le PNPEC a organisé un atelier de réflexion sur le sujet en 2011.

Le traitement ARV des professionnels du sexe (PS) peut jouer un rôle important dans la prévention du VIH et pourrait avoir un impact sur l'incidence du VIH dans la population générale. Augmenter la rétention chez les PS, à son tour, aura un impact sur l'incidence du VIH dans la population générale. D'où l'importance de la rétention et de l'adhérence des PS aux traitements ARV.

Une étude sur les facteurs influençant la sortie des patients vivant avec le VIH du circuit de soins en Côte d'Ivoire a été menée en 2013 par (PNPEC et URC). Or, cette étude n'a concerné que la population générale alors que les PS peuvent avoir d'autres facteurs qui influencent leur sortie du circuit de soins. Pour cette raison, cette étude a été réalisée par l'ENSEA, en collaboration avec l'Institut de Médecine Tropicale d'Anvers et le Ministère de la Santé et de la Lutte contre le SIDA, pour mieux comprendre les déterminants de la faible rétention des PS sous ARV en Côte d'Ivoire, l'étude RETAR-CI. Cette étude permettra également d'explorer des stratégies acceptables pour la prévention des PS PDV. Enfin, les résultats de cette étude vont donner des pistes pour de nouvelles orientations ou pour renforcer les interventions existantes pour la prévention et la recherche active des PS PDV.

Objectifs

L'objectif de cette étude était de mieux comprendre les raisons d'arrêt du traitement et identifier les stratégies acceptables de prévention des PS sous traitement ARV perdus de vues (PDV). De façon spécifique, il s'agit de déterminer :

- L'incidence des PDV au sein de la population des PS sous ARV
- Les facteurs de risques liés à la perte de vue des PS sous ARV
- La composition du groupe des PDV ;
- Les raisons d'arrêt du traitement ARV chez les PS ;
- Les motivations de retour aux soins ARV ;

Méthodologie

Pour atteindre les objectifs ci-dessus, une étude en multiples composantes a été réalisée. L'étude est multicentrique, composée de différentes sous-études (A à E) et utilise une méthode mixte (quantitative et qualitative).

Les participants ont été choisis d'une manière consécutive. Pour les sous-études transversales et cas-témoins (B et C), les participants ont été sélectionnés de façon rétrograde, commençant avec le dossier ou la date de RDV le plus récent. Pour les sous-études de cohorte A et D, les participants ont été choisis de façon prospective commençant au jour de début de l'enquête (début du mois d'Aout 2013) et de façon rétrospective commençant avant le jour du début de l'enquête (début du mois de février 2013).

Pour le volet qualitatif de la sous-étude C, un échantillon a été choisi parmi les participants du volet quantitatif.

La collecte et la saisie des données quantitatives ont été faites directement sur des tablettes (Samsung Galaxy Tab 2 7.0), en utilisant le logiciel SurveyToGo (Client version 1.32.136.0). L'analyse des données a été réalisée au moyen des logiciels STATA (Version 11) et SPSS (Version 20) pour Windows. Les données qualitatives ont fait l'objet d'une analyse du contenu des informations livrées par les participants. Il a été question d'extraire les thèmes qui ont émergé lors des entretiens individuels.

Résultats

L'étude à travers son volet A a permis de déterminer l'incidence des PDV dans le groupe des PS en retard pour leur dernier RDV. En effet, plus d'une PS sur cinq (22 %) devient PDV au bout de trois mois lorsqu'elle a connu un retard. Cette incidence est encore plus importante au sein de la cohorte suivie de façon rétrospective (29,2 %) relativement à la cohorte prospective (10,4 %).

Plusieurs facteurs ont été associés à la sortie du circuit des soins chez les PS sous ARV :

- ✓ les appels téléphoniques : Recevoir des appels téléphoniques pour le rappel de leur RDV constitue un facteur limitant la sortie des PS sous ARV du circuit des soins
- ✓ la situation matrimoniale : vivre maritalement avec un homme/une femme évite aux PS de devenir PDV
- ✓ l'appartenance aux groupes de supports,
- ✓ les croyances religieuses,
- ✓ les connaissances erronées sur le VIH et les ARV,
- ✓ la disponibilité des ARV,
- ✓ le partage du statut sérologique.

Les résultats quantitatifs sur les facteurs socioéconomiques tels que les frais de transport, l'exercice d'une autre activité et le soutien alimentaire ne sont pas significatifs. Toutefois, les données qualitatives ont permis de faire ressortir ces facteurs comme obstacle à une meilleure observance du traitement et cela, à travers le témoignage de certaines PS.

En outre, le soutien qu'apportent les groupes d'auto-support VIH+ chez les PS est très important dans la poursuite du traitement ARV. En effet, l'étude a démontré que l'appartenance des PS à un groupe d'auto support VIH+ permet de réduire les sorties du circuit des soins. Les résultats sur les facteurs liés au système de santé indiquent que les PS ayant déjà été confrontés à une rupture de stock sont plus susceptibles d'être PDV par rapport aux autres. Par ailleurs, les connaissances erronées que les PS ont du VIH et des ARVs

constituent des facteurs de risques liés à la sortie des patients PS du circuit des soins. Croire qu'on peut guérir du VIH par la religion, la médecine traditionnelle ou un autre moyen favorise la sortie des patients du circuit des soins. Les PS qui pensent qu'il faut arrêter la prise des ARVs lorsqu'il y a une amélioration de son état de santé ou même ceux qui pensent qu'il faut laisser reposer le corps en stoppant les ARVs sont plus susceptibles d'être PDV par rapport à ceux qui ne partagent pas ce point de vue.

La recherche des PS PDV a permis d'obtenir sur un total de 167 PS PDV recherchés, 18 % de décédés, 9 % d'auto transférés, 16 % de PS en voyage, 24 % en arrêt de traitement et 33 % pour qui on ne dispose d'aucune information.

S'agissant des raisons d'arrêts évoquées par les PS, il est principalement ressorti que c'est la fatigue liée à la prise des ARVs (24 %) et les effets secondaires (17 %) qui ont été les motifs les plus avancés par les PS. En plus, on note que des raisons telles que les coûts liés au traitement, les voyages, la sensation d'une amélioration de l'état de santé, la fatigue liée au traitement, les effets secondaires, les heures de prise des ARVs incompatibles avec l'activité de PS, le recours aux tradipraticiens, le refus de son statut, la croyance en une guérison divine, les soucis, le manque de temps et la peur de la séparation avec le conjoint sont à la base de l'arrêt du traitement. Après les efforts de recherche active des PS PDV, ce sont environ 12 % des PS qui sont retournés aux soins. Ce taux est encore plus réaliste lorsqu'on considère uniquement les PDV en voyage et les PDV en arrêt de traitement. On l'estime donc à près de 16 % comme taux de récupération des PDV dans le groupe actif.

Concernant les motivations de retour aux soins, pour la plupart des PS, ce sont les cas de dégradation de leur état de santé ou la réapparition des maladies opportunistes, une situation économique améliorée, les échanges et conseils provenant du personnel du centre de santé et l'espoir de la découverte d'un remède contre le VIH qui favorisent leur retour aux soins.

Conclusion et recommandations

La présente étude a l'avantage d'identifier plusieurs facteurs liés à la sortie des PS sous ARV du circuit des soins. En outre, elle a permis de définir des stratégies acceptables pour prévenir le phénomène des PDV chez les PS. Les résultats de cette étude pourront aider le gouvernement et les partenaires techniques à améliorer les programmes pour une meilleure rétention des PS sous ARV dans le circuit des soins.

A l'issue de cette étude, les recommandations suivantes sont formulées en vue d'augmenter considérablement la rétention des PS dans les soins ARV et réduire le nombre de PDV :

- ❖ A l'endroit des centres de prise en charge
 - Effectuer des appels téléphoniques en lieu et place des messages pour le rappel des RDV ;
 - Affiner et actualiser les informations contenues dans les dossiers des PS (Numéro de téléphone, adresse géographique, etc.) ;
 - Renforcer la qualité des services offerts notamment au niveau de l'accueil ;
 - Assurer la disponibilité régulière des ARVs
 - Encourager les PS à intégrer les groupes de support VIH positif ;

- Encourager les PS à partager leur statut afin de bénéficier d'un soutien moral ;
 - Renforcer les connaissances des PS sur le VIH et les informer davantage sur les effets secondaires des ARVs ;
 - Sensibiliser les PS sur la nécessité d'informer plus tard l'ancien centre de suivi de leur auto-transfert vers d'autres centres de prise en charge.
- ❖ A l'endroit du gouvernement et des Bailleurs de fonds :
- Aider les centres à apporter un soutien nutritionnel aux PS sous ARV ;
 - Renforcer les campagnes de sensibilisation à l'observance du traitement ;
 - Mettre à la disposition des centres des moyens pour faciliter la recherche des PDV ;
 - Intensifier la sensibilisation en faveur de l'objectif « zéro stigmatisation » visé par l'ONUSIDA.

I- INTRODUCTION

1.1 Contexte de l'étude

Général : le VIH en Côte d'Ivoire

L'ONUSIDA estime à 40,3 millions le nombre de personnes infectées par le VIH dans le monde (1). Située en Afrique de l'Ouest, la Côte d'Ivoire est le pays le plus touché par l'épidémie du VIH dans cette région d'Afrique avec une prévalence estimée de 3,7 % (2). En Côte d'Ivoire, 450 000 personnes vivent avec ce virus (rapport national suivi de la politique VIH 2011). Le pays connaît une épidémie généralisée avec un taux dix fois plus élevé chez les populations clés à haut risque d'infection. Une étude sur la prévalence des Infections Sexuellement Transmissibles (IST) et du VIH parmi les professionnels du sexe (PS) en Côte d'Ivoire a été faite en 2007. Cette étude a eu lieu dans plusieurs centres de prévention et de traitement des PS et a montré une prévalence VIH de 27 % chez les PS femmes et 50 % chez les PS hommes à Abidjan (3,4).

La prise en charge des personnes vivant avec le VIH (PVVIH) en Côte d'Ivoire

La Côte d'Ivoire s'est engagée dans la riposte à l'infection selon une approche multisectorielle et décentralisée. Même si les ARV étaient disponibles déjà en 1994, ce n'est que 10 ans après (en 2004) que le passage à l'échelle a été entamé, grâce aux financements des partenaires internationaux, comme le Fonds Global et le plan d'urgence du président des Etats-Unis (President's Emergency Plan for AIDS Relief, PEPFAR). La coordination nationale est faite par le Programme National de Prise en Charge médicale des personnes vivant avec le VIH (PNPEC). C'est en 2005 que débute la prise en charge ARV chez les populations les plus vulnérables. Depuis 2008, le Traitement Antirétroviral (TARV) et le bilan biologique sont gratuits au niveau national avec un protocole actualisé (Arrêté N° 213/CAB/MSHP/ du 20 août 2008).

Cette gratuité a contribué à une augmentation significative du nombre de patients sous ARV avec une réduction de la mortalité et de la morbidité. A la fin de l'année 2011, on comptait 89 410 personnes sous ARV en Côte d'Ivoire (5). Pendant la période 2004-2008 étaient éligibles au TARV, les patients classés au stade IV de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) ou au stade III avec des CD4 < 350/mm³ ou au stade I/II avec des CD4 < 200 (6).

Les nouvelles recommandations d'avril 2012, instituant la mise sous ARV chez tout patient ayant moins de 350 CD4, entraîneront une augmentation des PVVIH sous ARV. Le suivi clinique et biologique se fait aux mois 0, 1, 3, 6. Après les 6 premiers mois de mise sous traitement ARV, le bilan de suivi biologique se fera tous les 6 mois ou à la demande en fonction de l'état du patient (guide).

La rétention des patients sous ARV dans les soins : le grand défi

La rétention des patients sous ARV est un défi majeur dans les programmes ARV en Afrique subsaharienne (7). Les programmes ARV en Afrique ont retenu environ 60 % de leurs patients après deux ans (7). Plusieurs facteurs influencent la sortie des patients du circuit de

soins, notamment des facteurs structurels, sociaux, individuels et programmatiques. Dans une étude menée à Kampala, Uganda, l'une des raisons principales de l'arrêt du traitement était le retour à la vie normale (8). Dans la littérature, d'autres raisons poussent les patients à quitter le circuit de soins, il s'agit, entre autres, de la pauvreté, des frais de transport, de la mobilité et de la religion (8-10). Une étude conduite dans 10 pays africains montrait l'importance du support psychologique et alimentaire pour l'adhérence au traitement (11).

En Côte d'Ivoire, une étude sur la rétention et l'effet des ARV a été réalisée en 2010 par le Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique, les Centres pour la prévention et le contrôle des maladies (CDC) et la Fondation Elizabeth Glaser pour la lutte contre le SIDA Pédiatrique (EGPAF). L'étude utilisait la méthodologie d'une cohorte rétrospective et avait pour but d'évaluer l'évolution clinique et immunologique des patients enrôlés dans le programme ARV en Côte d'Ivoire. Les résultats de cette étude avaient permis de calculer également le taux de rétention et le profil des personnes perdues de vue. Un amendement à l'étude avait été écrit pour évaluer d'une façon spécifique la population des professionnels du sexe. Le taux de rétention après 2 ans était de 67 % dans la population adulte générale, et 61 % dans la population des PS. Parmi les PS non retenus, la plus grande proportion constituait les perdues de vue (PDV) et relativement peu de décès déclarés. On ignore combien de décès non déclarés étaient inclus dans la catégorie non rétention. Les facteurs associés à la rétention des PS dans le circuit des soins incluaient un taux élevé de CD4 à l'initiation du traitement, les séances de counseling et un niveau scolaire élevé. Il y avait une tendance croissante significative de perdu de vue avec l'année d'initiation de traitement (12).

Les faibles taux de rétention des patients sous ARV sont devenus une préoccupation nationale si bien que le PNPEC a organisé un atelier de réflexion sur le sujet en 2011. L'atelier avait comme objectif de sensibiliser tous les acteurs sur la pertinence du sujet en vue de sa prise en compte efficace dans le cadre des futurs plans d'action. L'assemblée avait identifié des causes probables de PDV, liées aux structures sanitaires et au coût de la prise en charge, au patient, à son environnement, au personnel de soin et à l'organisation des soins. Parmi les recommandations de l'atelier figuraient la conduite d'une étude approfondie afin de mieux comprendre le phénomène des PDV et l'élaboration des stratégies pour la prévention et la recherche active des PDV.

1.2 Justification de l'étude

Le traitement ARV est bénéfique pour le patient parce qu'il permet de réduire la mortalité et la morbidité (13-15). En outre, le traitement avec les ARV a également un potentiel dans la mesure où il apparaît comme une méthode de prévention. Une étude récente a montré que les ARV précoces réduisaient l'infection VIH chez les couples discordants de 96 % (16). Ces résultats ainsi que des études de modélisation montrent le potentiel énorme du traitement comme méthode de prévention du VIH (17).

A cause du nombre élevé de partenaires sexuels et de la prévalence élevée du VIH, les PS sont des populations clés pour les programmes de prévention. Ainsi, le traitement ARV des PS peut jouer un rôle important dans la prévention du VIH et pourrait avoir un impact sur l'incidence du VIH dans la population générale. Augmenter la rétention chez les PS, à son

tour, aura un impact sur l'incidence du VIH dans la population générale (18), d'où l'importance de la rétention et de l'adhérence des PS aux traitements ARV.

L'étude cohorte rétrospective menée en 2010 a pu démontrer quelques caractéristiques sociodémographiques associées à la rétention des PS sous TARV. Cette étude ne peut pas répondre à de multiples questions concernant les raisons d'arrêt du traitement et les stratégies acceptables de prévention et de recherche des PDV. Une étude sur les facteurs influençant la sortie des patients vivant avec le VIH du circuit de soins en Côte d'Ivoire a été réalisée dans la population générale en 2013 (PNPEC et URC). Or, il peut y avoir d'autres facteurs qui influencent la sortie des PS du circuit de soins, notamment la mobilité, la stigmatisation, la discrimination, les préjugés, l'accessibilité géographique des structures de soins pour les PS, etc. Il nous paraît donc important d'obtenir des éléments qui pourraient contribuer à l'élaboration des stratégies spécifiques pour augmenter la rétention des PS aux TARV. Par conséquent, il faudra une étude pour explorer davantage les déterminants de la faible rétention des PS sous ARV et identifier des stratégies acceptables pour la prévention des PS PDV. Enfin, les résultats de cette étude vont donner des pistes pour de nouvelles orientations ou pour renforcer les interventions existantes pour la prévention et la recherche active des PS PDV.

II- OBJECTIFS DE L'ETUDE

2.1. Objectif général

Il s'agit de mieux comprendre les raisons d'arrêt du traitement et identifier des stratégies acceptables de prévention des PDV afin de contribuer à une meilleure rétention des PS sous ARV en Côte d'Ivoire.

2.2. Objectifs spécifiques

De façon spécifique, il s'agira de répondre aux interrogations suivantes :

1. Quelle est l'incidence des PDV parmi les PS sous TARV qui ne respectent pas leur RDV ?
2. Quels sont les facteurs de risque pour devenir PS PDV ?
3. Parmi les PDV, quelle est la proportion de PS qui :
 - Ont arrêté leur traitement
 - Sont décédés
 - Ont déménagé dans une autre ville, autre pays
 - Se sont auto-référés à d'autres structures (qui continuent donc leur traitement ailleurs)
 - Ne peuvent pas être retrouvés et pour lesquels on n'a aucune information (vrai PDV)
4. Quelles sont les raisons des PS pour arrêter le traitement ?
5. Quelle est la proportion des PS PDV qui peut être ramenée à la cohorte active avec des méthodes intensives ?
6. Quelles sont les motivations de retour au circuit des soins des PS parmi les PS PDV ?
7. Quelles sont les stratégies acceptables pour prévenir et pour rechercher les PS PDV ?

