

SOMMAIRE

ARTICLES ORIGINAUX

- Etude de la candidurie chez les patients diabétiques hospitalisés au département de médecine de l'Hôpital Principal de Dakar** 7-14
Diop M, Dione ANR, Daffe SMM, Ba PS, Fall AN, Sarr MN, Ndiaye M, Diouf PM, Youbong T, Fall AK, Niang A, Gning SB, Fall F
- Déterminants de l'anémie chez les personnes âgées diabétiques du Centre Hospitalier Universitaire de Treichville de juin 2017 à décembre 2018** 15-21
Konan NM, Acko V, Bita D, Ouattara R, Djami K, Kouassi AV, Kouamé S, Abbe F, Koffi GS, Koffi M, Binan YO
- Profil cardio-vasculaire des patients présentant un syndrome d'apnée du sommeil : à propos de 100 cas consécutifs sur 12 mois** 22-27
Mboup WN, Bèye SM, Mingou JS, Dièye O, Aw F, Sarr SA, Balde DW, Diop MT, Diouf Y, Bodian M, Ndiaye MB, Kane Ad, Diao M
- Facteurs de non compliançe au sondage vésical intermittent propre** 28-32
Ngassaki SR, Diagne NS, Lo PN, Sy NAM, Ba S, Tall I, Faye AB, Sounga Banzouzi PEG
- Pronostic fonctionnel des polyradiculoneuropathies aiguës, en milieu de rééducation** 33-37
Diagne NS, Sy NAM, Gaye A, Sy A, Lo PN, Faye AB, Ba S, Diop AG
- Profil des ascites en Médecine interne au centre hospitalier universitaire Abass Ndao : aspects épidémiologiques, cliniques et étiologiques** 38-45
Diédhiou D, Ndour MA, Gadjji FK, Diallo IM, Sow D, Niang M F S, Borges J, Dieng M, Thioye EMM, Bassène J, Ndiaye NFM, Sarr A, Ndour Mbaye M
- Covid-19 au Sénégal : expérience du centre de traitement des épidémies (CTE) de l'hôpital Abass Ndao** 46-53
Diédhiou D, Ndour MA, Dieng M, Sow D, Gadjji FK, Diallo IM, Thioye EMM, Bassène J, Ndiaye NFM, Sarr A, Ndour Mbaye M
- Diabète sucré chez les sujets atteints de l'hépatite virale C à Cotonou : prévalence et facteurs associés** 54-60
Wanvoegbe FA, Kpoussou AR, Agbodande KA, Kouam Kamdem CF, Vignon R, Sokpon M, Gninkoun J, Azon-Kouanou A, Sehonou J, Amoussou-Guenou D, Zannou DM
- Le dépistage tardif de l'infection à VIH à l'ère du Tester et traiter : un frein pour l'optimisation du traitement antirétroviral** 61-68
Ba S, Ba ND, Ndiaye R, Coulibaly M, Dia NM, Ndour CT, Thiam S
- Parcours diagnostique de la maladie de Behçet en milieu tropical : expérience dans un service de médecine interne (à propos de 6 cas)** 69-76
Berthé A, Diack M, Gueye AD, Marone Z, Ndiaye Y, Faye FA, Sidibe PO, Nelson N, Elame H, Sow K, Ndour JND, Diop MM, Diop BM, Ka MM
- CAS CLINIQUES**
- Maladie de Still de l'adulte se dissimulant sous les traits d'une crise vaso-occlusive chez un patient drépanocytaire SS** 77-81
Tall CT, Fall S, Camara ML, Niang ED, Seck M, Ndiaye FSD
- Gangrène périphérique symétrique au cours de l'Infection par le SARS-CoV2 : cas rapporté et revue de la littérature** 82-86
Gueye AD, Berthé A, Faye FA, Marone Z, Ndiaye Y, Diop MM, Diop BM, Ka MM
- Le lymphome B primitif de la thyroïde : à propos d'une observation et revue de la littérature** 87-91
Niang EIHD, Fall S, Niang CD, Sarr K, Ndiaye C, Dial CMM, Ciss M, Thiam, Ndiaye FSD

