

Facteurs de risques associés aux décès des personnes vivant avec le VIH sur les sites de prise en charge antirétrovirale de Bamako, Mali
Risk factors associated with the deaths of people living with HIV in antiretroviral care sites in Bamako, Mali

S. Traore¹, K Kayentao², JM Milleliri³, N Telly¹, I Sagara², B Traore⁴, S Daou⁵, M Maiga⁶, S Dombia²

:1. Cellule Sectorielle de Lutte Contre le VIH, la Tuberculose et les Hépatites Virales (CSLS-TBH) ;
2 : Center International Research (ICER) Mali, Faculté de Médecine, de Pharmacie ;
4 : Groupe d'intervention en Sante Publique et Épidémiologie (GISPE), France ;
3 : Direction Générale de la santé et de l'Hygiène Publique (DGSP) du Mali ;
5 : Centre Hospitalier Universitaire de Point G, Mali
6 : Secrétariat Exécutif du Haut Conseil National de Lutte contre le Sida (SE/HCNLS), Mali

Conflit d'intérêt : Aucun des auteurs n'a de conflit d'intérêt

Auteur Correspondant : Dr Sory TRAORE, PharmD, MPH-Epidémiologie, Cand PhD Epidémiologie. Chef de Section étude et recherche de la Cellule Sectorielle de Lutte Contre le VIH/Sida, la Tuberculose et les Hépatites Virales (CSLS-TBH) du Ministère de la Santé et du Développement Social. Tel : 76390898. Email : sorytraore77@yahoo.fr

DOI: 10.53318/msp.v11i2.2188

Résumé

Introduction : La chronicité de l'infection par Le Virus de l'Immunodéficience Humaine (VIH), la prise des traitements antirétroviraux au long cours, les maladies cancéreuses et la présence des coinfections ont conduit à une diversification de la morbidité et des causes de décès chez les personnes infectées par le VIH. L'objectif était d'étudier les facteurs de risque associés au décès des personnes vivant avec le VIH (PVVIH) à Bamako au Mali.

Méthode et Matériels : Il s'agit d'une étude de cohorte. La période de suivi des patients était de douze ans (2006 à 2017). Les données ont été collectées de façon rétrospective à travers l'outil national de suivi des PVVIH appelé Evaluation et Suivi des Operations du Projet Esther « ESOPE. L'échantillon était de 48426 PVVIH. Les analyses statistiques ont été réalisées par le logiciel STATA version 14. **Résultat** : Les patients vivant avec le VIH1 (n=44623, 96,38%) étaient majoritairement représentés dans notre étude. En analyse uni-variée, les participants ayant été initié aux ARV et suivis dans les sites de notre étude étaient de n=33887 (70%). Les PVVIH âgées de plus de 44 ans ont un risque de décéder de 31% plus élevés que celles de la classe d'âge de 15-44ans (HR=1,31, p=0,00). Les patients mono infectés au VIH avaient un risque plus faible 34% statiquement significatif (HR=0,64 ; p= 0,001) de décéder que ceux des patients coinfectés TB/VIH. **Conclusion** : Les facteurs de risques associés au décès des PVVIH étaient le sexe féminin, l'âge élevé, la mise sous traitement ARV pendant une longue période, la coinfection Tuberculose/VIH, la malnutrition et la quantité de charge virale à l'initiation du traitement ARV.

Mot clés : facteurs de risques, personnes vivant avec le VIH, Mali

Abstract:

Introduction: Chronic Immunodeficiency Virus (HIV) infection, long-term antiretroviral therapy cancer diseases and the presence of co-infections have led to a diversification of morbidity and causes of death in people