III- METHODOLOGIE

Pour atteindre les objectifs ci-dessus, une étude en multiples composants a été réalisée. L'étude est multicentrique, composée de différentes sous-études et utilise une méthode mixte (quantitative et qualitative). On décrit ici le type d'étude, les sites de l'étude, la population cible et la méthode d'échantillonnage.

3.1. Type d'étude

L'étude utilise une méthode mixte, quantitative et qualitative. Pour les méthodes quantitatives, on peut citer des études transversales, une étude cas-témoins et des cohortes prospectives et rétrospectives. En ce qui concerne les méthodes qualitatives, on a utilisé des discussions focalisées de groupe et des entretiens individuels approfondis.

3.2. Sites d'étude

L'étude a eu lieu sur deux sites. Ces sites ont été sélectionnés parmi les centres médicaux de la Côte d'Ivoire qui offrent la prévention du VIH et les soins ARV aux PS. Pour des raisons pratiques, seulement les sites où au moins 100 PS sont sous TARV au premier janvier 2013 ont été inclus dans l'étude.

En tenant compte de ce critère, l'étude a eu lieu dans deux sites de soins pour les PS :

- Clinique de Confiance à Abidjan : Environ 420 PS sous TARV
- Centre espérance de San- Pedro : Environ 262 PS sous TARV

Description des sites d'étude :

Les deux sites sont des cliniques pour les populations à haut risque d'infection, qui ont actuellement le plus grand nombre de PS sous ARV en Côte d'Ivoire. Ces deux sites cliniques offrent des services essentiels selon le paquet minimum d'activités de service. Ce paquet minimum de services comprend des activités de sensibilisation, la promotion des préservatifs, le dépistage et le traitement des IST, le conseil et dépistage du VIH, la prise en charge et la thérapie ARV en plus des autres activités de soins et de soutien. Les cliniques sont situées dans les plus grandes villes de la Côte d'Ivoire : Abidjan, capitale économique et San Pedro, grande ville portuaire. Les deux sites sont gérés par des ONG locales : Espace Confiance pour la Clinique de Confiance et APROSAM pour le Centre Espérance. Des médecins formés spécifiquement pour la prise en charge thérapeutique des PS séropositifs exercent dans ces centres.

3.3. Sous-études

- Tout d'abord, une enquête formative a permis de préparer l'étude principale et tester la faisabilité de la méthodologie proposée. Des discussions de groupe focalisées ont été réalisées une semaine avant la mise en œuvre de l'étude principale. Ces discussions ont eu lieu avec les prestataires de soins, les travailleurs sociaux et les PS.
- Etude principale : Elle est composée de différents volets allant de A à E

Tableau 1 : Type et méthodes des différents volets de l'étude principale et leurs liens avec les objectifs spécifiques de l'étude

Objectif d'étude	Plan d'étude	Méthode utilisée
1. Incidence PDV	Cohorte prospective et rétrospective (A)	Quantitative
2. Facteurs de risque pour PDV	Cohorte prospective et rétrospective(A) Etude cas-témoins (C)	Quantitative + qualitative
3. Composition du groupe PDV	Etude transversale (B)	Quantitative
4. Raisons d'arrêt du TARV	Etude cas-témoins (C)	Quantitative + qualitative
5. Taux de récupération des PDV dans le groupe actif	Cohorte prospective (D)	Quantitative
6. Motivations de retour des PDV dans la cohorte active	Etude transversale (E)	Qualitative
7. Stratégies acceptables pour prévenir et pour rechercher les PS PDV	Etude transversale (E)	Qualitative

3.4. Définition des concepts

Dans cette étude, les définitions suivantes ont été utilisées :

- **Professionnelle du sexe (PS) :** Toute personne qui exerce le travail du sexe, c'est-à-dire toute personne qui a des rapports sexuels en échange de biens matériels ou d'argent
- **Perdu de vue (PDV) :** Un patient qui n'a pas été vue au centre depuis 90 jours au moins à compter de la date de RDV prévu. (définition utilisée au niveau nationale, basée sur la définition de l'OMS)
- **Actif :** Un patient qui est suivi au centre et qui n'est pas PDV
- **En retard :** Un patient qui a dépassé la date du RDV d'au moins 7 jours, mais moins que 3 mois

3.5. Population cible

Pour l'étude formative :

Ont été invitées aux discussions focalisées de groupe, les personnes suivantes :

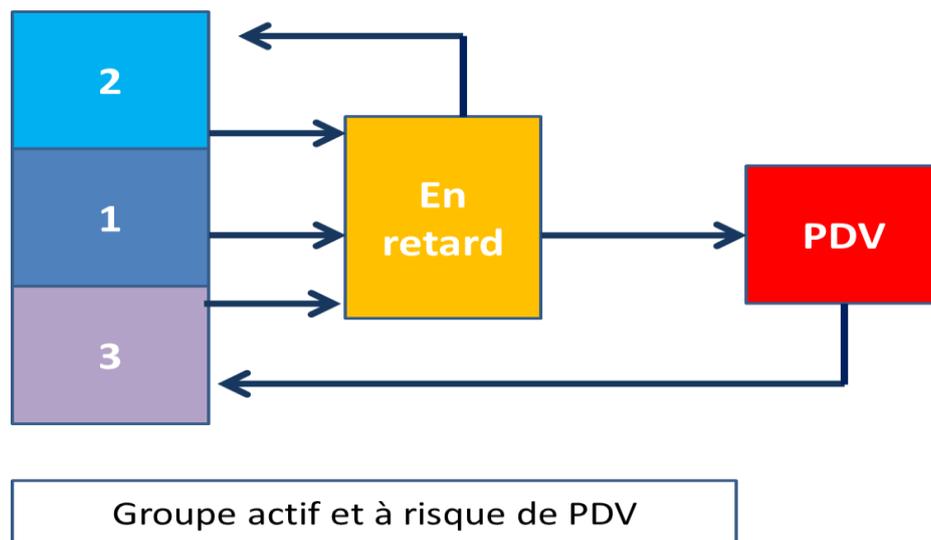
- Les prestataires de soins ARV (médecins, pharmaciens, infirmiers...) des sites d'étude
- Les travailleurs communautaires et sociaux des sites d'étude
- Les PS (Hommes et Femmes) sous ARV

Pour l'étude principale :

Pour l'étude principale les PS femmes et hommes, âgés de plus de 15 ans qui ont initié le traitement ARV dans l'un des centres de l'étude et qui sont suivis dans l'un des sites retenus

pour l'étude, ont été enrôlés. Les participants sont des PS au moment d'initier le traitement ARV, mais il n'était pas nécessaire que les participants continuent d'exercer le travail du sexe au moment du recrutement dans l'étude.

Des critères spécifiques de participation ont été utilisés dans les différentes sous-études. Il a été possible pour un participant donné de participer à la fois à plusieurs sous-études ou à deux volets (quantitative et qualitative) de la même étude si le participant répond aux critères. En outre, pour certaines études, les informations ont été recueillies directement auprès des participants (interview face à face) tandis que pour d'autres (étude A, B et D), les informations ont été prises dans leur dossier et autres registres.



Dans le groupe actif, on peut donc distinguer les différents sous-groupes :

- Sous-groupe 1 : PS qui n'ont jamais été en retard pour un RDV
- Sous-groupe 2 : PS qui actuellement ne sont pas en retard pour leur prochain RDV mais qui l'ont été au moins une fois dans le passé
- Sous-groupe 3 : PS qui actuellement ne sont pas en retard pour leur prochain RDV mais qui ont été au moins une fois déclarés PDV dans le passé (qui sont donc retournés dans le groupe actif)
- Groupe « en retard »: qui sont actuellement en retard pour leur prochain RDV mais qui ne sont pas encore déclarés PDV.
- PDV (Perdu de vue) : un patient qui n'a pas été vu depuis 90 jours au moins à compter de la date de RDV prévu.

3.6. Tailles d'échantillons et échantillonnage

D'une manière générale, le processus d'échantillonnage s'est fait à partir de la base de données électroniques, des registres et des dossiers de PS sous ARV suivis dans l'un des sites de l'étude.

La taille de l'échantillon fixée était fonction de l'objectif et du plan d'étude :

Cohorte prospective (sous-étude A) : Incidence PDV

Taille d'échantillon : Le calcul de la taille de l'échantillon pour l'estimation d'une proportion avec une précision absolue a permis de retenir un échantillon minimum de 162 PS sur l'ensemble des deux sites.

Echantillonnage : L'incidence des PDV a été obtenue à travers le suivi de cohorte prospective et rétrospective (sous-étude A). Il était initialement prévu de suivre les patients de façon prospective (début du mois d'Aout 2013) pendant trois (03) mois afin d'observer l'apparition des cas incidents (PDV). Pour des contraintes de taille d'échantillon à atteindre pendant la durée de l'étude, il a été procédé à un recrutement des patients de façon rétrospective afin de combler le gap. En effet, ce dernier recrutement consistait à enrôler tous les patients qui avaient un retard avant le début de l'étude (début du mois de février 2013) et étaient observés trois mois plus tard. C'est en définitive 173 PS qui ont été enrôlés dans cette étude de cohorte.

Etude transversale (sous-étude B) : composition du groupe PDV

Taille d'échantillon : Le calcul de la taille d'échantillon minimale pour l'estimation d'une proportion avec une précision absolue a permis de retenir un échantillon minimum de 134 PS PDV qui devraient être recherchés.

Echantillonnage : Un groupe de PS PDV a été constitué par année de PDV commençant depuis l'année 2013 jusqu'aux années antérieures de manière à atteindre la taille de l'échantillon désirée. Les PDV obtenus au cours de la sous étude A étaient régulièrement ajouté à ce groupe au détriment des PDV les plus lointain.

Plusieurs actions ont été menées par l'équipe de recherche sur le terrain afin de pouvoir donner un statut aux PS PDV. Il s'agissait, entre autres, d'effectuer des appels téléphoniques, de faire des visites à domicile et sur site ou lieux de travail, de recourir le plus souvent aux pairs éducateurs, d'effectuer des recherches auprès d'autres centres de prise en charge et le cas échéant, de dépouiller les registres de décès au sein des mairies. Ces actions ont permis d'obtenir des informations sur les prétendus PDV.

Etude cas-témoins (sous-étude C) : facteurs de risque pour PDV, volet quantitatif

Taille d'échantillon : Le calcul de la taille d'échantillon pour comparer deux proportions a été utilisé. Un échantillon de 51 cas devrait être retenu. Chaque cas de cette étude a été apparié à deux témoins, donc un total de 102 témoins.

Echantillonnage : Les cas ont été sélectionnés parmi les PDV en arrêt de traitement obtenus lors de la sous étude B et qui étaient disponible pour participer à un entretien.

Les témoins, quant à eux, sont constitués des PS sous ARV qui ne sont pas PDV c'est-à-dire qui continuent leur traitement dans les sites de l'étude. Ces deux témoins devraient provenir de deux groupes différents. Un témoin devrait être choisi parmi ceux qui n'ont jamais eu de retard pour leur RDV (Témoin de type 1) et un autre devrait être pris parmi ceux qui avaient déjà eu un retard pour leur RDV mais n'ayant jamais été déclaré PDV (Témoin de type 2). En outre, ces deux types de témoins devraient avoir initié leur traitement dans un intervalle de temps de plus ou moins six (6) mois que le cas. Au final, ce sont 31 cas qui ont été interrogés et 62 témoins.

Etude cas-témoins (sous-étude C) : facteurs de risque pour PDV, volet qualitatif

Taille d'échantillon : Un total de 20 entretiens individuels devrait être réalisés.

Echantillonnage : Un sous-échantillon raisonné, du groupe des cas dans l'étude C (sous-étude cas-témoins) a été choisi.

Des critères de choix des participants dans les entretiens individuels approfondis ont été inclus :

- Arrêt à cause des raisons personnelles
- Arrêt à cause des raisons structurelles

Ne pas avoir l'intention de retourner aux soins

Cohorte prospective (sous-étude D) : Proportion de récupération des PDV dans le groupe actif

Taille d'échantillon : Il s'agit ici des 51 cas de l'étude cas-témoins, que l'on devrait interviewer et persuader de retourner au centre de suivi.

Echantillonnage : Les 51 cas ont été pris de manière exhaustive et systématique du groupe de patients retrouvés avec la recherche active dans l'étude transversale B et qui ont participé à l'étude C.

Etude transversale (sous-étude E) : Motivations de retour des PDV dans le groupe actif et méthodes acceptables pour la recherche active des PDV

Taille d'échantillon : Il s'agit d'une étude qualitative utilisant des entretiens individuels approfondis avec un échantillon de convenance. Le nombre d'entretiens réalisés a été de 20.

Echantillonnage : Un échantillon raisonné, non aléatoire, du groupe des patients qui ont été PDV auparavant mais qui sont retournés dans le groupe actif, a été choisi. Ils ont été identifiés à l'aide de la base de données et de leur dossier au centre de suivi.

3.7. Equipe de recherche

L'équipe de recherche était composée d'investigateurs de l'ENSEA et des Co-investigateurs appartenant aux sites de soins et cela, conformément au protocole. En effet, deux équipes de recherche ont été constituées sur les deux sites de l'étude (Une à Abidjan et l'autre à San Pedro). Chaque équipe bénéficiait d'une coordination locale et la coordination principale était assurée par l'ENSEA.

3.8. Déroulement des activités

L'étude a démarré avec la formation de l'équipe de recherche et a été menée par l'investigateur principal. Cette formation s'est faite en deux phases. La première phase concernait les six assistants de recherche de l'ENSEA. Cette formation a eu lieu à l'ENSEA pendant trois jours au cours du mois de Juillet 2013. La formation a porté principalement sur la compréhension des aspects généraux de l'étude, la mise en œuvre de l'étude formative et de la sous-étude A. La deuxième phase de la formation a eu lieu sur les différents sites de l'étude. Elle a regroupé les assistants de recherche, les travailleurs sociaux et les

coordonnateurs locaux de l'étude. A Abidjan, cette formation s'est tenue du 25 au 27 Septembre 2013. A San Pedro, la formation a eu lieu du 02 au 04 Octobre 2013. Cette deuxième phase de formation a porté sur la compréhension des sous études B, C, D et E.

Dans le cadre du suivi des travaux sur le terrain, deux missions de supervision conjointes ont été effectuées par un superviseur externe de l'IMT, par les investigateurs de l'ENSEA et ceux du PLS/PHV à Abidjan et à San Pedro. Outre ces supervisions, des visites de terrain régulières (5 à San Pedro et 12 à Abidjan) ont été réalisées par les investigateurs de l'ENSEA. Ces missions avaient pour but d'évaluer les conditions de travail des équipes, de contrôler la qualité du travail et de résoudre les problèmes éventuels rencontrés par les équipes.

3.9. Exploitation des données

Données qualitatives

Après la collecte des données qualitatives, les données issues des enregistrements des entretiens de groupe focalisés (EGF) et des entretiens individuels ont été transcrites au moyen du logiciel Word par les sociologues qui assuraient le rôle de chefs d'équipes.. Ces derniers ont utilisé la méthode de l'analyse du contenu¹ pour faire ressortir les informations livrées par les participants au cours des différents entretiens. Il a été question d'extraire les thèmes qui ont émergé lors de la lecture des transcriptions.

Données quantitatives

Les collecte et saisie des données quantitatives ont été faites directement sur des tablettes (Samsung Galaxy Tab 2 7.0), en utilisant le logiciel Survey ToGo(). Ces données étaient envoyées automatiquement à la base de données de l'ENSEA dès qu'il y avait une connexion Internet, et effacées de la tablette. Cette application a permis au gestionnaire central de la base de données basé à l'ENSEA de recevoir régulièrement les données sur une machine centrale moyennant une connexion internet. L'analyse des données a été réalisée au moyen des logiciels SPSS (Version 20) pour Windows.

Des tris à plat, des analyses statistiques bivariées ont été réalisées. Des tests d'indépendance du chi², des tests de comparaison de proportion, des risques relatifs et des odds ratio ont été calculés pour déterminer la liaison entre les variables.

IV- CONSIDERATIONS ETHIQUES

Approbatons éthiques :

L'étude a été soumise au Comité National d'Ethique et de Recherche de Côte d'Ivoire (CNER) qui a donné son approbation le 10 mai 2013. Elle a, par ailleurs, été soumise et

¹« L'analyse du contenu suppose un travail sur des matériaux (récits de vie, entretiens, articles...) qui prennent la forme de textes », Bernadette Wynants (1990), le projet de l'analyse du contenu en Sociologie, p164. In Jean Remy et Danielle Ruquoy, Méthodes d'analyse du contenu et Sociologie. Publications des facultés universitaires Saint-Louis de Bruxelles.

validée par le Comité de Revue Institutionnel de l'IMT (le 23 mai 2013) et le comité éthique de l'université d'Anvers (le 10 juin 2013).

Consentement éclairé

Pour tous les volets de l'étude impliquant du contact avec des professionnels de la santé ou des patients, un consentement éclairé a été demandé avant de commencer les entretiens. Ceci était valable pour la phase formative et les sous-études C-D-E.

Pour tous les volets de l'étude n'impliquant pas de contact direct avec des patients, une dérogation au consentement éclairé pour l'exploitation de dossiers médicaux, a été obtenue des trois comités éthiques (cités plus haut). Il s'agit des sous-études A et B, pour lesquels des informations ont été prises dans le dossier des patients.

Confidentialité

Au vu de l'importance de la confidentialité dans cette étude, le premier contact avec les participants a été réalisé par un travailleur social du centre déjà impliqué dans les soins des PS sous ARV. Les assistants de recherche de l'ENSEA ont été sélectionnés en tenant compte de la discrétion exigée par ce genre d'étude. Un module de formation sur l'éthique de la recherche leur a été dispensé.