infected with HIV (PHA). HIV infection remains a major global public health issue, with nearly 33 million deaths. This study was conducted to study the risk factors associated with the deaths of people living with HIV (PHA) at antiretroviral treatment sites in Bamako, Mali. **Methods and Materials**: This was a cohort study that tracked people living with HIV at ten antiretroviral treatment sites in Bamako. The follow-up period for patients was twelve years (2006 to 2017). The PHA management sites selected from our study were community-based ARV treatment sites, University hospitals and integrated sites in referral health center Patients were monitored monthly during medical consultations and the provision of ARVs at the sites. The data were collected retrospectively through the national PHA monitoring tool called Evaluation and Monitoring of Operations of the Esther Project "ESOPE. The inclusion criteria were PHA over the age of 14 years, medical records, whether or not they were introduced to ARVs, and information on the national basis for monitoring PHAs. The total number included was 48426 people living with HIV. The data was collected face-to-face during medical consultations by doctors. They were then transcribed into the individual patient tracking software "ESOPE". The data tables (patients, follow-ups) were exported in Excel format for fusion and purification. The statistical analyses were carried out by STATA software version 14. **Result**: Female sex was more represented n= 32352, 66.81%, IC95% (66.38-67.22). The average age of participants was estimated at 39 years, IC95% (38.91-39.11). Patients living with HIV1 (n=44,623, 96.38%) were the majority represented in our study, In univariate analysis, participants who were initiated to ARVs and followed at our study sites were n=33,887, 70%, IC95% (69.56-70.38). People living with HIV over the age of 44 are at risk of dying 31% higher than those in the 15-44 age group (HR=1.31, IC95% (1.21-1.41), p-value=0.00). Non-initiated ART patients were 5% more likely to die than those initiated and followed by ARVs (HR= 1.05, IC95% (0.90-1.22), p-value=0.53). Mono HIV-infected patients had a lower risk of death 34% statically significant (HR=0.64 CI 95% (0.51-0.85), p=0.001) compared to co-infected TB/HIV patients. The univariate and multivariate

analysis showed that patients who have a suppressed viral load at the first achievement after initiation to ARV treatment have a low risk of death than those who did not have a suppressed viral load. Patients at risk of malnutrition (risk of overweight and overweight) showed higher risk of dying (14% and 18%) respectively than those with normal body mass index (HR = 1.14 IC95% (0.86-

Introduction : La chronicité de l'infection par le Virus de l'Immunodéficience Humaine (VIH), la prise de traitements antirétroviraux au long cours, les maladies cancéreuses et la présence des coinfections ont conduit à une diversification de la morbidité et des causes de décès chez les personnes infectées par le VIH, à laquelle contribue l'exposition à des facteurs de risque traditionnels comme les dyslipidémies ou le tabagisme (1,2). L'infection à VIH demeure un problème majeur de santé publique de portée mondiale, qui a entraîné près de 33 millions de décès. Cependant, grâce à un meilleur accès à la prévention, au diagnostic, au traitement antirétroviral (TARV) et à des soins efficaces, y compris la prise en charge des infections opportunistes, l'infection à VIH est devenue une pathologie chronique qui peut être prise en charge, une vie longue et en bonne santé (3).

Depuis 1996, l'utilisation des traitements antirétroviraux dits hautement actifs, la mortalité due au sida a fortement diminué (4).

Dans le monde, depuis la découverte du VIH, environ 78 millions de personnes se sont infectées avec 39 millions cas de décès dus au sida (5). Selon les dernières statistiques de la fiche d'information de l'ONU Sida, 38,0 millions de personnes vivaient avec le VIH dont 690 000 sont décédées des causes liées au Sida. Parmi les 78 millions des PVVIH, seulement 26,0 millions avaient accès au traitement antirétroviral (6).

En Afrique Sub saharienne, une perturbation de six mois dans l'accès aux antirétroviraux pourrait entraîner plus de 500 000 décès supplémentaires sur une année entre 2020 et 2021. En 2018 environ 470 000 décès étaient liés au VIH (7).

Dans les pays du Sud, les données sur la mortalité des PVVIH sous TARV concernent presque exclusivement le court terme et le moyen terme (durée de TARV \leq 5 ans). Elles montrent une mortalité précoce supérieure à celle observée dans les pays riches avec des causes de décès largement dominées par les pathologies classant sida dont la tuberculose (8,9).

Au Mali, selon la cinquième enquête démographique et de santé (EDS V), la prévalence du VIH est estimée à 1,1% dans la population générale de 15 à 49 ans (10). La gratuité des soins à toutes les personnes vivant avec le VIH adoptée en 2014 a permis la prise en charge d'un grand nombre de malade (7). En 2020, le nombre de PVVIH suivi sous ARV dans les sites de traitements antirétroviraux était estimé à 56601 dont 4144 enfants (11). Malgré la gratuité des soins et des ARV aux PVVIH, de nombreuses campagnes de sensibilisation, de

1.50), $p = 0.95$) and (HR = 1.18 CI 95% (0.81-1.70), $p = 0.38$). **Conclusion:** Risk factors associated with PHA deaths were female sex, high age, long-term ART, TB/HIV co-infection, malnutrition, and amount of viral load at initiation of ART.