L'ensemble des données collectées sont anonymes, et les données électroniques protégées par des mots de passe sur les ordinateurs.

Compensation

- Les participants à cette étude ont reçu des compensations financière pour le temps consacré à l'étude, pour leurs déplacements sur les sites de l'étude (si nécessaire). Tous les participants PS ont reçu des préservatifs (masculins et féminins) ainsi que des conseils pour l'adhérence au traitement.

V- RESULTATS DE L'ETUDE

La présentation des résultats de l'étude se fera en fonction des différents objectifs spécifiques visés. Il s'agira principalement de répondre aux questions concernant l'incidence des PDV, les facteurs de risques pour un PS de devenir PDV, la composition du groupe des PDV, les raisons d'arrêts du TARV, les motivations de retour aux soins et la définition de stratégies nouvelles acceptables dans la prévention et la recherche des PS PDV.

5.1 Incidence des PDV dans le groupe actif des patients en retard

Dans le volet A de l'étude, un total de 173 patients en retard pour leur dernier RDV prévu ont été enrôlés de façon prospective et rétrospective et cela, sur les deux sites de l'étude.

Tableau 2: Répartition des patients en retard selon le type de cohorte et le site d'étude

Type de cohorte	Villes		Total
	Abidjan	San Pedro	

Rétrospectif	45	61	106
Prospectif	47	20	67
Total	92	81	173

Le suivi de ces cohortes prospectives et rétrospectives a permis au bout des trois mois d'effectuer une classification selon le résultat final des patients en retard pour leur dernier RDV. En effet, l'étude de cohorte a permis de calculer une incidence en rapportant le nombre de PDV au nombre de PS suivis dans la cohorte.

Tableau 3 : Incidence cumulative des PDV parmi les patients en retard pour leur RDV selon le site d'étude

Incidence PDV	Villes					
	Abidjan		San Pedro		Ensemble	
	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%
Cohorte rétrospective	16/45	35,6	15/61	24,6	31/106	29,2
Cohorte prospective	5/47	10,6	2/20	10,0	7/67	10,4
Total	21/92	22,8	17/81	21,0	38/173	22,0

Dans l'ensemble, l'incidence des PDV parmi les PS sous ARV étant en retard pour leur dernier RDV est de 22 %. Cette incidence est significativement plus importante au sein de la cohorte des PS suivie de façon rétrospective par rapport à la cohorte des PS suivie de façon prospective (P value 0,003). Par ailleurs, l'analyse de cette incidence selon le site de l'étude ne ressort pas de différence significative entre les PS suivis à Abidjan et ceux qui ont été suivis à San Pedro (respectivement 22,8 % et 21 %, P=0,752).

5.2 Facteurs de risques pour devenir PDV

Résultats de la cohorte (sous-étude A) :

Un ensemble de facteurs ont été mis en évidence dans l'étude de cohorte. Il est ressorti des données collectées que seules les variables sur le pays de naissance et l'appel téléphonique pour le rappel des RDV constituent les facteurs de risques significatifs pour un(e) PS de devenir PDV (Cf. Tableau 4). En effet, les PS nés dans un pays autre que la Côte d'Ivoire ont un risque 2,7 fois plus élevé de devenir PDV que les PS nés en Côte d'Ivoire. En outre, les PS n'ayant pas reçu un appel téléphonique pour le rappel de leur RDV ont un risque d'être PDV deux (2) fois plus élevé que les PS ayant reçu un appel.

Tableau 4 : Facteurs sociodémographiques et incidence des PDV

Variabes	N (%)	Incidence de PDV (%)	RR [IC95%]
Sexe			

Masculin	20 (12,0)	10,0	1
Féminin	153 (88,0)	23,5	2,4[0,6-9,0]
Pays de naissance			
Côte d'Ivoire	145 (83,8)	17,2	1
Autre	28 (16,2)	46,4	2,7*[1,6-4,6]
Niveau d'étude			
Aucun	65 (37,6)	24,6	1
Primaire	62 (35,8)	19,4	0,8 [0,4-1,5]
Secondaire	46 (26,6)	21,7	0,9 [0,4-1,8]
Utilisation des préservatifs avec les clients			
Toujours	56 (32,4)	30,4	1
Pas toujours	117 (67,6)	17,9	0,6 [0,3-1,03]
A un copain			
Oui	72 (41,6)	20,8	1
Non	87 (50,3)	23,0	1,1 [0,6-1,9]
Numéro de téléphone disponible au centre			
Oui	156 (90,2)	22,4	1
Non	17 (9,8)	17,6	0,8 [0,4-1,4]
SMS envoyé par le centre aux PS pour le rappel de leur RDV			
Oui	59 (34,1)	27,1	1
Non	114 (65,9)	19,3	0,7 [0,41-1, 3]
Appel effectué par le centre pour le rappel de RDV			
Oui	76 (44,7)	14,5	1
Non	65 (38,2)	29,2	2,0*[1,04-3,9]
Période d'inscription à la clinique			
Avant 2005	17 (9,8)	11,8	1
2005 – 2009	103 (59,5)	23,3	2,0 [0,5-7,6]
2010 – 2013	53 (30,6)	22,6	1,9 [0,5-7,7]

*significatif au seuil de 5 %.

Résultats du volet quantitatif de l'étude cas-témoins (sous-étude C) :

Les résultats de cette étude ont également permis d'explorer des facteurs potentiellement associés au statut de PDV.

Facteurs sociodémographiques : L'analyse des données recueillies n'a révélé aucun lien significatif entre le sexe, la nationalité, le niveau d'instruction, la religion, l'âge et le statut de PDV des PS sous ARV. Toutefois, seule la situation matrimoniale des PS s'avère être liée au statut de PDV. En effet, les PS vivant maritalement ont moins de chance d'être PDV par rapport aux PS célibataires.

Tableau 5 : Répartition des cas et témoins selon leurs caractéristiques sociodémographiques.

Caractéristiques Sociodémographiques		Cas N=31(%)	Témoins N=62(%)	OR [IC95 %]
Sexe	Femme	29 (93,5)	59 (95,2)	1
	Homme	2 (6,5)	3 (4,8)	1,36 [0,21 - 8,57]
Nationalité	Non ivoirienne	9 (29,0)	13 (21,0)	1
	Ivoirienne	22 (71,0)	49 (79,0)	0,65[0,2-1,7]
Niveau d'instruction	Aucun	12 (39,7)	28 (45,2)	1
	Primaire	9 (29,0)	19 (30,6)	1,11 [0,39 - 3,1]
	Secondaire et plus	10 (32,3)	15 (24,2)	1,55 [0,55 - 4,43]
Situation matrimoniale	Célibataire	18 (58,1)	22 (35,5)	1
	Vit maritalement	4 (12,9)	26 (41,9)	0,19* [0,05 - 0,64]
	Divorcé	3 (9,7)	4 (6,5)	0,92 [0,18 - 4,63]
	Veuf/veuve	6 (19,4)	10 (16,1)	0,73 [0,22 - 2,41]
Religion	Musulmane	9 (29,0)	19 (30,6)	1
	Chrétienne	21 (67,7)	37 (59,7)	1,19 [0,46 - 3,11]
	Autres	1 (3,2)	6 (9,7)	0,35 [0,04-3,12]
Groupe d'âge	15-34 ans	10 (32,3)	18 (29)	1
	35-44 ans	13 (41,9)	31 (50)	0,75 [0,27 - 2,07]
	45-55 ans	8 (25,8)	13 (21)	1,11 [0,34 -3,57]

*significatif au seuil de 5 %.

Facteurs socioéconomiques : les frais liés au transport et le fait pour un(e) PS d'être PDV n'ont aucun lien. Cependant la proportion des PS qui dépensent plus de 2000 FCFA pour se rendre au centre de soins est significativement ($P \text{ value}=0,005 < 0,05$) plus importante chez les PS PDV (19,4 %) par rapport aux PS qui continuent leur traitement (2,4 %). En outre, l'analyse du statut de PDV selon les moyens de subsistance et l'exercice d'une autre activité en dehors du travail du sexe ne sont pas associés.

Tableau 6 : Répartition des cas et témoins selon les facteurs socioéconomiques

Variables		Cas N=31(%)	Témoins N=62(%)	OR [IC95 %]
Frais de transport pour se rendre au centre de traitement	Moins de 1000 F	16 (51,6)	35 (9,7)	1
	1000 F - 2000 F	9 (29,0)	18 (4,9)	1,09 [0,4-2,9]
	Plus de 2000 F	6 (19,4)	9 (2,4)	1,46 [0,4- 4,7]
Dispose de moyens suffisants pour se nourrir	Oui	9 (29,0)	14 (22,6)	1
	Non	22 (71,0)	48 (77,4)	0,71 [0,2-1,9]
A une autre	Oui	24 (77,4)	47 (75,8)	1

activité en dehors du travail du sexe	Non	7 (22,6)	15 (24,2)	0,91[0,3 - 2,5]
---------------------------------------	-----	----------	-----------	-----------------

*significatif au seuil de 5 %.

Facteurs liés au soutien social : Les données recueillies au niveau de l'appartenance à un groupe de support VIH+ indiquent que les PS n'appartenant pas à ces groupes ont une cote 6 fois plus élevée d'être PDV contrairement aux PS qui sont membres d'un groupe de support VIH+. Par ailleurs, les rencontres religieuses, l'aide de la part d'une tierce personne pour le rappel des RDV et de la prise des médicaments ne sont pas liés à la perte de vue des PS sous ARV.

Tableau 7 : Répartition des cas et témoins selon le soutien social.

Variables		Cas	Témoins	OR [IC95 %]
		N= 31(%)	N=62(%)	
Membre d'un groupe de support VIH +	Oui	2 (6,5)	19 (30,6)	1
	Non	29 (93,5)	43 (69,4)	6,4* [1,3 - 29,6]
Membre d'un groupe de support quelconque	Oui	5 (16,1)	18 (29,0)	1
	Non	26 (83,9)	44 (71,0)	2,1 [0,7 - 6,4]
Participe à des rencontres religieuses	Oui	15 (48,4)	30 (48,4)	1
	Non	16 (51,6)	32 (51,6)	1 [0,4 - 2,4]
Quelqu'un qui l'aide à se rappeler la prise des médicaments	Oui	4 (12,9)	11 (17,7)	1
	Non	27 (87,1)	51 (82,3)	1,5 [0,4 - 5,0]
Quelqu'un qui l'aide à se rappeler ses RDV	Oui	5 (16,1)	13 (21)	1
	Non	26 (83,9)	49 (79)	1,4 [0,4 - 4,3]

*significatif au seuil de 5 %.

Partage et dévoilement du statut sérologique :

Le partage du statut sérologique est un facteur associé à la sortie des PS sous ARV du circuit des soins. En effet, les PS n'ayant pas partagé leur statut à une personne en dehors du personnel de santé ont une cote plus élevée d'être PDV par rapport aux PS qui ont partagé leur statut. Par ailleurs, les données ne permettent pas de conclure quant à l'existence d'une relation entre le fait de se cacher pour prendre ses médicaments et le statut de PDV.

Tableau 8 : Répartition des cas et témoins selon le fait de partager son statut ou de se cacher pour prendre ses médicaments.

Variables		Cas N=31(%)	Témoins N=62(%)	OR [IC95 %]
A partagé son statut	Oui	18 (58,1)	49 (79,0)	1
	Non	13 (41,9)	13 (21,0)	2,7* [1,1 - 6,9]

Se cache pour prendre ses médicaments	Oui	23 (74,2)	40 (64,5)	1
	Non	8 (25,8)	22 (35,5)	0,6 [0,2 - 1,6]

*significatif au seuil de 5 %.

Facteurs liés au système de santé et perception de la qualité des services :

Un résultat intuitif auquel l'étude a permis d'aboutir, c'est la relation existante entre la disponibilité des médicaments et le fait pour les PS d'être PDV. En effet, les PS n'ayant jamais été confrontés à une rupture de stock d'ARV sont 3 fois plus susceptibles de rester dans les soins comparativement aux PS qui ont déjà fait face à une rupture de stock.

Par ailleurs, le fait de recevoir suffisamment de support de la part du centre n'a aucun lien avec le statut de PDV. Toutefois, la quasi-totalité (98,9 %) des PS interrogés ont mentionné avoir eu une conversation avec le personnel de santé sur l'adhérence au traitement et cela avant et pendant leur traitement.

Tableau 9 : Répartition des cas et témoins selon la disponibilité des médicaments et le fait de recevoir un support du centre de soins

Variables		Cas N=31(%)	Témoins N=62 (%)	OR [IC95 %]
Avoir été confronté à une rupture de stock d'ARV dans la clinique	Oui	6 (19,4)	27 (43,5)	1
	Non	25 (80,6)	35 (66,5)	3,2* [1,1–8,9]
Pense avoir reçu suffisamment de support de la part du centre	Oui	18 (58,1)	44 (71)	1
	Non	13 (41,9)	18 (29)	1,8[0,7 - 4,3]

*significatif au seuil de 5 %.

Facteurs liés aux connaissances du VIH et des ARVs :

Les données collectées sur le fait de penser que les ARVs peuvent guérir le sida ne sont pas liées à la sortie des PS du circuit des soins. Par contre, un certain nombre d'idées erronées émises par les PS laissent entrevoir une relation entre ces idées et le statut de PDV. En effet, les PS qui ne partagent pas l'idée de la guérison du VIH par les moyens tels que la religion, la médecine traditionnelle, etc. ont plus de chance de poursuivre leur traitement comparativement aux PS qui pensent le contraire. Aussi, les PS qui pensent qu'il faut arrêter le traitement ARV de temps en temps pour laisser reposer le corps sont-ils plus susceptibles d'être PDV. En outre, on observe la même tendance chez les PS qui pensent qu'il faut arrêter le traitement lorsqu'on commence à se sentir en bonne santé. Cette idée favorise le fait de devenir PDV chez les PS qui le pensent par rapport aux PS qui ne le pensent pas.

Tableau 10 : Répartition des cas et témoins selon leur connaissance du VIH et des ARV.

Croyances		Cas n (%)	Témoins n (%)	OR [IC95 %]
Les ARVs peuvent guérir le sida	Non	9 (29,0)	30 (48,4)	1
	N'est pas sûr	8 (25,8)	10 (16,1)	2,66 [0,81 - 8,77]
	Oui	14 (45,2)	22	2,12 [0,78 - 5,78]
Le VIH peut se guérir par un autre moyen (religion, médecine traditionnelle,...)	Non	11 (35,5)	34 (54,8)	1
	N'est pas sûr	8 (25,8)	16 (25,8)	1,55 [0,52 - 4,58]
	Oui	12 (38,7)	12 (19,4)	3,09* [1,08 - 8,83]
Il faut arrêter les ARVs de temps en temps pour reposer le corps	Non ²	21 (67,7)	58 (93,5)	1
	Oui	10 (32,3)	4 (6,5)	6,90* [1,95 - 24,40]
Il faut arrêter les ARVs lorsqu'on se sent en bonne santé	Non	22 (71,0)	59 (95,2)	1
	Oui	9 (29,0)	3 (4,8)	8,04* [1,99 - 32,48]

*significatif au seuil de 5 %.

Activité sexuelle des PS et Traitement ARV

Les données concernant la poursuite de l'activité prostitutionnelle révèlent qu'une proportion de 41 % a affirmé dans l'ensemble continuer le travail du sexe. La relation existante entre le fait de continuer le travail du sexe et le fait de continuer le traitement ARV n'est pas significative comme l'indique la p value associée au test du Chi 2 (Cf. Tableau 9).

Tableau 11 : Répartition des cas et témoins selon le fait de continuer ou non le travail du sexe.

Activité sexuelle		Cas N=31 (%)	Témoins N=62 (%)	OR [IC95 %]
Continue le travail du sexe	Oui	12 (39,0)	26 (42,0)	1
	Non	19 (61,0)	36 (58,0)	1,1 [0,5 - 2,8]

(Chi2= 0,089 ; P-value=0,765)

Par ailleurs, même si la poursuite de l'activité de PS ne constitue pas un problème en soi, la question qui se pose est de savoir les mesures de précaution qui sont utilisées pour éviter la propagation de l'infection à VIH ou même parfois pour éviter d'autres infections sexuellement transmissibles. C'est en cela que l'usage systématique du préservatif à chaque rapport sexuel devient encore primordial. Mais les données recueillies sur le terrain à ce sujet font état de ce que parmi celles qui exercent toujours le travail du sexe, plus de quatre PS sur

² Pour les deux dernières variables, la modalité « n'est pas sûr » existe mais avec des effectifs nuls. C'est la raison pour laquelle elle n'apparaît pas.

dix (42 %) n'utilisent pas systématiquement le préservatif. Ce comportement est le fait de la moitié (50 %) des PS en arrêt de traitement ARV et de 38 % chez les témoins.

Tableau 12 : Répartitions des cas et témoins selon la fréquence d'utilisation du préservatif.

Fréquence d'utilisation du préservatif	Cas		Témoins		Ensemble	
	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%
Toujours	6	50	16	62	22	58
Souvent	1	8	6	23	7	18
Quelques fois	5	42	4	15	9	24
Total	12	100	26	100	38	100

Résultats des entretiens individuels (sous-étude C)

Les entretiens qualitatifs ont mis en évidence des facteurs qui selon les témoignages des PS interrogés peuvent favoriser le statut de PDV. L'un des éléments est le rôle joué par les groupes d'auto-support. C'est en cela que cette PS sous ARV affirme ceci :

« Ce sont les conseils qu'on prenne nos médicaments, ils nous encouragent pour prendre bien nos médicaments. Quand peut être si on suit nos traitements Dieu va avoir pitié de nous et ça peut finir. Donc c'est pour ça, ils nous encouragent et ce qu'ils disent aussi nous donnent du courage » (PS F/H, ville).