Keywords: risk factors, people living with HIV, Mali.

passage à l'échelle des sites de traitement ARV et de l'efficacité de la thérapie antirétrovirale, les cas de décès liés au Sida touchent beaucoup les couches les plus productives âgés de 15- 49 ans (11,12). La majorité des patients débutent le TARV au stade clinique 3 et 4 de l'OMS, avec un taux de Lymphocyte T CD4 très bas environ 144 plus ou moins 135. Environ 54% des PVVIH au Mali sont suivies dans les sites de traitement antirétroviral à Bamako (11).

Il existe peu de données sur la mortalité des PVVIH au Mali. Les sites de traitement à Bamako disposaient des agents de saisie des données de suivi des patients dans le logiciel Evaluation et Suivi Opérationnel des Programmes Esther « ESOPE » pour mieux transcrire les informations des dossiers individuels des patients.

Cette étude nous permet d'étudier les facteurs de risques associés aux décès des personnes vivant avec le VIH suivies dans les sites de traitements antirétroviraux du district de Bamako, Mali

Matériel et méthodes :

Il s'agissait d'une étude de cohorte qui a consisté à suivre les personnes vivant avec le VIH sur dix sites de traitement antirétroviraux de Bamako. La période de suivi des patients était de douze ans (2006 à 2017). Les patients étaient suivis mensuellement en fonction de la quantité des ARV dispensés au dernier rendez-vous de leurs visites médicales et ceux non-initiés aux ARV étaient suivis mensuellement et trimestriellement en fonction de la quantité de Cotrimoxazole dispensée. Les sites de prise en charge des PVVIH retenus de notre étude étaient le Centre d'accompagnement et de soins (CESAC), des Centres hospitaliers universitaires de Point G et du Gabriel Touré, des Unités d'accompagnement et de soins intégrées dans les centres de santé de référence (CSref). Les données ont été collectées de façon rétrospective à travers l'outil national de suivi des PVVIH appelé Evaluation et Suivi des Operations du Projet Esther « ESOPE » accrédité en 2008 par le ministère en charge de la santé au Mali. La population cible était constituée de l'ensemble des personnes vivant avec le VIH. Les critères d'inclusion à notre étude étaient : être âgé de plus de 14 ans, avoir des dossiers médicaux, être initiés ou non aux ARV, avoir des informations sur la base nationale de suivi des PVVIH. Notre population était constituée de l'ensemble des patients suivis pendant la période de 2006 à 2017 et remplissant les critères d'inclusion. Les variables de l'étude étaient constituées : des variables socio démographiques (sexe, âge en année, sites de traitement), des variables clinico- biologiques qui étaient constituées des types de VIH, les stades cliniques de

l'OMS, la coinfection tuberculose VIH (TB/VIH), le taux d'hémoglobine en g/dl, la quantité de charge virale en copie/ml, l'indice de masse corporelle (kg/m²). Les variables de suivi qui étaient constituées des dates de décès, des dates de fin de l'étude, des cas de décès notifiés aux sites et les dates d'inclusion aux ARV.

Les données ont été collectées lors des consultations médicales par les médecins. Ensuite elles ont été transcrites dans le logiciel de suivi individuel des patients « ESOPE » par les agents de saisie recrutés par la Cellule Sectorielle de Lutte contre le VIH, la Tuberculose et les Hépatites virales. Les tables des données (patients, suivis) ont été exportées au format Excel. Le Microsoft Access était utilisé pour faire la fusion verticale et horizontale de ces tables et leur épuration des données. Ensuite les analyses statistiques ont été réalisées par le logiciel STATA version 14. Nous avons utilisé les tests statistiques semi-paramétriques, Chi deux de Person pour la comparaison des distributions, le test de likelihood pour tester l'apport des variables explicatives dans le modèle de régression de Cox.

Résultats :

Caractéristiques des participants :

Notre étude a porté sur 48426 personnes vivant avec le VIH et suivies dans dix sites de prise en charge antirétrovirale du district de Bamako disposant l'outil ESOPE.