Cette PS ignorait l'existence des groupes d'auto-support. Elle ne partage pas son statut même à son partenaire. Alors, intégrer un tel groupe lui permettra de se confier et d'échanger avec des personnes qui partagent les mêmes réalités :

« Oui comme ça là, tu peux parler ton problème à quelqu'un tu sais qu'elle est malade comme toi. C'est bon mais chez nous là-bas là, tu ne sais pas si tu peux parler et puis après elle va te honnir devant les gens. C'est à cause de ça je garde mon problème seul. Avec groupe comme ça là, ça peut te permettre...ils vont te rappeler ton RDV pour que tu puisses venir tout ça et puis peut-être même s'aider ».

Par ailleurs, le besoin continu de se nourrir qu'exige la prise des ARV ne facilite pas toujours une meilleure observance du traitement. C'est ce qu'explique cette PS :

«Et quand on prend aussi ça nous donne trop la faim. Il faut qu'on mange tous les jours à chaque heure».

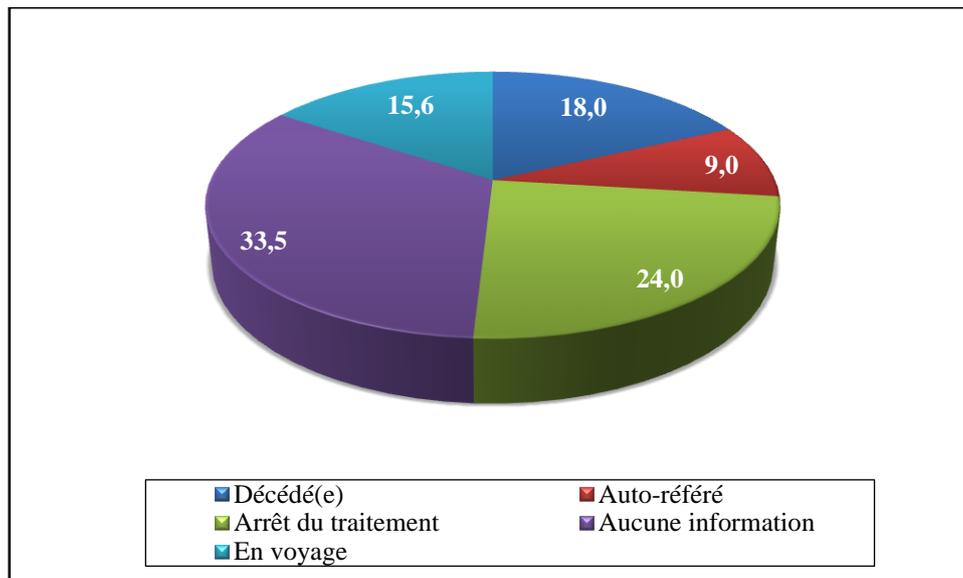
Or justement, la situation de précarité des PS ne leur permet pas de soutenir le régime alimentaire imposé par le traitement ARV :

« ... si je n'ai pas les moyens pour bien déjeuner, je préfère ne pas les prendre parce que ça creuse dans le ventre ».

5.3 Composition du groupe des PDV

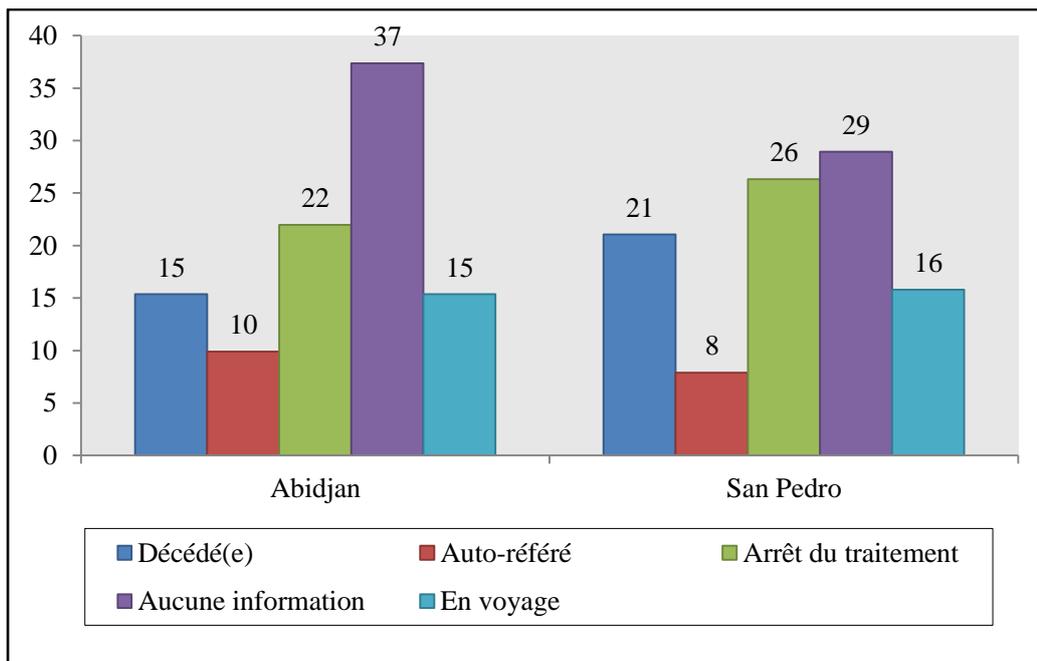
C'est au total 167 PS PDV qui ont été recherchés avec des méthodes actives, 91 à Abidjan et 76 à San Pedro. Comme l'indique le graphique 2, sur l'ensemble des PDV recherchés (167), c'est en réalité 34 % d'entre eux pour qui on ne dispose d'aucune information (57/167). Parmi ceux pour lesquels on a des informations, une proportion non moins négligeable de 16 % étaient en voyage au moment de l'étude (26/167, 16 %). Pour ces derniers, l'on ne dispose d'aucune information sur la continuité de leur traitement. Toutefois, 24 % des PDV retrouvés ont affirmé l'arrêt de leur traitement. Les recherches ont, par ailleurs, permis de détecter 18 % de décès confirmés généralement par leurs proches connaissances.

Graphique 1 : PDV selon leur statut final après la recherche active



On note qu'à San Pedro, la proportion des PDV pour lesquels on ne dispose d'aucune information est moindre (29 %) par rapport à celle d'Abidjan (37 %) ($P=0,016$). Par contre, ce dernier site (Abidjan) regorge moins de décès (15 %) relativement à San Pedro (21 %). Au niveau des PDV en voyage et ceux qui se sont référés à d'autres centres de prise en charge, la différence n'apparaît pas de façon significative entre les deux sites ($P=0,501$).

Graphique 2 : PDV par statut final après la recherche active et selon le site d'étude

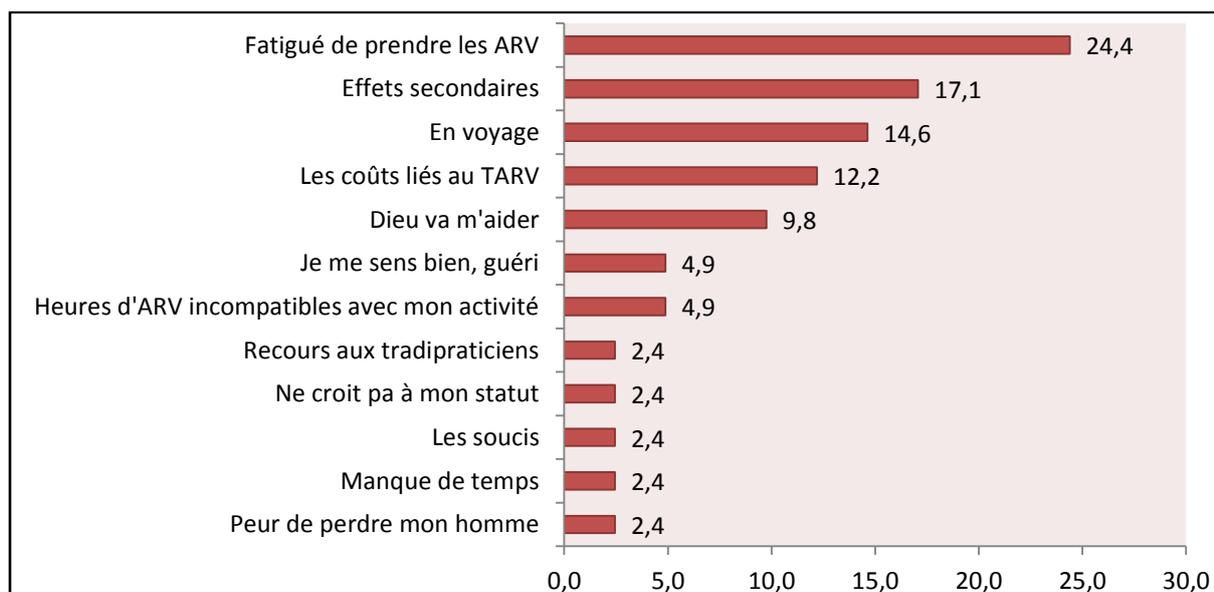


5.4. Raisons d'arrêt du traitement.

Résultats quantitatifs de l'étude cas-témoins (sous-étude C)

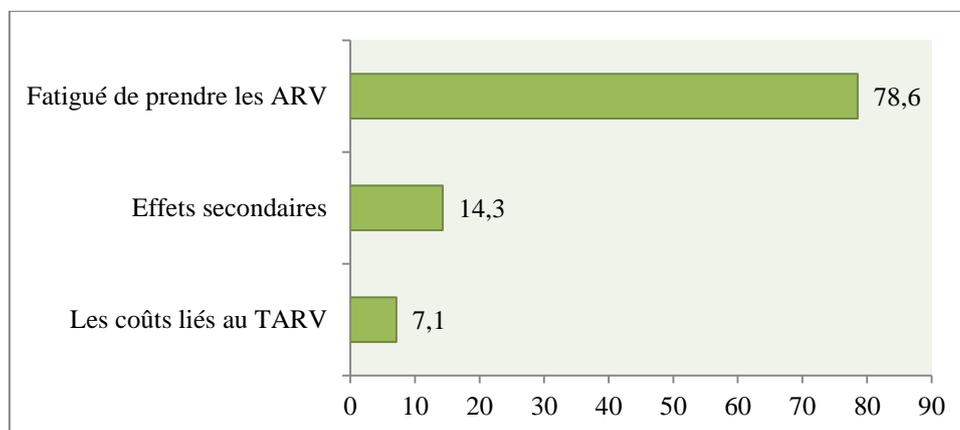
La recherche des raisons d'arrêt du traitement ARV a été obtenue pendant l'étude cas témoins. Sur 40 PS en arrêt de traitement, on note 31 cas et 62 témoins qui ont pu être interrogés sur la raison d'arrêt du traitement sur l'ensemble des deux sites. A la question de savoir pourquoi les PDV (les cas) ont arrêté leur traitement, diverses raisons ont été évoquées. Mais la raison principale reste la fatigue liée à la prise des ARVs (24,4 %) suivi des effets secondaires (17,1 %) et des cas de voyage (14,6 %).

Graphique 3 : PDV -Cas selon le motif d'arrêt du traitement



Chez les témoins interrogés à ce sujet, la question a été de savoir s'il leur arrive parfois de penser à arrêter le traitement. Une proportion de près de 23 % ont répondu par l'affirmative en évoquant toujours pour la majorité d'entre eux (78,6 %), la fatigue liée à la prise des ARV avec une part non moins négligeable de 14,3 % qui déplorent les effets secondaires.

Graphique 4 : PDV- témoins selon les motifs probables d'arrêt du traitement



Résultats du volet qualitatif de l'étude cas-témoins (sous-étude C)

Les données recueillies lors des entretiens qualitatifs ont ressorti quelques résultats sur les motivations d'arrêt du traitement. En effet, la prise excessive et continue des ARV est perçue chez les PS comme un fardeau difficile à porter et dont ils finissent par se défaire pour avoir une certaine liberté ou délivrance. Une PS rapporte ici ce que dit une autre PS:

« ...Donc, elle ne peut pas prendre son temps à chaque fois de boire les comprimés matin, midi et le soir ... Elle vient à son RDV mais quand on lui donne les médicaments, elle les jette. Elle vient mais quand on lui donne les médicaments, elle ne les prend pas, elle jette ».

Par ailleurs, à l'entame du traitement ARV les effets secondaires font que certains patients abandonnent le traitement. Il y a même des proches qui, face à la souffrance de leur frère, sœur ou parent demandent à ces derniers d'arrêter le traitement. Mais certains continuent le traitement malgré les injonctions de ceux-ci. C'est le cas de cette PS qui affirme ceci:

« Quand je prenais ça me faisait des choses, ça me fatiguait. A un moment donné ma grande sœur m'a dit d'arrêter, de venir leur dire que les médicaments me fatiguent. Bon je me suis dit que je vais continuer, quand je serai habituée ça va aller. Effectivement quand je me suis habituée je prenais ça ne me faisait plus rien ».

Ces différents troubles vécus par les PS mis sous traitement ARV se présentent parfois au début du traitement. Et parce qu'ils sont « fatigants » et insupportables, ces troubles ont amené certains PS à avoir un désir d'abandon du traitement :

« Au début, ça fatigue, c'est-à-dire ça te donne la nausée, voilà. Ça m'a fait au moins deux semaines. Donc, ça m'a découragée. Je me suis dit si c'est comme ça, je vais laisser ».

Par ailleurs, les coûts liés au traitement constituent aussi une raison d'abandon du traitement. A ce sujet, une PDV retournée aux soins à San Pedro avance ceci :

« J'ai arrêté quand les derniers médicaments sont finis. Je n'avais plus le transport pour venir prendre ; je ne suis plus venue prendre. Voilà comment je ne prends pas. Si comme j'avais les moyens que j'étais venue aux rendez-vous, je serais en train de prendre ».

C'est dire que certains PS ont la volonté de continuer leur traitement mais parfois, les moyens financiers leur font défaut et se voient ainsi contraints d'abandonner.

En outre, le déni du statut sérologique est l'une des raisons fondamentale d'arrêt du traitement car cela semble être le préalable à l'initiation aux ARV. Cela ressort à travers le témoignage d'une PS interrogée sur le motif d'arrêt de son traitement :

«... Parce que je ne croyais pas quoi. Voilà, le fait que je ne croyais pas. Donc, je n'ai pas suivi. Quand on me dit viens tu vas prendre, je dis d'accord. Je prends mais, j'envoie à la maison, je ne prends pas. Je viens prendre mais, je vais à la maison, je ne prends pas ».

L'acceptation du statut sérologique serait alors le starter nécessaire à tout bon suivi du traitement ARV au regard des propos de cette PS car, il est évident que celui qui n'accepte pas son statut ne sera naturellement pas disposé à suivre convenablement le traitement d'une maladie qu'il se dit ne pas avoir.

Par ailleurs, certains PS rencontrent des difficultés psychologiques qui les conduisent parfois à des envies de suicide. Il y a une envie d'en finir avec la vie. Cette envie est stoppée à cause de l'amour ou du lien qu'elle a avec ses enfants. C'est le cas de cette dame qui a abandonné son traitement :

« Je voyais que le mal est déjà fait et un moment je voulais finir avec la vie. C'est vrai hein ! (avec des pleurs dans la voix). Je ne voulais plus vivre ! C'est à cause de mes enfants. J'ai eu pitié (en pleurs). ».

À la question de savoir pourquoi, elle a arrêté le traitement, la PS a fondu en larmes. Etre infecté du VIH est perçu comme une fatalité. Il y a comme un sentiment d'impuissance. Ce qui conduit la PS à dire que « le mal est déjà fait ». Ce mal ne peut être guéri. Il y a chez la PS donc un sentiment d'auto-stigmatisation suicidaire.

Cette auto-stigmatisation suicidaire s'est faite avec cette PS qui est morte bien qu'ayant ses ARV. En effet, selon cette conseillère communautaire, l'on a découvert plusieurs boîtes d'ARV dans ses affaires alors qu'elle était malade :

« C'est arrivé à plusieurs personnes et j'ai vu. Des personnes comme moi que j'ai emmenées ici. Mais quand elles viennent prendre les médicaments, elles vont les cacher dans les maisons. Je suis fatiguée de leur parler. Je connais même une. Elle n'a pas voulu (prendre les médicaments) mais quand elle a rechuté, rien n'a été possible, elle est restée dedans, en laissant son enfant, nous avons fait ses obsèques. Elle a délaissé les médicaments parce qu'elle avait grossie, elle croyait qu'elle était guérie. Chaque jour je lui disais qu'elle n'était

pas guérie, elle devrait continuer de prendre les médicaments toujours. Cela fait plus de 10 ans que nous prenons les médicaments. Mais nous continuons de les prendre toujours. Mais si tu arrêtes tu rechutes. Et quand tu rechutes c'est la mort ! ».

Parfois aussi, les PS sont souvent contraints à la mobilité en raison de la stigmatisation dont elles sont victimes de la part de la population riveraine. C'est ce que révèlent l'assistante de recherche et l'assistante sociale lors de leur visite sur l'un des sites des PS :

« Nous sommes allés à T., les populations stigmatisent les PS. Elles ne veulent plus voir les PS. Il y a beaucoup d'entre d'elles qui se sont déplacées. Elles ne sont plus dehors. Et 5 de nos PDV ont donc voyagé. Et les PS présentes sur le site se cachent dans les cours depuis le mois d'octobre. ».

Cette situation d'insécurité s'étend le plus souvent avec les forces de l'ordre. En effet, les PS sont victimes du racket policier et sont parfois conduits dans des commissariats ou emprisonnés. C'est le cas de ce PS interrogé à Abidjan qui témoigne en ces termes :

« Ces temps, souvent même que j'arrête un peu (le traitement) je vois que ça me fatigue. Comme dans ces temps-ci même j'ai fait deux (2) mois sans prendre parce que j'ai été raflé avec des amis sur le trottoir. Ils nous ont emmenés jusqu'à la MACA (Maison d'Arrêt et de Correction d'Abidjan). Vendredi surpassé même ils ont pris des filles. Là même ce n'étaient pas des travailleuses, des filles mêmes qu'ils ont déféré. Actuellement elles sont là-bas. Du central au Plateau, disons du commissariat à la MACA, et puis on les juge aussi. Souvent au jugement même, la première fois au jugement on nous a laissés. C'était la deuxième fois pour cette fois-ci là. ».

5.5 Taux de récupération des PDV dans le groupe actif

L'un des objectifs de cette étude est d'estimer le taux de récupération des PDV dans le groupe actif pendant l'étude et de documenter l'effort pour ramener ces PS en arrêt de traitement. Il s'agissait en effet, suite aux entretiens quantitatifs et qualitatifs des sous-études précédentes avec les assistants de recherche et le chef d'équipe, de leur donner un rendez-vous dans leur centre de prise en charge pour la reprise de leur traitement. Ainsi, sur l'ensemble des 167 prétendus PDV recherchés activement, on dénombre un total de 20 PDV revenus aux soins au moment de l'enquête, soit un taux de récupération global de près de 12 %. En considérant les 111 PS pour qui des informations ont pu être obtenues, on obtient un taux de récupération de 18 %. Ce taux devient encore plus important (30 %) en considérant l'ensemble des 66 PS en arrêt de traitement et en voyage, c'est-à-dire en éliminant les PS décédés, les auto-transferts et les PS pour qui aucune information n'a été obtenue. Par ailleurs, lorsqu'on s'intéresse aux 31 PS avec qui des interviews ont été menés, le taux de récupération passe à 65 %.

Estimation financière des efforts de récupération des PDV

Les activités liées à la recherche active des PDV pour leur retour aux soins n'a pas été sans coût financier dans cette étude. Depuis les appels téléphoniques émis, en passant par les visites à domicile et sur site de prostitution ou les lieux de travail jusqu'à l'usage des services des pairs éducateurs, l'équipe de recherche sur le terrain a documenté toutes ces actions et

estimé financièrement leurs coûts. Ainsi, l'observation des données du tableau 13 révèle que les dépenses effectuées dans le cadre de la recherche des PDV sont très diversifiées variant de moins de 1000 F (47 %) à plus de 10 000 F (1 %). En outre, l'on peut globalement observer que la recherche des PS à San Pedro a généré des dépenses de moins de 1000 F pour la majeure partie d'entre eux (78 %) alors qu'Abidjan cette même recherche a induit des dépenses comprises entre 5 000 et 10 000 F CFA pour plus de la moitié (56 %) des PS recherchés.

Tableau 13 : Répartition (%) des PDV selon le montant des dépenses effectuées et le site de l'étude.

classes des dépenses (F.CFA)	Abidjan		San Pedro		Ensemble	
	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%
Moins de 1 000	19	21	59	78	78	47
1 001-5 000	20	22	15	20	35	21
5 001-10 000	51	56	1	1	52	31
Plus de 10 000	1	1	1	1	2	1
Total	91	100	76	100	167	100
Dépenses totales (F.CFA)	454 500		66 700		521 200	
Coûts moyens pour la récupération d'un PDV (F.CFA)	56 813		5 558		26 060	

Comme en fin d'étude, ce sont seulement 20 PS en arrêt de traitement qui ont pu être récupérés dans le groupe actif, alors on peut estimer le coût moyen pour la récupération d'un PDV à 26 060 F CFA dans l'ensemble. Cette estimation varie considérablement d'un site à l'autre. On constate qu'à San Pedro, il faut en moyenne près de 5 560 F CFA pour ramener un PDV dans les soins alors qu'Abidjan, il faudrait plus de 10 fois ce même montant, soit près de 56 800 F.CFA.

5.6 Motivations de retour aux soins

Cette partie utilisera uniquement les données recueillies lors des entretiens qualitatifs menés dans le but de déterminer les motivations de retour aux soins. La cible était donc constituée des PS sous ARV ayant déjà été déclarés PDV au moins une fois et qui sont retournés soit volontairement aux soins ou soit il s'agissait d'un retour suscité par des tiers.

a) la rechute ou la dégradation de l'état de santé

Les PS sous ARV connaissent souvent des moments d'arrêt de traitement qui se situent ici entre trois mois et deux ans pour des raisons que nous avons évoquées ci-dessus. Pendant ce long temps passé loin des médicaments, l'on constate chez les PS un changement s'opérer au niveau de leur état de santé. C'est la rechute ou la réapparition des infections opportunistes qui sont, entre autres, le paludisme, le manque d'appétit et les maux de tête. Une PS du centre Espérance retournée aux soins qui a fait l'expérience décrit sa situation :

« J'étais toujours malade. Tantôt c'est moi qui ai maux de ventre, les maux de tête. En tout cas, un peu de tout... Genre tout mon corps me fait mal on dirait quelqu'un qui a rhumatisme. Bon, souvent j'ai vertige, je n'ai pas l'appétit, tout ça-là, les maux de tête violents. Ma tête me fait mal, tout de suite, je prends médicament, ça se calme. Dès que la dose du médicament quitte, ça reprend comme zéro. Même j'ai eu genre fontanelle tout ça-là ».

Ce malheureux changement d'état pousse ainsi les PS à une « prise de conscience » qui les amène à prendre la décision du retour aux soins, nous indique cette PS retournée aux soins de la Clinique de Confiance : *« Je vis actuellement chez ma maman. Pour régler mon souci, je tombe malade seulement. Ça peut aller deux jours, trois jours. Quand je décide d'aller me chercher (faire le travail de PS) pour résoudre mon problème, je tombe malade. C'est là je suis venue à la clinique ».* Cette expérience est partagée avec une PS retournée aux soins du centre Espérance :

« Là-là, je me suis demandée si ce n'est pas le médicament que j'ai arrêté qui a provoqué ces maladies qui s'ajoutent à l'autre maladie (VIH) dans mon corps. C'est comment, comment, je vais essayer pour voir. Je vais retourner à cause de mes enfants. Il ne faudrait pas que je les laisse à terre, c'est-à-dire que je les quitte, qu'ils ne deviennent pas orphelins ».

C'est dire que cette PS est bien consciente des conséquences de l'arrêt du traitement. Pour elle, en effet, l'arrêt des ARV peut lui donner la mort ; ce qui pourrait compromettre l'éducation et l'avenir des enfants. Alors, à l'analyse, le retour aux soins est parfois effectué par rapport aux enfants pour qui la mère est peut-être le seul soutien à tous égards.

b) L'espoir d'un « bon médicament » contre le VIH

Le retour aux soins des PS est aussi déterminé par l'espoir d'obtenir un jour le remède qui pourrait leur apporter la guérison. Selon eux, en effet, un remède pourrait être trouvé un jour compte tenu des avancées actuelles de la science en la matière. Pour bénéficier de cet éventuel remède, il faut être en vie et pour être en vie, il faut suivre son traitement ARV qui est pour l'instant le seul traitement disponible. C'est cet espoir qu'évoque ici cette PS retournée aux soins du centre Espérance :

« Peut-être si tu prends ton médicament et qu'on trouve un bon médicament un jour, ça pourrait te permettre d'être guérie totalement. Mais si tu n'as pas pu faire, peut-être que tu meures aujourd'hui et c'est le lendemain qu'on trouve le médicament qui pourrait te guérir totalement. Malheureusement, voilà toi, tu es déjà partie ».

c) Suscité par les agents de santé

Le personnel du centre de suivi joue parfois un rôle essentiel dans le processus de retour aux soins des professionnels du sexe. En effet, dans leurs échanges avec les PS PDV lors des rencontres, ils parviennent toujours à leur faire prendre conscience du fait qu'un arrêt du traitement peut les mener à la mort. D'où la nécessité pour eux de retourner au centre pour continuer leur traitement. Une PS retournée aux soins témoigne ::

« ... A chaque fois qu'elle me voit elle me réprimande. Elle dit que si je fais comme ça-là, je vais perdre ma vie. Donc, d'arrêter ; que ce n'est pas bon. Elle, c'est quand je suis venue qu'elle m'appelée et puis elle m'a parlé, parlé, parlé. Après, elle m'a remise à ma raison quoi. Voilà. Bon, après, je suis partie, j'ai réfléchi. Et j'ai trouvé que justement ce qu'elle a dit c'est la réalité, il n'y a pas plus que la vie parce que la vie est belle ».

5.7 Motivations d'auto transfert

Parfois, les PS souhaitent changer de centre pour la prise de leur ARV et cela pour diverses raisons.

a) Eviter de payer le transport

A San Pedro, même si les PS n'ont pas l'intention pour l'instant de changer de centre de santé, ils pensent tout de même qu'un désir de changement de centre pourrait être motivé par le souci d'éviter ou de minimiser les dépenses liées au transport. Par exemple, ceux qui auront changé de localité pour des raisons d'activités prostitutionnelles ou autres ne verraient pas l'intérêt de continuer à fréquenter le même centre alors qu'il y a un centre de prise en charge sur place dans la localité/commune d'accueil. C'est cette idée que nous expose ici cette PS PDV :

« Par exemple je peux aller vivre à Tabou. C'est normal, puisque nous, on ne reste pas tranquille. Soit à Soubéré, Gagnoa ; donc si je suis là-bas, je fais quoi ? Donc, si je suis là-bas, je ne peux pas payer le transport pour venir à San Pedro. Voilà, c'est de ça que je veux parler ».

b) Centre plus proche de leur maison/lieu de travail.

Une autre raison de l'auto-transfert souvent évoquée par les PS est relative aux déplacements des personnes à l'intérieur d'une même ville comme celle d'Abidjan. Ces déplacements se perçoivent ici au niveau des déménagements qui se font pour des raisons diverses. En effet, l'analyse des entretiens que nous avons réalisés à la Clinique de Confiance montre que certains PS PDV ont dû déménager ces derniers mois. Selon une opportunité de travail de *gouvernante* ou de cherté du loyer par exemple, les PS se voient obligés de déménager. Ces incessants déménagements les éloignent du coup de leur centre de prise en charge et les amènent ainsi à s'orienter vers d'autres centres se trouvant à proximité du nouveau lieu d'habitation ou de travail. C'est l'exemple de cette PS qui se faisait suivre à la Clinique de Confiance et qui est aujourd'hui dans un autre centre de santé plus proche de son lieu de travail et d'habitation :

« Comme j'ai eu travail dans cette commune, là le temps de partir là-bas (la Clinique de Confiance) et puis remarquer encore venir prendre voiture marcher là, ça me fatigue. Les soirs quand je rentre là je ne peux pas me lever tôt pour partir ; tout mon corps me fait mal. C'est ça ma sœur m'a dit il y a une clinique non loin d'ici (Nom de clinique omis), de prendre là-bas. Comme c'est tout près là, là si c'est 11H, 10H, 9H si je suis là, là au moins je peux marcher pour venir. C'est ça qui a fait et puis je ne suis plus venue là ».

c) Non satisfaction au niveau de l'ancien centre : réception pas discrète, refus de soigner

À la Clinique de Confiance, le premier des deux PS dont nous rapportons les propos ici trouve que les réceptionnistes ne sont pas discrètes. Il dit ceci :

« A la clinique là-bas, dès l'accueil on peut deviner aisément le statut de chaque patient. Il n'y a aucune discrétion lorsqu'on vous demande l'objet de votre visite. Par exemple, elles te demandent c'est faire une consultation ou un bilan ? ».

La question telle que posée permet de comprendre si tel PS est infecté ou non. Elle dévoile le statut confidentiel du PS sous ARV.

La seconde personne PS, au cours d'un entretien que nous avons réalisé, a évoqué le refus de recevoir sa fille infectée et qui était dans un état grave à l'accueil. Elles ont été refoulées. Voici à propos ce qu'elle dit :

« Moi je ne leur ai rien dit en ce qui concerne le décès de l'enfant. Ils m'ont demandé « pourquoi tu ne venais pas ? » Je dis « rien ». Je ne leur ai pas dit c'est parce que vous ne m'avez pas bien reçue ou quoi que ce soit. Mais ce est sûr, ce qu'ils m'ont fait qu'ils ne refassent plus ça à quelqu'un. Il faut qu'ils reçoivent bien les gens car s'ils ne le font pas les gens ne vont plus venir. ».

Ces personnes indiquent qu'elles n'ont pas été bien reçues. L'entretien de la seconde a été des moments de très fortes émotions. Il y avait une ferme résolution de ne plus fréquenter la Clinique de Confiance. La mauvaise qualité du service d'accueil est aussi un des facteurs de l'auto-transfert au niveau des PS. Il montre indiscutablement l'importance qu'il faut accorder à l'accueil et faire preuve d'attention quotidienne et permanente.

d) Avantage au niveau centre : Argent et kit alimentaire

Dans le jargon des Assistantes Sociales, l'on parle du « papillonnage ». Selon les services offerts au sein des différents centres de soins, les PS en fonction de leur besoin et de leur difficulté choisissent de s'auto transférer afin de bénéficier de certain service qu'ils n'obtiennent pas dans leur ancien centre. Relevons les propos de cette PS femme sous ARV :

« Il y a une carte ici on paye, quand tu payes là quand tu es malade tu vas à la pharmacie et puis on te donne mais c'est arrivé un moment je n'ai rien sur moi, je n'ai rien sur moi pour venir. Simple carte là même ça me fait honte quand je viens c'est pour donner les médicaments là seulement, même si j'ai mal à la tête, j'ai quoi ho ? Je n'ai pas ordonnance donc comment ils vont faire pour te donner, tu n'as pas payé carte là. Donc, je suis restée là-bas, quand je suis restée là-bas. On te donne sac de riz ou quelque chose, c'est-à-dire l'argent. Là-bas (dans l'autre centre), si tu es malade tu vas à l'hôpital dans leur hôpital on te soigne, tu vas, tu vois docteur là, on prend tension, on prend quoi quoi, on met thermomètre. Si ils ont fini de prendre, on te dit « faut te mettre là-bas tu vas aller voir le docteur ». Donc ce que tu as, façon tu souffres ou tu es malade ou tu as mal à la tête tu t'en vas expliquer à le monsieur si il te donne ordonnance là maintenant tu rentres chez la femme,

tu vas à la pharmacie, tu demandes le prix et puis tu rentres chez la femme blanche là. Lui-même il paye les médicaments pour toi. La femme aussi quand je lui ai expliqué mes problèmes elle dit elle a compris donc elle me donnait les bons, chaque deux semaines elle me donne 10.000 F.CFA pour mon loyer plus 2 Kilos de riz, 1 Kilo de sucre on me donne chaque deux semaines ».

e) Suivi médical dans un autre centre qui offre également les ARV

Au niveau du centre Espérance de San Pedro, il arrive parfois que les PS fassent de l'auto-transfert sur recommandation des prestataires de soins du centre d'accueil qui les suivent dans le cadre du traitement de certaines infections opportunistes. Ces recommandations sont faites surtout dans le but d'éviter une multiplicité de centres de soins au niveau des patients. En ce sens, une PS affirme ceci :

« Enfin ! Je n'ai pas eu envie de changer. Comme il y a eu une autre maladie, on dit colopathie, donc c'est lui qui me suit. Il dit pourquoi je ne vais pas rester là-bas au lieu de faire deux coins, deux coins, c'est-à-dire deux centres. C'est ça je suis engagée là-bas, je suis là-bas ».

Bien qu'étant à l'origine de ces auto-transferts, les agents de santé ne prennent pas souvent le soin d'informer plus tard leurs collègues du centre de provenance du patient.

Par ailleurs, la quasi-totalité des PS que nous avons interviewés, toujours au niveau du centre Espérance de San Pedro, ne manifestent pas le désir de changer de centre de soins et ceci, pour deux raisons essentielles :

- La proximité du centre de soins avec le lieu d'habitation qui éviterait des dépenses en matière de transport. Ce qui confirme ce qui a été dit ci-dessus. Une PS PDV qui vient par moments au centre à pieds soutient: *« Les autres (centres de santé) sont éloignés, tant que tu n'as pas payé 400 F.CFA comment tu peux aller là-bas ? Ici là, je peux marcher pour venir. Peu importe l'heure à laquelle tu arrives ».*
- Le souhait de rester fidèle à un seul centre et de ne pas ainsi papillonner d'un centre à un autre. Cette autre PS PDV exprime cette fidélité en ces termes : *« Je préfère me traiter ici puisque'au début de ma maladie, c'est ici j'ai commencé. Donc, je serai toujours avec eux. Parce qu'aujourd'hui, c'est eux qui connaissent mon mal, ils connaissent comment je dois vivre et comment je ne dois pas vivre. Je leur ai tout expliqué. Donc, à quoi bon aller me faire suivre dans un autre centre pour avoir deux ou trois numéros ? Je préfère avoir un seul numéro et puis on avance ».*

Les propos de la seconde participante sont l'expression même des mesures de prudence souvent observées par les PS pour éviter le dévoilement de leur statut qui est considéré comme *« un secret personnel »*. En clair, ils ne souhaiteraient pas que d'autres personnes en dehors du centre de suivi soient informées de leur statut. Aller d'un centre à un autre signifierait pour eux propager ou diffuser l'information. Quelles sont donc les stratégies

acceptables des PDV afin de résoudre les problèmes de retards aux RDV et d'arrêt du traitement ARV ?

5.8 Stratégies acceptables pour prévenir et pour rechercher les PS PDV

Ces résultats proviennent essentiellement de l'étude E.

Lors des différentes interviews menées dans les deux centres, les PS ont avancé des idées pouvant permettre de prévenir leur sortie du circuit des soins. Tout d'abord, le rappel de leur RDV est l'un des éléments qui a émergé de leurs discours. A cet effet, le téléphone portable serait le premier moyen mobilisé car à partir des appels téléphoniques ou des SMS on peut aisément entrer en contact avec les patients et leur rappeler leurs RDV au centre.