Le sexe féminin était plus représenté $n=32352$, 66,81%, IC_{95%} (66,38-67,22). L'âge moyen des participants était estimé à 39 ans, IC_{95%} (38,91-39,11). Le CESAC-deBamako et l'USAC de la commune 5 avaient les plus grands nombres des participants, respectivement $n=15135$, 31,21%, IC_{95%} (30,84-31,66) et $n=10203$, 21,07%, IC_{95%} (20,70-21,43). Les patients vivant avec le VIH1 ($n=44623$, 96,38%) étaient majoritairement représentés dans notre étude et suivis. Les patients au stade clinique 2 de l'OMS vus à la 1^{ère} visite étaient les plus représentés $n=24127$, 53,68%, IC_{95%} (53,22-54,14). Les participants ayant été initiés aux ARV et suivis dans les sites de notre étude étaient de $n=33887$, 70%, IC_{95%} (69,56-70,38). Pendant le suivi des participants, nous avons trouvé $n=2954$, 6,10% cas de décès. La proportion de décès des participants féminins étaient significativement faibles que ceux des masculins (Chi² Pearson = 148,7488 $p=0,00$). Parmi ces cas de décès la tranche d'âge ≥ 45 ans étaient majoritairement les plus touchés $n=1186$, 7,34% (Chi² Pearson = 64,8431 et $p=0,00$). Nous avons trouvé chez les 692 participants ayant développés la tuberculose (coinfectés TB/VIH) pendant leur suivi que $n=64$ (9,25%) sont décédés. (Pearson chi²= 11,6632 $p=0,001$).

Analyse de régression de Cox :

En analyse uni variée, nous avons trouvé que les personnes vivant avec le VIH âgées de plus de 44 ans ont un risque de décéder 31% plus élevés que celles de la classe d'âge de 15-44ans (HR=1,31, IC_{95%} (1,21-1,41), p -value=0,00). Alors qu'en analyse multi variée ce risque

était de 17% plus faible chez les patients âgés de plus de 44 ans (HR= 0,83, IC_{95%} (0,65-1,05), p -value=0,13) comparés à celles de 15-44 ans. L'analyse uni variée a montré que les patients coinfectés au VIH1 et 2 avaient de risque plus faible (9%) de décéder que ceux mono infectés au VIH1 (HR=0,91, IC 95% (0,64-0,91), $p=0,57$). Par contre l'analyse multi variée a montré que les patients co infectés au VIH1 et 2 avaient un risque de 20% plus élevé que ceux mono infectés au VIH1. Les patients non-initiés aux ARV avaient un risque de décéder 5% plus élevés que ceux qui étaient initiés et suivis aux ARV (HR= 1,05, IC_{95%} (0,90-1,22), p -value=0,53). Ce pendant le résultat de l'analyse multi variée a montré que les patients non-initiés aux ARV avaient un risque plus faible (47%) non significatif que ceux ayant été initiés aux ARV (HR= 0,53 IC 95% (0,21-1,29), $p=0,16$). Les patients mono infectés VIH avaient un risque plus faible à 34% statiquement significatif (HR=0,64 IC 95% (0,51-0,85), $p=0,001$) de décéder que ceux des patients Coinfectés TB/VIH. Mais à l'analyse multi variée, ce risque était non significativement plus fort de 51% chez les patients séropositifs au VIH n'ayant pas développés de tuberculose pendant leur suivi. L'analyse uni -variée a montré que les patients vus aux stades cliniques 3 et 4 ont des risques respectivement 2 et 8 fois plus élevés et statistiquement significatifs (HR=8,02, IC 95% = (2,27-3,03), $p=0,000$) et (HR= 8,02 IC_{95%} (6,78 -9,48), $p=0,000$) de décéder que ceux aux stades clinique 1 de l'OMS. L'analyse uni variée et multi variée ont montré que les patients qui ont une charge virale supprimée à la 1^{ère} réalisation après leur initiation au traitement ARV ont un risque faible de décéder que ceux qui n'avaient pas de charge virale supprimée. Il ressortait à notre analyse uni variée que les personnes vivant avec le VIH ayant fait de l'anémie pendant leur suivi avaient un risque de 29% plus élevé que celles qui n'ont pas présentées de l'anémie après leur initiation aux ARV (HR=1,29, IC_{95%} 1,07-1,55, $p=0,008$). Les patients en risque de malnutrition (risque de surpoids et surpoids) ont montré respectivement des risques plus élevés de décéder (14% et 18%) que ceux qui avaient de l'indice de masse corporel normal (HR= 1,14 IC_{95%} (0,86-1,50), $p=0,95$) et (HR= 1,18 IC 95% (0,81-1,70), $p=0,38$).

Discussion :

Nous avons inclus dans notre étude 48426 personnes vivant avec le VIH suivies sur dix sites de prise en charge antirétrovirale de Bamako. Le but était d'étudier les facteurs de risques associés aux décès des personnes vivant avec le VIH.