Le témoignage d'une PS PDV à ce sujet :

« C'est ce que j'ai dit. Si ça arrive vous pouvez m'appeler sur mon numéro : ton RDV c'est demain, il faut faire tout possible pour venir. Là, vite fait, je vais venir ».

Une PS retournée aux soins montre ici le bien que pourrait procurer le rappel des RDV :

« ... peut-être j'avais oublié et puis on m'envoie message et puis j'ai vu. On m'a rappelé, on m'a fait du bien ».

Ces deux discours montrent bien que des PS sont favorables à la réception d'appel et/ou de messages provenant des agents du centre de soins :

« Si tu as envoyé message aussi c'est bon. Si tu m'as appelé aussi c'est bon. Tous les deux sont bons ».

Toutefois, une difficulté se présente en ce qui concerne les SMS. Il s'agit, en effet, de l'analphabétisme de certains PS qui se verraient obligés de recourir à l'entourage pour la lecture de leurs messages :

« Comme moi, je ne sais pas lire, donc même si on envoie un message, si je n'ai pas montré à quelqu'un là, je ne peux pas connaître ce qu'ils m'ont dit. »

Pourtant, le souci d'éviter de dévoiler le statut sérologique est permanent chez ces personnes. C'est ce qu'explique cette PS retournée aux soins :

« Ce n'est pas bien parce que si quelqu'un d'autre a pris là, ce n'est pas bon... si tu vis avec quelqu'un et puis la personne ne connaît pas là, et puis message est venu sur ça, s'il a vu il va te poser questions ».

C'est dire que l'envoi des messages n'est pas le moyen le mieux indiqué en ce sens qu'il peut être source de plusieurs interrogations de la part de l'entourage des PS. Ainsi on pourrait penser que les appels téléphoniques sont plus adaptés à cette situation dans la mesure où ils causeraient moins de préjudices aux PS même si les données quantitatives recueillies ne montrent pas de lien significatif entre l'envoi des SMS et le statut de PDV.

Par ailleurs, les visites à domicile (VAD) constituent aussi pour les PS PDV et retournés aux soins un moyen utile pour l'amélioration du suivi du traitement :

« Moi, je n'ai pas de problème. Celui qui veut me rendre visite, tu peux me rendre visite ».

En plus de leur but de rappeler les RDV, les visites à domicile pourraient permettre aussi de s'enquérir régulièrement de l'état de santé du patient et au besoin, d'acheminer les ARV en cas d'empêchement de celui-ci à se rendre au centre de soins pour le suivi du traitement :

« Même si tu as ton RDV et puis tu ne peux pas venir, il peut prendre (les médicaments) pour t'envoyer... ».

Malgré les avantages que pourraient procurer les visites à domicile, elles ne rencontrent pas l'adhésion de tous les PS. Certains ne sont pas d'avis favorable pour les visites à domicile et l'argument avancé est le suivant :

« Parce que je n'aimerais pas que ma voisine ou bien mon voisin soient au courant ».

En effet, les visites à domicile suscitent parfois des questionnements et des suspicions de la part du voisinage en raison de la stigmatisation. Les PS se trouvent alors obligés d'user de stratagèmes pour éviter que le lien entre eux et le centre de soins soit établi. Une PS retournée aux soins raconte son expérience:

« ... une fois quand elle est venue me rendre visite, elle est sortie. Mon tuteur m'a demandé " la femme-là, je la connais. Elle est venue faire quoi ici" ? Puisqu'elle et moi, on habite le même quartier mais elle habite derrière. J'ai dit non, c'est une sœur, elle est venue me rendre visite. On a causé. Il dit « il faut bien faire ! Je la connais à APROSAM là-bas...Ils ne reçoivent uniquement que les filles qui se cherchent (les PS) et puis les filles qui sont malades, c'est-à-dire séropositives. »

VI- DISCUSSIONS

Cette étude à multiples volets a permis de faire ressortir plusieurs éléments permettant de mieux comprendre la faible rétention des PS sous ARV en Côte d'Ivoire. Les résultats nous donnent des pistes pour réviser et pour renforcer les interventions existantes dans le cadre de la prévention et la recherche active des PS PDV.

Cette étude a montré que la rétention des PS sous ARV dans les soins dépendait des appels téléphoniques effectués pour le rappel des RDV, de l'appartenance des PS aux groupes de support, du partage de leur statut sérologique, de la disponibilité des ARVs et des connaissances et croyances liées aux ARVs.

Incidence des PDV :

L'étude cohorte a montré que plus d'un PS sur cinq en retard pour leur dernier RDV (22 %) devient PDV au bout de trois mois. Cette incidence est encore plus importante au sein de la cohorte suivie de façon rétrospective (29,2 %) relativement à la cohorte prospective (10,4 %). Il faut noter qu'au démarrage de l'étude, des appels téléphoniques ont commencé à être émis pour le rappel des RDV, alors que les SMS étaient utilisés pour jouer ce rôle auparavant. Cette pratique pourrait donc expliquer la forte incidence des PDV dans la cohorte rétrospective par rapport à la cohorte prospective. Ainsi, on comprend qu'avec l'étude, les comportements ont changé passant ainsi de l'émission des SMS avant le début de l'étude aux appels téléphoniques pendant l'étude. Cette pratique remet en cause la bonne pratique de l'activité routinière qui consistait à l'usage des SMS pour le rappel des RDV.

Facteurs de risque pour une PS de devenir PDV :

Un ensemble de facteurs relatifs à la rétention des PS dans les soins est ressorti dans cette étude. Certains tels que la naissance en Côte d'Ivoire, le fait de recevoir des appels téléphoniques pour le rappel de son RDV, le partage du statut sérologique, l'appartenance aux groupes de support sont ressortis comme des facteurs empêchant les PS de devenir PDV. Par contre, d'autres facteurs tels que le célibat, les ruptures de stock ARV, les croyances religieuses, l'amélioration de l'état de santé, les coûts liés au traitement, les voyages et déplacements, les effets secondaires, les idées erronées sur les ARV sont ressortis comme des facteurs de risques pour une PS de devenir PDV.

Un résultat auquel l'étude permet d'aboutir, est que recevoir des appels téléphoniques pour le rappel de leur RDV évite aux PS sous ARV de sortir du circuit des soins. Alors que dans cette étude, les appels téléphoniques permettent de limiter le phénomène de PDV, dans l'étude menée par URC en population générale, il a été démontré que les appels téléphoniques permettent de retrouver les PDV. Il y a certes une différence entre les deux études puisque l'une permet de prévenir le risque de devenir PDV tandis que l'autre favorise le retour des PDV aux soins. Toutefois, il est important de souligner le rôle crucial que jouent les appels téléphoniques dans ces études.

Un autre facteur, pouvant favoriser la rétention des PS dans le circuit des soins, est de vivre dans une situation maritale. Ce résultat n'est pas spécifique aux PS, car il a été démontré en population générale par l'étude conduite par URC (19). En effet, on pourrait comprendre cette situation par l'absence d'un soutien familial dans le suivi du traitement chez les célibataires ; ce qui les expose au risque de devenir PDV.

Le partage du statut sérologique avec un membre de l'entourage a une influence sur le maintien des PS dans le circuit des soins. C'est en cela qu'il a été démontré par la présente étude, que les PS n'ayant pas partagé leur statut sont plus susceptibles de sortir du circuit des soins. Ce constat est également fait dans le cas de la tuberculose. En effet, une étude portant sur les facteurs prédictifs du statut « perdus de vue » au cours du traitement de la tuberculose, a montré qu'informer une personne de sa maladie permettait une réduction du risque d'être PDV ($p=0,004$).³

Les résultats quantitatifs sur les facteurs socioéconomiques tels que les frais de transport, l'exercice d'une autre activité et le soutien alimentaire ne sont pas significatifs contrairement aux résultats obtenus en population générale par l'étude de URC (19). Toutefois, les données qualitatives ont permis de faire ressortir ces facteurs comme obstacle à une meilleure observance du traitement ARV et cela, à travers le témoignage de certaines PS.

Par ailleurs, une étude réalisée au Mali a montré qu'habiter dans le cercle de Ségou diminue le risque de devenir PDV. En d'autres termes, les coûts de déplacement ont une importance pour l'observance à une échelle agrégée⁴.

Tout comme en population générale (19), le soutien qu'apportent les groupes de support VIH+ chez les PS est très important dans la poursuite du traitement ARV. En effet, l'étude a démontré que l'appartenance des PS à un groupe de support VIH+ permet de réduire les sorties de la file active. C'est en cela qu'il est important pour les prestataires de soins d'encourager les PS à intégrer les groupes de support VIH positif.

Les facteurs liés au système de santé tels que la disponibilité des médicaments, le support reçu de la part des centres de soins et le counseling à l'observance du traitement sont des facteurs sur lesquels des programmes et des actions peuvent facilement intervenir pour une meilleure prise en charge. Les résultats indiquent que les PS ayant déjà été confrontés à une rupture de stock sont plus susceptibles d'être PDV par rapport aux autres. Ce résultat contredit celui obtenu en population générale qui montre que ce sont plutôt les patients qui n'ont pas été confrontés à une rupture de stock qui sont plus susceptibles de devenir PDV. Ce qui semble être en réalité un résultat contre intuitif. Aussi, même si la quasi-totalité des PS dans notre étude a noté avoir reçu une conversation avant et pendant leur traitement de la part du personnel de santé, la mauvaise qualité des services d'accueil est souvent ressortie lors des entretiens qualitatifs. Cette mauvaise qualité des services d'accueil peut favoriser des sorties du circuit des soins ou dans le meilleur des cas, motiver des auto-transferts de la part des PS.

³ Horo K, et al. (2011). Facteurs prédictifs du statut « perdus de vue » au cours du traitement de la tuberculose *in Revue des Maladies Respiratoires*, Volume 28, Issue 7, Septembre 2011, pp894-902.

⁴ Lurton G (2008) Les perdus de vue dans la file active de la région de Ségou, Sciences –po Paris, Master Affaires Internationales, 59p

Les connaissances erronées des PS du VIH et des ARV constituent des facteurs de risque liés à la sortie des patients du groupe actif. Croire qu'on peut guérir du VIH par la religion, la médecine traditionnelle ou un autre moyen favorise cette sortie du groupe actif. Ces résultats confirment ceux obtenus en population générale, à savoir « l'utilisation d'autres médicaments favorise le statut de PDV » et « le fait de croire que les pratiques religieuses peuvent remplacer les ARV rendent les patients plus susceptibles de sortir du circuit des soins ». En outre, en analysant les caractéristiques des PDV à Kinshasa (RDC), Molamba⁵ (2009) souligne que la crise socioéconomique a favorisé l'émergence de plusieurs mouvements religieux qui annoncent des guérisons miraculeuses par la prière. De telles croyances favorisent l'abandon du traitement ARV.

Par ailleurs, la poursuite ou non du travail du sexe de la part des PS n'est pas ressortie de façon significative selon le statut de PDV. Toutefois, cette activité peut être vue comme un facteur de risque dans le suivi du traitement. Elle exige parfois une mobilité de la part des PS pour l'obtention d'un gain plus accru. Cette mobilité est parfois due au racket dont ils sont victimes et cela est ressorti dans le volet qualitatif de cette étude. Dans tous les cas, cette situation ne facilite toujours pas la prise des ARV. Aussi, les résultats de la recherche active ont-ils relevé une proportion de près de 16 % de PS PDV en voyage. Pour ces derniers, en considérant que les procédures nationales ne permettent pas la poursuite du traitement en dehors de son centre d'enrôlement, on pourrait conclure que ces PS en voyage sont en arrêt de traitement et donc, sortis du circuit des soins.

Composition du groupe des PDV :

La présente étude a permis de savoir que sur les 167 PS PDV, il y a en réalité 18 % de décédés, 9 % d'auto transférés, 16 % de PS en voyage, 19 % d'interviews, 5 % de refus et 33 % pour qui on ne dispose d'aucune information. Le taux élevé des PS pour qui aucune information n'a été obtenue, est principalement dû au manque d'information dans leur dossier. On voit aussi que cette recherche a permis de savoir qu'il y a des décès et des auto transferts qui contribuent à augmenter le nombre de PS PDV. Ces derniers résultats obtenus sont bien différents de ceux obtenus dans la population générale par l'étude d'URC.

Au niveau de la taille de l'échantillon, c'est 167 PS PDV qui ont été recherchés contre 7070 PDV recherchés en population générale. La proportion de PS décédés n'est pas significativement différente des décédés en population générale. En dehors de cela, toutes les autres données recueillies en population générale (23 % de décédés, 22 % d'auto transférés, 32 % de refus, 24 % d'interviews menés et 57 % pour aucune information) sont plus importantes que celles collectées au niveau des PS. Cette tendance est plus ou moins normale puis que la population des PS est contenue au sein de la population générale. La faiblesse de l'échantillon au niveau des interviews menés (31 cas, soit 19 %) pourrait s'expliquer par la spécificité liée aux populations cachées et mobiles.

Raisons d'arrêt du traitement

⁵ Molamba D. A. (2009) Caractéristiques et devenir des patients perdus de vue sous traitement antirétroviral au sein des structures médicales appuyées par la coopération technique allemande dans la ville de Kinshasa, Université de Bordeaux 2, Master 2 Santé publique.

Les résultats de l'étude sur les raisons d'arrêt confirment ceux recueillis par plusieurs études. En effet, l'étude a montré que le principal motif d'arrêt du traitement ARV est la fatigue liée à la prise des ARV. C'est en réalité l'envie de vouloir retourner à une vie normale et se défaire du poids et de la prise excessive des ARV qui conduisent les PS à arrêter leur traitement. Cela a été démontré dans une étude de cohorte rétrospective menée à Kampala en Ouganda dont l'objectif était de comprendre les raisons d'arrêt du traitement ARV dans la population générale (7). Toutefois, cet argument n'est pas ressorti dans les raisons avancées en population générale. Par ailleurs, les autres raisons telles que les effets secondaires, les voyages, les problèmes financiers, la croyance en une guérison divine, la sensation d'être guéri, la non acceptation de la maladie, la peur du dévoilement de son statut sont des raisons qu'on retrouve plus ou moins en population générale dans l'étude d'URC (19). L'une des raisons évoquée par près de 5 % des PS et qui leur semble spécifique est l'incompatibilité des heures de prise des ARVs avec leur activité.

Taux de récupération des PDV

L'un des avantages de cette étude est de pouvoir calculer le taux de récupération des PS PDV dans les soins. C'est près de 12 % des PS qui sont retournés dans les soins. En effet, en écartant les PS décédés et les PS qui se sont auto-référés à d'autres centres de prise en charge, c'est-à-dire en considérant uniquement, les PDV en voyage et les PDV en arrêt de traitement, on estime à près de 16 % le taux de récupération des PDV dans le groupe actif.

Idéalement, on pourrait penser que le fait pour les PS en arrêt de traitement d'accepter de participer à un entretien pourrait aboutir à une reprise du TARV. Cependant, sur les 31 cas interrogés, on note que près de 65 % sont retournés aux soins à la fin de l'enquête. Il s'agit de 8 cas sur les 11 à Abidjan (73 %) et 12 cas sur les 20 à San Pedro (60 %).

Par ailleurs, cette étude a montré qu'il faut en moyenne 26 000 F pour récupérer un PS dans les soins. A San Pedro ce coût moyen est de 5 500 F alors qu'Abidjan il faut dix fois plus pour ramener un PS dans les soins, soit 56 000 F. Cette différence s'avère tout de même considérable entre les deux sites de l'étude même si l'on considère que la ville d'Abidjan est plus dense et d'une taille très importante que celle de San Pedro. Au vu donc de ces montants trop élevés pour ramener les PS dans les soins, l'accent doit être mis sur la prévention des PDV en raison des méthodes de recherche et du contexte qui ne sont pas coût efficace.

VII- CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

Dans la riposte contre l'épidémie du VIH/Sida, le traitement antirétroviral occupe une place indispensable dans la mesure où l'élargissement de son accès permet de faire reculer le nombre de décès chez les personnes vivant avec le VIH. Mais encore faut-il que les PVVIH ne quittent pas le circuit des soins c'est-à-dire ne deviennent des PDV.

Le constat actuel est que, même avec la gratuité de la prise en charge des patients sous ARV en Côte d'Ivoire, les centres de prise en charge font face à un taux considérable de PDV. En devenant PDV, les patients mettent directement en danger leur propre santé mais aussi celle des autres puisqu'ils peuvent développer des résistances qui pourraient se diffuser dans la population.

La présente étude portant sur la faible rétention des PS sous ARV a permis de tirer de nombreux enseignements. En effet, l'incidence des PDV chez les PS est encore élevée (22 %). De nombreux facteurs tels que les appels téléphoniques, la situation matrimoniale, l'appartenance aux groupes de supports, les croyances religieuses, les connaissances erronées sur le VIH et les ARV, la disponibilité des ARV, le partage du statut sérologique sont associés à la rétention des PS dans les soins ARV. C'est en cela que la problématique de la rétention des PS sous ARV mérite beaucoup d'attention. Aussi, la double stigmatisation dont elles sont victimes ne favorise toujours pas un meilleur suivi du traitement. En effet, les PS sont rejetés dans un premier temps en raison de leur statut de PS et dans un second temps du fait de leur statut de PV VIH.

Cette étude a eu l'avantage d'identifier plusieurs facteurs liés à l'arrêt du traitement chez les PS sous ARV. En outre, cette étude a permis de définir des stratégies acceptables pour prévenir le phénomène de PDV chez les PS. Les résultats pourront aider le gouvernement, les partenaires techniques et financiers et les différents programmes à améliorer la rétention des PS dans le circuit des soins. Par ailleurs, au vu des coûts très importants pour ramener un PS dans les soins, il s'avère plus que nécessaire de mettre l'accent sur les actions de prévention du phénomène de PDV chez les PS.

A l'issue de cette étude, les recommandations suivantes sont formulées en vue d'augmenter considérablement la rétention des PS dans les soins ARV et réduire le nombre de PDV dans la population des PS sous ARV:

❖ **A l'endroit des centres de prise en charge**

- Effectuer des appels téléphoniques en lieu et place des messages(SMS) pour le rappel des RDV ;
- Affiner et mettre à jour les informations contenues dans les dossiers des PS (Numéro de téléphone, adresse géographique, etc.) ;
- Renforcer la qualité des services offerts notamment au niveau de l'accueil ;
- Assurer la disponibilité régulière des ARVs
- Encourager les PS à intégrer les groupes de support VIH positif ;
- Encourager les PS à partager leur statut afin de bénéficier d'un soutien moral ;
- Informer davantage les PS sur les effets des ARVs et renforcer leurs connaissances sur le VIH ;
- Sensibiliser les PS sur la nécessité d'informer de leur auto-transfert vers d'autres centres de prise en charge

❖ **A l'endroit du gouvernement et des Bailleurs de fonds :**

- Renforcer les campagnes de sensibilisation à l'observance du traitement ;
- Mettre à la disposition des centres, des moyens pour faciliter la recherche des PDV ;
- Intégrer les kits alimentaires dans la prise en charge des PS sous ARV;
- Intensifier la sensibilisation en faveur de l'objectif « zéro stigmatisation» visé par l'ONUSIDA.

BIBLIOGRAPHIE

- (1) ONUSIDA, rapport 2012. 2012.
- (2) Vuylsteke B, Semde G, Sika L, Crucitti T, Ettiegne T, V, Buve A, et al. HIV and STI prevalence among female sex workers in Cote d'Ivoire: why targeted prevention programs should be continued and strengthened. *PLoS One* 2012;7(3):e32627.
- (3) Vuylsteke B, Semde G, Sika L, Crucitti T, Ettiegne T, V, Buve A, et al. High prevalence of HIV and sexually transmitted infections among male sex workers in Abidjan, Cote d'Ivoire: need for services tailored to their needs. *Sex Transm Infect* 2012 Feb 11.
- (4) Vuylsteke B, Vandenhoudt H, Langat L, Semde G, Menten J, Odongo F, et al. Capture-recapture for estimating the size of the female sex worker population in three cities in Cote d'Ivoire and in Kisumu, western Kenya. *Trop Med Int Health* 2010 Dec;15(12):1537-43.
- (5) MSHP-PNPEC. Guide de prise en charge thérapeutique des PVVIH, Côte d'Ivoire. Accessible à <http://www.pnpec.ci/doc/GUIDE%20DE%20PRISE%20EN%20CHARGE.pdf>. 2009.
- (6) Rosen S, Fox MP, Gill CJ. Patient retention in antiretroviral therapy programs in sub-Saharan Africa: a systematic review. *PLoS Med* 2007 Oct 16;4(10):e298.
- (7) Alamo ST, Colebunders R, Ouma J, Sunday P, Wagner G, Wabwire-Mangen F, et al. Return to normal life after AIDS as a reason for lost to follow up in a community-based antiretroviral treatment program. *J Acquir Immune Defic Syndr* 2012 Mar 14.
- (8) Unge C, Sodergard B, Marrone G, Thorson A, Lukhwaro A, Carter J, et al. Long-term adherence to antiretroviral treatment and program drop-out in a high-risk urban setting in sub-Saharan Africa: a prospective cohort study. *PLoS One* 2010;5(10):e13613.
- (9) Mills EJ, Nachega JB, Bangsberg DR, Singh S, Rachlis B, Wu P, et al. Adherence to HAART: a systematic review of developed and developing nation patient-reported barriers and facilitators. *PLoS Med* 2006 Nov;3(11):e438.
- (10) Lamb MR, El-Sadr WM, Geng E, Nash D. Association of Adherence Support and Outreach Services with Total Attrition, Loss to Follow-Up, and Death among ART Patients in Sub-Saharan Africa. *PLoS One* 2012;7(6):e38443.
- (11) Turpin RS, Blumberg PB, Sharda CE, Salvucci LA, Haggert B, Simmons JB. Patient adherence: present state and future directions. *Dis Manag* 2007 Dec;10(6):305-10.
- (12) Egger M, May M, Chene G, Phillips AN, Ledergerber B, Dabis F, et al. Prognosis of HIV-1-infected patients starting highly active antiretroviral therapy: a collaborative analysis of prospective studies. *Lancet* 2002 Jul 13;360(9327):119-29.

- (13) Jahn A, Floyd S, Crampin AC, Mwaungulu F, Mvula H, Munthali F, et al. Population-level effect of HIV on adult mortality and early evidence of reversal after introduction of antiretroviral therapy in Malawi. *Lancet* 2008 May 10;371(9624):1603-11.
- (14) May M, Boulle A, Phiri S, Messou E, Myer L, Wood R, et al. Prognosis of patients with HIV-1 infection starting antiretroviral therapy in sub-Saharan Africa: a collaborative analysis of scale-up programmes. *Lancet* 2010 Aug 7;376(9739):449-57.
- (15) Cohen MS, Chen YQ, McCauley M, Gamble T, Hosseinipour MC, Kumarasamy N, et al. Prevention of HIV-1 infection with early antiretroviral therapy. *N Engl J Med* 2011 Aug 11;365(6):493-505.
- (16) Eaton JW, Johnson LF, Salomon JA, Barnighausen T, Bendavid E, Bershteyn A, et al. HIV treatment as prevention: systematic comparison of mathematical models of the potential impact of antiretroviral therapy on HIV incidence in South Africa. *PLoS Med* 2012 Jul;9(7):e1001245.
- (17) Williams BG, Lima V, Gouws E. Modelling the impact of antiretroviral therapy on the epidemic of HIV. *Curr HIV Res* 2011 Sep;9(6):367-82.
- (18) Institut National de la Statistique (INS) et ICF International. Enquête Démographique et de Santé et à Indicateurs Multiples de Côte d'Ivoire 2011-2012 . Calverton, Maryland, USA : INS et ICF International. 2012 : 516p.
- (19) Kouassi Kan V, Coly A, Nguessan J, Dobé S, Agbo S, Zimin T, Dosso Y, Ackah A, Traoré V. Facteurs influençant la sortie des patients vivant avant avec le VIH du circuit de Traitement en Côte d'Ivoire. Rapport de Recherche et Evaluation. Publié par le Project d'Amélioration des Soins de Santé, Bethesda, MD : University Research Co, LLC (URC). 2013 : 51p.

ANNEXE 1 :Fiche de transcription sous-étude A

No	Question/Transcription	Codage	Remarques
Q001	Sous-étude	Cohorte prospective A Etude transversale B Etude Cas-Témoins C Cohorte prospective D Etude transversale E	
Q002	Ville	Abidjan 1 San Pedro 2	
Q003	Enquêteur	Code:	
Q004	Contrôleur	Code:	
Q005	Identifiant de l'étude	No: _____	
Q006	Date d'entrée dans l'étude (date à laquelle le patient est déclaré en retard)	Jour: ____ Mois: ____ Année: ____	
Dossier PS (à l'entrée de la clinique)			
Q007	Sexe	Homme 1 Femme 2	
Q008	Date d'inscription à la clinique (ouverture dossier)	Jour: ____ Mois: ____ Année: ____ (Si pas connu: 99 ou 9999)	
Q009	Pays de naissance	Côte d'Ivoire 1 Mali 2 Burkina Faso 3 Ghana 4 Guinée 5 Libéria 6 Togo 7 Benin 8 Nigéria 9 Autre pays africain 10 Autre pays non africain 11 Pas mentionné 99	
Q010	Durée de la prostitution: depuis	Jour: ____ Mois: ____ Année: ____ (Si pas connu: 99 ou 9999)	
Q011	Utilisation de préservatifs avec les clients	Toujours 1 Souvent 2 Quelques fois 3 Jamais 4	
Q012	Nombre de clients au dernier jour de travail	Nombre: ____ NSP 99	
Q013	Nombre de préservatifs utilisés ce jour	Nombre: ____ NSP 99	
Q014	Prix de la passe (dernier client)	Prix (en CFA): _____ NSP: 999 999	
Q015	Prix habituel	Prix (en CFA): _____ NSP: 999 999	

No	Question/Transcription	Codage	Remarques
Q016	Avez-vous un copain ou un mari ?	Oui 1 Non 2 Ne sait pas 9	
Q017	Utilisez-vous des préservatifs avec lui ?	Toujours 1 Souvent 2 Quelques fois 3 Jamais 4	
Q018	Test VIH fait ce jour?	Oui 1 Non 2 Ne sait pas 9	
Dossier ARV			
Q020	Etat matrimonial	Célibataire 1 Marié(e) 2 Vie maritalement 3 Divorcé 4 Veuf/veuve 5 Autre _____ 6 manquant 9	
Q021	Niveau d'études	Jamais allé à l'école 1 Primaire 2 Secondaire 3 Universitaire/supérieure 4 Manquant 9	
Q022	Date du diagnostic (test) VIH	Jour: ____ Mois: ____ Année: ____ (Si pas connu: 99 ou 9999)	
Q023	Date d'entrée aux soins VIH	Jour: ____ Mois: ____ Année: ____ (Si pas connu: 99 ou 9999)	
Q024	Date d'initiation ARV	Jour: ____ Mois: ____ Année: ____ (Si pas connu: 99 ou 9999)	
Q025	CD4 à l'initiation d'ARV	Cellules par mm3: ____ manquant: 9999	
Q026	Date prévue du RDV (dernier RDV mentionné dans le dossier)	Jour: ____ Mois: ____ Année: ____ (Si pas connu: 99 ou 9999)	
	Numéro de téléphone disponible		
Q027	Le patient a-t-il/elle été joint par téléphone pour rappel du RDV?	Oui 1 Non 2 Ne sait pas 9	
Q028	Date du premier téléphone	Jour: ____ Mois: ____ Année: ____ (Si pas connu: 99 ou 9999)	

No	Question/Transcription	Codage	Remarques
Q029	Résultat du premier téléphone	N'a pas pu être joint 1 Poursuit le traitement ailleurs 2 Veut arrêter le traitement 3 Promet de venir à la clinique 4 Autres _____ 5	
Q030	Date du deuxième téléphone	Jour: _____ Mois: _____ Année: _____ (Si pas connu: 99 ou 9999)	
Q031	Résultat du deuxième téléphone	N'a pas pu être joint 1 Poursuit le traitement ailleurs 2 Veut arrêter le traitement 3 Promet de venir à la clinique 4 Autres _____ 5	
Q032	Date du troisième téléphone	Jour: _____ Mois: _____ Année: _____ (Si pas connu: 99 ou 9999)	
Q033	Résultat du troisième téléphone	N'a pas pu être joint 1 Poursuit le traitement ailleurs 2 Veut arrêter le traitement 3 Promet de venir à la clinique 4 Autres _____ 5	
Q034	Autres actions faites ?	Oui 1 Non 2 Ne sait pas 9	
Q035	Si oui, lesquelles	Visite à domicile 1 Contact via éducatrice de pairs 2 Autres 3	
Q036	Date de fermeture du dossier	Jour: _____ Mois: _____ Année: _____	
Q037	Résultat final	Retour à la clinique 1 Contacté mais pas de retour 2 Pas de nouvelles 3 Autres: _____	

ANNEXE 2 : Fiche de renseignements sous-étude B

No	Question/Transcription	Codage	Remarques
Q003	Enquêteur	Code: _____	
Q004	Contrôleur	Code: _____	
Q005	Identifiant de l'étude	No: _____	
Q006	Date d'entrée dans l'étude (Date à partir de laquelle le patient a été déclaré PDV)	Jour: _____ Mois: _____ Année: _____	
Q039	Éléments disponibles: numéro de téléphone	Oui 1 Non 2 Ne sait pas 8	
Q040	Date du premier téléphone	Jour: _____ Mois: _____ Année: _____	
Q041	Résultat du premier téléphone	N'a pas pu être joint 1 Poursuit le traitement ailleurs 2 Veut arrêter le traitement 3 Accepte un RDV 4 Autres _____ 5	
Q042	Éléments disponibles: adresse physique	Oui 1 Non 2 Ne sait pas 10	
Q043	Date de la visite	Jour: _____ Mois: _____ Année: _____	
Q044	Résultat de la visite	Adresse n'a pas pu être retrouvée 1 Absente mais habite là 2 N'habite plus là 3 Autres _____ 5	
Q045	Accepte une interview	Oui, maintenant 1 Oui, RDV plus tard 2 Non 3 Autres _____ 4	Si 1, entamer sous-étude C Si 2, prendre RDV
Q046	Date de la deuxième visite	Jour: _____ Mois: _____ Année: _____	
Q047	Résultat de la visite	Adresse n'a pas pu être retrouvée 1 Absente mais habite là 2 N'habite plus là 3 Autres _____ 5	
Q048	Accepte une interview	Oui, maintenant 1 Oui, RDV plus tard 2 Non 3 Autres _____ 4	Si 1, entamer sous-étude C Si 2, prendre RDV
Q049	Éléments disponibles: autre contact	Oui 1 Non 2 Ne sait pas 9	

Q050	Quel autre contact	Ami(e) 1 Educatrice de pair 2 Autre _____ 3	
Q051	Résultat du contact	Personne est décédé 1 Personne est partie pour ne plus revenir 2 Personne est partie pour retourner plus tard 3 Aucune information 4 Autres _____ 5	
Q052	Recherche registres de décès	Peut être retrouvé 1 Ne peut pas être retrouvé 2 Pas sûr si c'est la même personne 3 Autres _____ 4	
Q053	Date du décès	Jour: ____ Mois: ____ Année: ____ (Si pas connu: 99 ou 9999)	
Q054	Recherche des registres des autres centres PEC	Peut être retrouvé 1 Ne peut pas être retrouvé 2 Pas sûr si c'est la même personne 3 Autres _____ 4	
Q055	Date de l'inscription au centre	Jour: ____ Mois: ____ Année: ____ (Si pas connu: 99 ou 9999)	
Q056	Date de fin de la recherche	Jour: ____ Mois: ____ Année: ____	
Q057	Total des dépenses	En francs CFA _____ NSP 999 999	
Q058	Statut final du patient après la recherche active	Décédé(e) 1 Auto-réfé 2 Arrêt du traitement 3 Vrai perdu de vue 4 Autres _____ 5	Si 3 ou 5: Enrôler tous les patients dans la cohorte D

ANNEXE 3 : Questionnaire pour les participants de la sous-étude C

No	Question/Transcription	Codage	Remarques
Q002	Ville	Abidjan 1 San Pedro 2	
Q003	Enquêteur	Code: _____	
Q004	Contrôleur	Code: _____	
Q005	Identifiant de l'étude	No: _____	
Q006	Date d'entrée dans l'étude	Jour: _____ Mois: _____ Année: _____	
Généralités			
Q059	Catégorie: cas ou témoin (lequel?)	Cas (PDV) 1 Témoin, jamais manqué de RDV 2 Témoin, manqué de RDV mais jamais PDV 3	
Q059a	Si cas (PDV), Date à partir de laquelle le patient a été déclaré PDV	Jour: _____ Mois: _____ Année: _____	
Q060	Date début traitement ARV	Jour: _____ Mois: _____ Année: _____ (Si pas connu: 99 ou 9999)	
Q061	Date de l'entretien	Jour: _____ Mois: _____ Année: _____	
Q062	Heure du début de l'entretien	Heure: _____ Min: _____ manquant: 99	
Q063	Heure de la fin de l'entretien	Heure: _____ Min: _____ manquant: 99	
Q064	Administration du questionnaire	Electronique 1 Papier 2	
Q065	Entretien inachevé- raison (A utiliser en cas d'interruption de l'entretien)	Peur d'être vu ou attrapé 1 Questions gênantes 2 Pas de temps 3 Pas motivé 4 Inéligible 5 Autre ----- 998 Refuse de répondre 999	
Caractéristiques socio-démographiques			
Q066a	Sexe	Homme 1 Femme 2	
Q066	Quelle est la date de votre naissance?	Jour: _____ Mois: _____ Année: _____ (Si pas connu: 99 ou 9999)	

No	Question/Transcription	Codage	Remarques
Q067	Quel est votre âge ?	Années révolues: ___ NSP: 99	
Q068	Quelle nationalité avez-vous?	Ivoirienne 1 Maliennne 2 Burkinabé 3 Ghanéenne 4 Guinéenne 5 Libérienne 6 Togolaise 7 Béninoise 8 Nigériane 9 Autre pays africain 10 Autre pays non africain 11 Pas de réponse 99	
Q069	Depuis combien de temps êtes-vous en Côte d'Ivoire? <i>(en mois): 1 an=12 mois; 2 ans=24 mois; 3 ans=36 mois, etc.</i>	Mois: ___ Depuis plus de 10 ans: 777 Depuis la naissance: 888 Ne sait pas: 999	
Q070	Avez-vous visité d'autres villes ou pays dans les 12 derniers mois ?	Oui 1 Non 2 Ne sait pas 9	Si non aller à Q073
Q072	Quelle ville ou quel pays avez-vous visité? <i>(plusieurs réponses possibles)</i>	Village 1 Autre ville en CI 2 Autre pays en Afrique de l'Ouest 3 Autre: ___ 4 NSP 9	
Q072a	Arrivez-vous à continuer votre traitement lorsque vous êtes en voyage ?	Oui 1 Non 2 Pas de réponse 9	
Q073	La dernière fois que vous avez voyagé, combien de temps êtes-vous resté en dehors de la ville (Abidjan ou San Pedro)?	Mois: ___ NSP 99	
Q074	Dans quelle commune vivez-vous? <i>(en cas d'Abidjan)</i>	Treichville 1 Marcory 2 Port-Bouet 3 Koumassi 4 Plateau 5 Attécoubé 6 Cocody 7 Adjamé 8 Abobo 9 Yopougon 10 Autre (à préciser) ___ 11 Pas de réponse 99	
Q075	Dans quel quartier/localité vivez-vous? <i>(en cas de San Pedro)</i>		
Q076	Quel est votre niveau d'études le plus élevé?	Jamais allé à l'école 1 Primaire 2 Secondaire 3 Universitaire/supérieure 4 Manquant 9	