L'analyse uni-variée nous a montré que le sexe masculin, la classe d'âge 45 et plus, la tuberculose, l'anémie et les stades cliniques (2, 3 et 4) de l'OMS étaient associés de façon significative au risque de décès des personnes vivant avec le VIH suivies sur les 10 sites de traitements antirétroviraux de Bamako.

Caractéristiques sociodémographiques :

Parmi les participants de notre étude, Le sexe féminin était le plus représenté $n=32352$, 66,81%, IC_{95%} (66,38-67,22).

Ce résultat pourrait être s'expliquer par la prédominance des femmes séropositives suivies dans les sites de traitement antirétroviral au Mali, de la féminisation de l'infection à VIH pour des raisons de vulnérabilité naturelle, anatomiques et de l'environnement social, de la fréquentation élevée des femmes aux centres de conseils et de dépistage au VIH. Ce résultat est en conformité à celui des données de routine et des données de projection de l'outil Spectrum 2020 qui trouve 62 728 sexes féminin sur 107 624 PVVIH (13). L'âge moyen des participants était estimé à 39 ans. Ce résultat peut être s'expliquer par la vulnérabilité élevée au VIH chez ces personnes, par leurs sexualités beaucoup plus actives, par le dépistage élevé au VIH par ces couches d'âge. Ce résultat est similaire à celui présenté dans le rapport annuel de la Cellule Sectorielle de Lutte contre le VIH, la Tuberculose et les Hépatites Virales (CSLS-TBH). Le CESAC- Bamako et l'USAC de la commune 5 avaient les plus grands nombres des participants Ce résultat pourra s'expliquer que ces deux sites sont des sites de traitement ARV communautaires qui. Ils font partie aussi des premiers sites qui ont commencé la prise en charge des PVVIH au Mali. Ils réalisent beaucoup des activités communautaires à l'endroit des PVVIH telles que le groupe de soutien psychologique, Education thérapeutiques des patients, soutiens nutritionnels, alimentaires qui contribuent à stimuler et à la rétention des PVVIH dans leurs sites de traitement. Ces sites disposent aussi des ressources humaines qualifiées aux conseils dépistages du VIH et au suivi thérapeutiques sous ARV. Les patients vivant avec le VIH1 étaient majoritairement représentés dans notre étude et suivis de ceux du VIH2. Cela peut être dû que le VIH du type 1 est dominant parmi les PVVIH au Mali. Il est le type le plus virulent et le 1^{er} isolé dans le monde. Ce même résultat est rapporté en 2003- 2010 par E. Lucas, F.Cazein et coll en France qui trouve parmi 55158 découvertes de séropositivité VIH, la part du VIH1 était de 98% (14). Les patients vus à la 1^{ère} visite étant au stade clinique 2 de l'OMS étaient les plus représenté. Cela peut s'expliquer par le fait que les patients asymptomatiques au stade 1 ne fréquentent beaucoup les sites de traitement ARV car ils ne présentent pas assez des symptômes et leur système immunitaire est aussi assez élevé. Ensuite les patients au stade 4 de l'OMS ne sont nombreux dans les sites de traitement à cause de l'efficacité des ARV et de la bonne qualité de leur prise en charge.

Analyse de Cox :

Il ressortait dans les résultats de notre analyse de régression de Cox que les personnes vivant avec le VIH âgées de plus de 44 ans ont un risque de décéder 31% plus élevés que celles de la classe d'âge de 15- 44ans. Cela pourra être dû à la diminution du système immunitaire TCD4 des PVVIH avec augmentation de l'âge, le risque d'exposition des patients de plus de 44 ans à d'autres coïnfections permettant la diminution de leur durée de vie que les patients âgés de 15-44 ans. Ce

résultat est similaire à celui de l'étude réalisé au Sénégal par B. DA Tavernne, P.S Sow, E Delaporte, col. (12).

Limites : Notre étude présente un certain nombre de limites mais elle est la première au Mali :

La réalisation de notre étude sur des données rétrospectives dans l'outil de suivi des PVVIH « ESOPE » qui ne contenait pas certaines variables biologiques et cliniques de qualité ou étaient collectées avec des insuffisances (charge virale, TCD4, Maladie cardio vasculaire, cancer). Alors que la non prise en compte de ces variables dans l'analyse multi variée pouvait influencer sur les facteurs de risque.