No	Question/Transcription	Codage	Remarques
Q077	Avez-vous autre occupation en dehors du travail du sexe?	Oui 1 Non 2 Refuse de répondre 9	Si non aller à Q079
Q078	Si oui, laquelle	Petit commerce 1 Coiffeuse, tresseuse 2 Serveuse de bar, maquis 3 Autre ____ 4	
Q079	Quelle est votre religion?	Islam 1 Catholicisme 2 Méthodisme 3 Evangélisme 4 Animisme 5 Autre: _____ 6 Sans religion: 7 pas de réponse: 9	
Q079a	Allez-vous à des rencontres religieuses (église, mosquée, etc...)	Oui 1 Non 2 Refuse de répondre 9	
Q080	Quelle est votre situation matrimoniale actuelle?	Célibataire 1 Marié(e) 2 Vie maritalement 3 Divorcé 4 Veuf/veuve 5 Autre _____ 6 manquant 9	
Q081	Dans quel type d'endroit vivez-vous?	Maison 1 Appartement 2 Dortoir 3 Centre religieux 4 Rue/sans domicile 5 Autre _____ 6 Pas de réponse 9	
Q081a	Avez-vous suffisamment de moyens pour vous nourrir ?	Oui 1 Non 2 Pas de réponse 9	
Q082	Au cours des 30 derniers jours, combien de fois avez-vous consommé de l'alcool?	Jamais 1 Chaque jour 2 Une fois par semaine 3 plus d'une fois par semaine mais moins qu'une fois par jour 4 NSP 8 Refuse de répondre 9	
Q083	La dernière fois que vous avez consommé de l'alcool, quelle quantité de boissons avez-vous pris? <i>Une «boisson» est une bouteille de bière de 66 cl, un verre de vin, un coup/mesure de whisky, une calebasse et demi de bandji, un coup de koutoukou ou une demi-calebasse de tchapalo.</i>	Nombre ____ NSP: 99	

No	Question/Transcription	Codage	Remarques
Q084	Certaines personnes prennent des drogues ou des médicaments non injectables pour le plaisir ou pour des raisons autres que celles recommandées par un médecin. Avez-vous déjà pris des médicaments pour le plaisir ou autres raisons ces 12 derniers mois?	Oui 1 Non 2 Refuse de répondre 9 Ne sait pas 8	
Q085	Avez-vous utilisé: de la marijuana (haschisch)?	Oui: 1 Non 2 Pas de réponse: 9	
Q086	Avez-vous utilisé: de la cocaïne?	Oui: 1 Non 2 Pas de réponse: 9	
Q087	Avez-vous utilisé: du cannabis/chanvre indien	Oui: 1 Non 2 Pas de réponse: 9	
Q088	Avez-vous utilisé: autre produit ?	Oui, lequel: _____ 1 Non 2 Pas de réponse: 9	
Q089	Certaines personnes s'injectent des drogues avec une seringue pour le plaisir ou pour des raisons autres que celles recommandées par un médecin. Avez-vous déjà utilisé des drogues injectables pour le plaisir ou d'autres raisons?	Oui: 1 Non 2 Pas de réponse: 9	
Sentiments et dépression			
Q090	Laquelle des situations suivantes ou sentiments avez-vous vécu la semaine dernière? (Lire toutes les réponses à haute voix choisir toutes les réponses qui conviennent)	Dépression 1 Fatigue 2 Solitude 3 Difficulté à se concentrer 4 Difficultés à dormir 5 Difficultés à débiter la journée 6 Peur 7 Joie 8 Amour 9 Espoir pour l'avenir 10 Autre _____ 11 Refuse de répondre 99	
Q091	Quand vous avez des problèmes personnels, à qui parlez-vous?	Mon mari 1 Autre membre de la famille 2 Ami(e) 3 Educateur de pair 4 Autre: _____ 5 Aucune Personne: 6	
Statut VIH			
Q092	Depuis combien d'année connaissez-vous votre statut VIH actuel?	Moins d'un an 0 nombre d'années: ____ Plus de 10 ans: 77 Ne sait plus: 99	
Q093	Avez-vous partagé votre statut sérologique avec quelqu'un en dehors du personnel de santé ?	Oui 1 Non 2 Refuse de répondre 9	

No	Question/Transcription	Codage	Remarques
Q094	Si oui, avec qui ?	Mon mari 1 Autre membre de la famille 2 Ami(e) 3 Educateur de pair 4 Autre: _____ 5 A personne 6	
Q095	Etes-vous membre d'un groupe de support VIH +?	Oui 1 Non 2 Refuse de répondre 9	
Q096	Si oui, lequel?	Groupe VIH au centre de suivi 1 Autre groupe(à préciser): _____ 2 Pas de réponse: 9	
Q096a	Etes-vous membre d'un autre groupe ?	Oui 1 Non 2 Refuse de répondre 9	
Q097	Si oui lequel ?	Eglise 1 Groupe sportif, de loisirs 2 Autre groupe (à préciser): _____ 3 Pas de réponse: 9	
Adhérence au traitement			
Q098	Avant de commencer le traitement ARV, avez-vous eu une conversation avec une personne de santé sur l'adhérence au traitement?	Oui 1 Non 2 Refuse de répondre 9	
Q098a	Si oui, avez-vous bien compris les explications ?	Oui 1 Non 2 Refuse de répondre 9	
Q099	Pendant le traitement, avez-vous eu une conversation avec une personne de santé sur l'adhérence au traitement?	Oui 1 Non 2 Refuse de répondre 9	
Q099a	Qu'avez-vous retenu de ces conversations/ Qu'est-ce qu'on vous a dit au cours de ces conversations ?	Traitement à vie 1 Effets secondaires virils 2 Résistance au traitement 3 Acceptation du statut 4 Amélioration de l'état de santé 5 Visites à domicile 6 Partage du statut 7 Autres (à préciser) _____ 8 :	
Q100	Si oui, la dernière fois, c'était il y a combien de mois?	Il y a moins d'un mois: 0 Mois: ____ Depuis plus de 1 an: 77 Ne sait pas: 99	
Q101	Pensez-vous que vous recevez suffisamment de support du centre pour vous soutenir à prendre les ARV ?	Oui 1 Je ne veux pas plus d'aide 2 Non, je voudrais plus d'aide 3 Ne sait pas 8 Pas de réponse 9	

No	Question/Transcription	Codage	Remarques
Q102	Que pensez-vous de l'attitude des prestataires de soins ARV? <i>(plusieurs réponses possibles)</i>	Il est toujours disponible 1 Il n'a pas le temps de bien m'expliquer 2 Il est gentil 3 Il n'explique pas bien 4 Autre ____ 5 Pas de réponse 9	
Q103	Est-ce que vous sentez que vous devez vous cacher pour prendre les ARV? <i>(pour que les gens ne voient pas que je suis séropositif)</i>	Oui 1 Non 2 Pas de réponse 9	
Q104	Il y a quelqu'un qui vous aide/aidait à vous rappeler de prendre vos médicaments?	Personne (moi-même): 1 Quelqu'un de la famille: 2 Quelqu'un du groupe de support 3 Autre, Ami(e) 4 Pas de réponse 9	
Q105	Il y a quelqu'un qui vous aide/aidait à vous rappeler votre RDV au centre?	Personne (moi-même): 1 Quelqu'un de la famille: 2 Quelqu'un du groupe de support 3 Autre, Ami(e) 4 Personnel du centre 5 Pas de réponse 9	
Q106	Combien dépens(i)ez-vous pour venir au centre de traitement? <i>(aller-retour)</i>	Prix (en CFA): ____ NSP: 999 999	
Q106a	Avez-vous déjà été confronté à une rupture de stock d'ARV dans la clinique ?	Oui 1 Non 2 Refuse de répondre 9	
Q107	ça arrive que vous pensez à arrêter le traitement? <i>(uniquement pour ceux qui poursuivent le traitement)</i>	Oui 1 Non 2 Refuse de répondre 9	
Q108	Si oui, pourquoi?	Fatigué de prendre les ARV 1 Heures de prises des ARV incompatibles avec mon activité 2 les ARV me rendent plus malade/effets indésirables 3 Les coûts liés au TARV 4 Je me sens bien, guéri 5 Dieu va m'aider 6 Recours aux tradipraticiens 7 Autres: ____ 8	

No	Question/Transcription	Codage	Remarques
Q109	pourquoi avez-vous arrêté? (uniquement pour ceux qui ont arrêté le traitement)	Fatigué de prendre les ARV 1 Heures de prises des ARV incompatibles avec mon activité 2 La boîte à médicaments n'est pas suffisamment discrète 3 Attente trop longues dans la clinique 4 les ARV me rendent plus malade/effets indésirables 5 Les coûts liés au TARV 6 Je me sens bien, guéri 7 Dieu va m'aider 8 Recours aux tradipraticiens 9 Autres: ____ 10	
Connaissances ARV			
Q111	Pensez-vous que les ARV peuvent guérir quelqu'un du VIH?	Oui 1 Je ne suis pas sûr 2 Non 3 Pas de réponse 9	
Q112	Pensez-vous qu'il y a autre chose qui peut guérir quelqu'un du VIH? (religion, médecine traditionnelle,...)	Oui 1 Je ne suis pas sûr 2 Non 3 Pas de réponse 9	
Q113	Pensez-vous que c'est bien d'arrêter les ARV de temps en temps pour reposer le corps?	Oui 1 Je ne suis pas sûr 2 Non 3 Pas de réponse 9	
Q113a	Pensez-vous que c'est bien d'arrêter les ARV lorsqu'on commence à se sentir en bonne santé ?	Oui 1 Je ne suis pas sûr 2 Non 3 Pas de réponse 9	
Travail de sexe			
Q114	Faites-vous toujours le travail de sexe (est-ce que vous vous cherchez toujours)?	Oui 1 Non 2 Refuse de répondre 9	
Q115	Si non, depuis combien de mois avez-vous arrêté?	Mois: ____ Depuis plus de 10 ans: 777 Ne sait pas: 999	
Q116	Si oui, depuis combien de mois vous vous cherchez?	Mois: ____ Depuis plus de 10 ans: 777 Depuis la naissance: 888 Ne sait pas: 999	
Q117	Utilisez-vous des préservatifs avec les clients?	Toujours 1 Souvent 2 Quelques fois 3 Jamais 4	
Q119	Nombre de clients au dernier jour de travail	Nombre: ____ NSP 99	
Q120	Nombre de préservatifs utilisés ce jour	Nombre: ____ NSP 99	
Q121	Prix de la passe (dernier client)	Prix (en CFA): ____ NSP: 999 999	

No	Question/Transcription	Codage	Remarques
Q122	Prix habituel	Prix (en CFA): ____ NSP: 999 999	
Q123	Avez-vous un copain ou un mari ?	Oui 1 Non 2 Ne sait pas 9	
Q124	Utilisez-vous des préservatifs avec lui ?	Toujours 1 Souvent 2 Quelques fois 3 Jamais 4	
Q125	Si perdu de vue: Donner RDV au centre avec l'accord de l'assistant social.	Jour: ____ Mois: ____ Année: ____	

ANNEXE 4 :Guide pour les entretiens qualitatifs (sous-étude C)

1. Avez-vous partagé votre statut VIH avec quelqu'un de votre entourage?
 - Si non, pourquoi pas ?
 - Voudriez-vous partager votre statut avec quelqu'un ? Pourquoi (pas) ?
 - Si oui, avec qui, pourquoi ?
 - Quels sont les avantages, inconvénients d'avoir partagé votre statut sérologique?
 - Recevez-vous du support pour continuer le traitement et ne pas oublier les RDV de ces personnes?

2. Avez-vous donné votre adresse , votre numéro de téléphone au personnel du centre ?
 - Si non, pourquoi ?
 - Si oui, accepteriez-vous une visite à domicile si vous ratez vos rendez-vous ? Pourquoi (pas) ?

3. Eprenevez-vous des difficultés à prendre régulièrement le traitement ARV ?
 - Si non, pourquoi ?
 - Si oui, quelles sont les difficultés ?
 - Est-ce que vous vous cachez pour prendre les ARV ? Pourquoi (pas) ?

4. Eprenevez-vous des difficultés pour vous rendre au centre de soins ?
 - Si oui : quelles sont les difficultés ?
 - Temps nécessaire pour arriver au centre : Trop loin ?
 - Argent dépensé pour arriver au centre : Trop cher ?
 - Accueil par les agents de santé ?

5. Avez-vous déjà raté des RDV au centre de soins ?
 - Si oui, pourquoi ?
 - Quel support (ou soutien)souhaiteriez-vous avoir pour vous aider à vous rendre au centre, pour prendre régulièrement vos médicaments ?
 - Qui pourrait vous aider ? Famille, amies, membres du groupe de support, éducatrices de pairs, ... ?

6. Avez-vous déjà pensé à vous faire suivre dans une autre structure de soins ?
 - Si oui, pourquoi ?

- Si non, pourquoi pas ?
7. Avez-vous arrêté le traitement actuellement? (si non, passez à la question suivante)
- Qui a pris cette décision : vous-même ou quelqu'un d'autre à influencé la décision ?
 - Pourquoi avez-vous arrêté ?
 - Pensez-vous que vous pouvez recommencer le traitement ? Pourquoi (pas) ?
 - Qui ou quoi pourrait vous aider à recommencer le traitement ?
8. Selon vous, quelles sont les raisons pour les PS d'arrêter le traitement ARV ?
- Connaissez-vous d'autres PS qui ont arrêté le traitement ?
 - Pourquoi ont-elles arrêté ?
 - Si vous ne connaissez personne : quelles seraient les raisons pour les PS d'arrêter leur traitement ARV ?
9. Quel pourrait être le rôle du centre pour mieux vous aider à continuer le traitement ?
- Que pensez-vous des sms/appels pour vous rappeler les rendez-vous ?
 - Visites à domicile ?
 - Autre idées ?
10. Que pouvez-vous faire pour améliorer le suivi du traitement ?
- Que pensez-vous des petits groupes d'ami(e)s pour vous rappeler des rendez-vous et pour venir ensemble au rendez-vous ?
 - Vous avez d'autres idées ?

Merci pour votre participation

ANNEXE 5 :Fiche d'observation (sous-étude D)

No	Question/Transcription	Codage	Remarques
Q002	Ville	Abidjan 1 San Pedro 2	
Q003	Enquêteur	Code: _____	
Q004	Contrôleur	Code: _____	
Q005	Identifiant de l'étude	No: _____	
Q006	Date d'entrée dans l'étude	Jour: _____ Mois: _____ Année: _____	
Q128	Date du premier contact (sous-étude B)	Jour: _____ Mois: _____ Année: _____ (Si pas connu: 99 ou 9999)	
Q129	Actions supplémentaires pour ramener la personne aux soins	Appels téléphoniques 1 Visite(s) à domicile 2 RDV à autre endroit 3 Autres _____ 4	
Q130	Nombre d'appels téléphoniques	Nombre: _____ NSP 99	
Q131	Nombre de visites à domicile	Nombre: _____ NSP 99	
Q132	Nombre de contacts RDV	Nombre: _____ NSP 99	
Q133	Total des dépenses supplémentaires	En francs CFA _____ NSP 999 999	
Q134	Date de clôture du dossier	Jour: _____ Mois: _____ Année: _____	
Q135	Statut final du patient après la recherche active	Retourné dans le groupe actif 1 N'est pas retourné 2 Autres: _____ 3	

ANNEXE 6 :Guide pour les entretiens qualitatifs (sous-étude E)

1. Quelles sont vos expériences avec le traitement ARV ?
 - Depuis quand prenez-vous des ARV ?
 - Les ARV ont aidé à vous sentir en meilleure santé ? Pourquoi (pas) ?
 - Avez-vous des mauvaises expériences avec les ARV ? Lesquels ?
2. Vous avez arrêté votre traitement à un moment donné ?
 - Vrai ? Sinon, pourquoi avez-vous été perdu de vue au centre ?
 - Pourquoi avez-vous arrêté votre traitement ?
 - Qui ou quelle situation vous a emmené à arrêter votre traitement ?
 - A ce moment, il y avait quelqu'un qui a essayé à vous persuader de ne pas arrêter le traitement ?
3. Retour aux soins.
 - Après combien de temps vous êtes retourné aux soins ?
 - Pourquoi vous êtes retourné ?
 - Qui a influencé votre retour aux soins ?
4. Pensez-vous d'arrêter les ARV dans le futur ?
 - Pourquoi (pas) ?
5. Selon vous, quelles sont les raisons pour les PS d'arrêter le traitement ARV ?
 - Connaissez-vous d'autres PS qui ont arrêté le traitement ?
 - Pourquoi ont-elles arrêté ?
6. Quel pourrait être le rôle du centre pour mieux vous aider à continuer le traitement ?
 - Que pensez-vous des messages sms pour vous rappeler les rendez-vous ?
 - Visites à domicile ?
 - Autre idées ?
7. Quel support vous souhaiteriez avoir pour ne pas abandonner le traitement ARV ?
 - Au centre de soins : assistants sociaux, sms, visites à domicile, ...
 - De vos amis, famille, éducatrices,
 - Que pensez-vous des petits groupes d'ami(e)s pour vous rappeler des rendez-vous et pour venir ensemble au rendez-vous ? Les coupons de RDV ?
 - Autres...

Merci pour votre participation