Conclusion :

Le but de notre étude était d'étudier les facteurs de risque associés aux décès des personnes vivant avec le VIH au Mali. Nous avons trouvé 2954, 6,10% cas de décès pendant les 12 ans de suivi de 48426 participants, La proportion de décès des participants féminins étaient significativement faibles que ceux des masculins. Les personnes vivant avec le VIH âgées de plus de 44 ans ont un risque de décéder 31% plus élevés que celles de la classe d'âge de 15- 44ans. Les facteurs naturels tels le sexe masculin, la classe d'âge de 45 et plus et les facteurs clinico- biologiques (la quantité de charge virale à la 1^{ère} quantification après initiation aux ARV, anémie, stade clinique de l'OMS), le traitement ARV à long court et la coïnfection tuberculose et VIH étaient associés aux décès des PVVIH. Les résultats obtenus dans notre étude sont en conformité avec d'autres études réalisées dans d'autres pays. Ces résultats peuvent être extrapolés aux autres sites du Mali. Ils soulèvent la problématique de suivi biologique des PVVIH suivis à long court dans les sites de Bamako et aussi le retard de la fréquentation des centres de prise en charge antirétrovirale avant l'apparition des symptômes cliniques. Ces facteurs identifiés peuvent permettre aux prestataires de soin d'agir sur ces facteurs pour améliorer la survie des PVVIH. Ils permettent d'orienter les autorités nationales et les programmes de lutte contre le VIH de prioriser ces facteurs de risques pour diminuer le taux de létalité des PVVIH.

Reference:

1. CASCADE Collaboration. Effective therapy has altered the spectrum of cause-specific mortality following HIV séroconversion. *AIDS* 2006; 20:741-9.
2. C. Lewden, T. May, E. Rosenthal, F. Bonnet et col, le groupe Mortalité 2005 en collaboration avec Mortavic).
3. OMS <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/hiv-aids>).
4. A. Mocroft, C. Katlama, Johnson AM, et al. AIDS across Europe, 1994-98: the EuroSIDA study. *Lancet* 2000; 356:291-6
5. Onusida. 5 ans, 15 leçons d'espoir de la riposte au sida. Onusida, 2014.
6. Onusida. Fiche d'information– Journée mondiale du sida 2019.
7. <https://www.lemonde.fr/afrique/article/2020/05/12/>.

8. S. Kouanda, IB. Meda, L. Nikiema, S.Tiendrebeogo, B. Doulogou, I. Kaboré, et al. Determinants and causes of mortality in HIV-infected patients receiving antiretroviral therapy in Burkina Faso: a five-year retrospective cohort study. *AIDS Care*. 2012; 24 (4):478-90.
9. SD. Lawn, AD. Harries, X. Anglaret, L. Myer, R. Wood. Early mortality among adults accessing antiretroviral treatment programmes in sub-Saharan Africa. *AIDS*. 2008 Oct 1; 22 (15):1897-9).
10. CPS, Santé. Enquête Démographique et de Santé du Mali, Edition V, 2012-2013.
11. Cellule Sectorielle de Lutte contre le VIH/Sida, la Tuberculose et les Hépatites virales. Rapport annuel de la prise en charge du VIH au Mali. 2020.
12. OnuSida. Toujours plus de malades, toujours plus de morts. Onusida, 2006.
13. Onusida, spectrum 2020, Mali.
14. E. Lucas, F. Cazein, S Brunet et al, Causes de décès en France en 2005 des adultes infectés par le VIH et évolution par rapport à 2000.
15. B. DA Taverne, P.S Sow, E Delaporte, col. Evaluation de l'impact bioclinique et social, individuel et collectif, du traitement ARV chez des patients VIH-1 pris en charge depuis 10 ans dans le cadre de l'ISAARV. ANRS, 2012 2012.

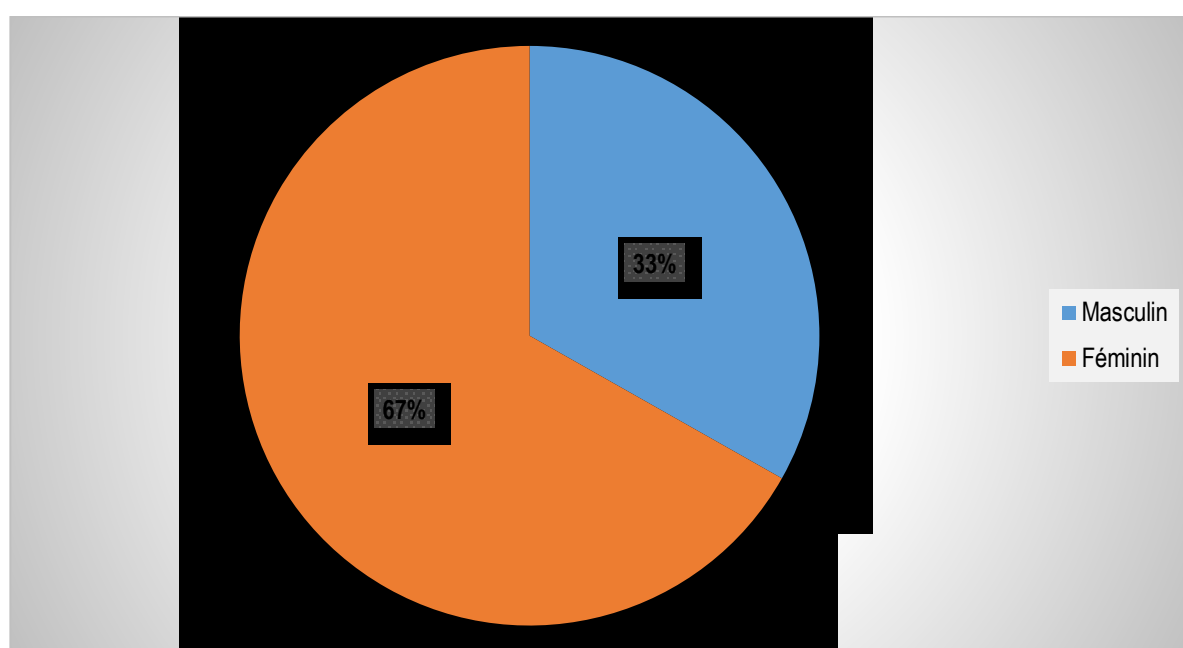


Figure 1 : Répartition des PVIH des sites de TARV à Bamako de 2006 à 2017 en fonction de leur sexe.

TABLEAU I : CROISEMENT ENTRE LES SITES DE PRISE EN CHARGE DES PVIH ET LE SEXE DES PVIH DE 2006 A 2017.

Sites de PEC	Sexe, n (%)		Total
	Masculin n (%)	Féminin n (%)	
Commune 1	1118 (31,63)	2417 (68,37)	3535 (100,00)
Commune 2	287 (28,33)	726 (71,67)	1013 (100,00)
Commune 3	342 (31,40)	747 (68,60)	1089 (100,00)
Commune 4	801(27,95)	2065 (68,60)	2866 (100,00)
Commune 5	3333 (32,67)	6870 (67,33)	10203 (100,00)
Commune 6	955 (30,47)	2179 (69,53)	3134 (100,00)
CESAC BKO	5246 (64,66)	9889(65,34)	15135 (100,00)
USAC CNAM	1468 (30,60)	3329 (69,40)	4797 (100,00)

CHU Point G	1011 (33,27)	2028 (66,73)	3039 (100,00)
CHU Gabriel Touré	1513 (41,85)	2102 (58,15)	3615 (100,00)
Total	16074 (33,19)	32352 (66,81)	48 426 (100,00)

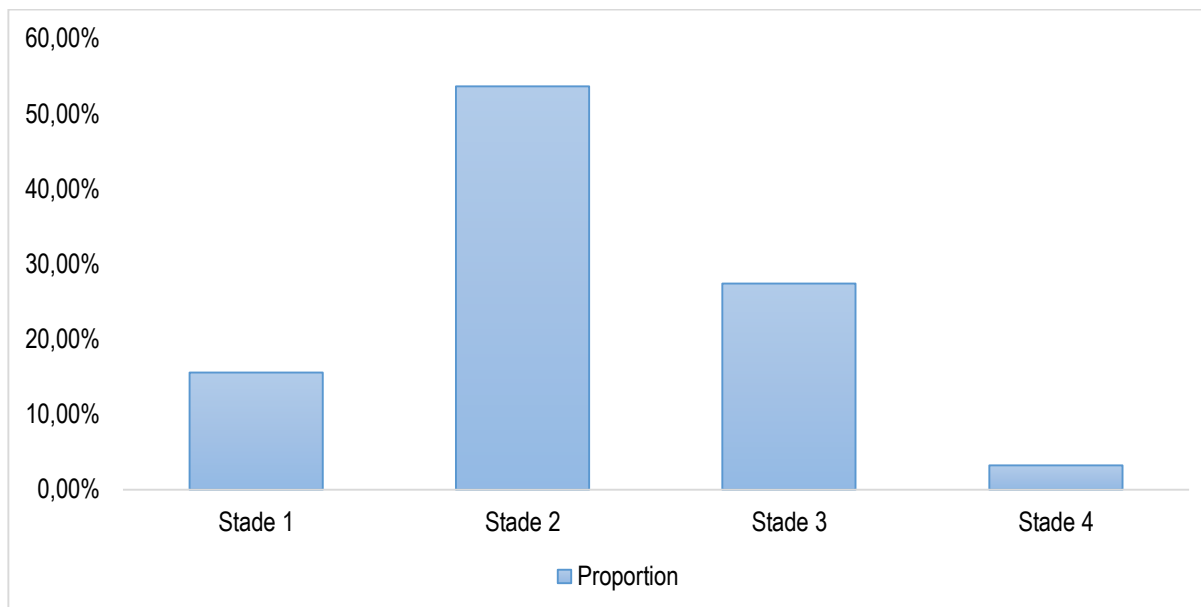


Figure 2 : Répartition des PVVIH des sites de TARV à Bamako de 2006 à 2017 selon leurs stades cliniques OMS.

TABLEAU II : REPARTITION EN FONCTION DES COÏNFECTIONS TB/VIH DES PVVIH DES SITES DE TARV A BAMAKO DE 2006 A 2017.

Coinfections TB/VIH	Effectifs (n)	Fréquence (%)	IC _{95%}
Oui	692	2,91	2,70-3,13
Non	23066	97,09	96,86-97,29
Total	23758	100,00	

Tableau III : Répartition des PVVIH des sites de TARV à Bamako de 2006 à 2017 en fonction de leurs survies.

Survie	Effectifs (n)	Fréquence (%)	IC _{95%}
Vivants	45472	93,90	93,68-94,10
Décédés	2954	6,10	58,90-6,31
Total	48426	100,00	

TARV : traitement antirétroviral

TABLEAU III : CROISEMENT ENTRE LE TRAITEMENT ARV ET LA SURVIE DES PVVIH DE 2006 A 2017 A BAMAKO.

Traitement ARV	Survie, n (%)		
	Vivants	Décédés	Total
Initiés aux ARV	31706 (93,56)	2181 (6,44)	33887 (100,00)
Non-initiés aux ARV	13766 (94,68)	773 (5,32)	14539 (100,00)
Total	45 472 (93,90)	2954 (6,10)	48426 (100,00)

Tableau III : Analyse uni et multi variée des variables explicatives du décès des PVVIH dans les sites de TARV de Bamako de 2006-2017.

Variables indépendantes	Analyse uni variée			Analyse multi variée		
	HR	IC _{95%}	p-value	HR	IC _{95%}	p-value
Sexe						
Masculin	-			-		
Féminin	0,64	0,59- 0,69	0,00	1,09	0,85-1,40	0,48
Classes d'âge						
15- 44	-			-		
44 et plus	1,31	1,21- 1,41	0,00	0,83	0,65-1,05	0,13
Type du VIH						
VIH ₁	-			-		
VIH ₂	1,05	0,82 - 1,33	0,70	1,19	0,29-4,84	0,80
VIH ₁₊₂	0,91	0,64 - 0,91	0,57	1,20	0,16-8,75	0,85
Traitements ARV						
Initiés aux ARV	-			-		
Non-initiés aux ARV	1,05	0,90- 1,22	0,53	0,53	0,21-1,29	0,16
Coinfection TB/VIH						
Oui	-			-		
Non	0,66	0,51- 0,85	0,001	1,51	0,83-2,75	0,17
Stades cliniques OMS						
Stade1	-			-		
Stade 2	1,49	1,30- 1,73	0,00	0,76	0,60-0,97	0,02
Stade 3	2,63	2,27- 3,03	0,00	0,95	0,73-1,23	0,73
Stade 4	8,02	6,78- 9,48	0,00	0,81	0,37-1,75	0,59
1^{ère} Charge virale (copie/ml)						
< 1000 (supprimée)	0,86	0,71- 1,05	0,14	0,87	0,69-1,09	0,23
>= 1000 (non supprimée)	-			-		
Anémie						
Oui	1,29	1,07- 1,55	0,008			
Non	-					
Nutrition						
Normale	-					
RDE	0,52	0,37-0,74	0,00			
DE	0,97	0,69-1,35	0,19			
Risque de surpoids	1,14	0,86-1,50	0,95			
Surpoids	1,18	0,81-1,70	0,38			

RH= Hazard risque, IC 95%= Intervalle de confiance, p-value : valeur de probabilité, DE= déficit énergétique, RDE= risque déficit énergétique.