CONTENTS

ORIGINAL ARTICLES

- Study of the candiduria among in-patients with diabetes mellitus at the internal medicine department of Dakar Principal Hospital* 7-14
Diop M, Dione ANR, Daffe SMM, Ba PS, Fall AN, Sarr MN, Ndiaye M, Diouf PM, Youbong T, Fall AK, Niang A, Gning SB, Fall F
- Determinants of anemia in elderly people with diabetes in the University Hospital Center of Treichville from June 2017 to December 2018* 15-21
Konan NM, Acko V, Bitá D, Ouattara R, Djami K, Kouassi AV, Kouamé S, Abbe F, Koffi GS, Koffi M, Binan YO
- Cardiovascular profile on 12 months consecutive of 100 patients known for a sleep apnea syndrome* 22-27
Mboup WN, Bèye SM, Mingou JS, Dièye O, Aw F, Sarr SA, Balde DW, Diop MT, Diouf Y, Bodian M, Ndiaye MB, Kane Ad, Diao M
- Factors of non-compliance with clean intermittent catheterization* 28-32
Ngassaki SR, Diagne NS, Lo PN, Sy NAM, Ba S, Tall I, Faye AB, Sounga Banzouzi PEG
- Functional prognosis of acute polyradiculoneuropathy, in rehabilitation environment* 33-37
Diagne NS, Sy NAM, Gaye A, Sy A, Lo PN, Faye AB, Ba S, Diop AG
- Profile of ascites in the internal medicine department of Abass Ndao university hospital center: epidemiological, clinical and etiological aspects* 38-45
Diédhiou D, Ndour MA, Gadjí FK, Diallo IM, Sow D, Niang M F S, Borges J, Dieng M, Thioye EMM, Bassène J, Ndiaye NFM, Sarr A, Ndour Mbaye M
- Covid-19 in Senegal: experience of the outbreak treatment center (OTC) of Abass Ndao hospital* 46-53
Diédhiou D, Ndour MA, Dieng M, Sow D, Gadjí FK, Diallo IM, Thioye EMM, Bassène J, Ndiaye NFM, Sarr A, Ndour Mbaye M
- Diabetes mellitus in subjects with viral hepatitis C in Cotonou: prevalence and associated factors* 54-60
Wanvoegbe FA, Kpossou AR, Agbodande KA, Kouam Kamdem CF, Vignon R, Sokpon M, Gninkoun J, Azon-Kouanou A, Sehonou J, Amoussou-Guenou D, Zannou DM
- HIV Late diagnosis in “Test and Treat“ era: a brake on ART Optimization*** 61-68
Ba S, Ba ND, Ndiaye R, Coulibaly M, Dia NM, Ndour CT, Thiam S
- Diagnosis of Behçet’s disease in tropical environments: experience in an internal medicine department (about 6 cases)* 69-76
Berthé A, Diack M, Gueye AD, Marone Z, Ndiaye Y, Faye FA, Sidibe PO, Nelson N, Elame H, Sow K, Ndour JND, Diop MM, Diop BM, Ka MM
- ### **CASES REPORT**
- Adult Still’s disease disguising itself under a vaso-occlusive crisis in an SS sickle cell patient* 77-81
Tall CT, Fall S, Camara ML, Niang ED, Seck M, Ndiaye FSD
- Symmetrical peripheral gangrene during SARS-CoV2 infection: reported case and literature review* 82-86
Gueye AD, Berthé A, Faye FA, Marone Z, Ndiaye Y, Diop MM, Diop BM, Ka MM
- Primary thyroid lymphomas: about an observation and review of the literature* 87-91
Niang EIHD, Fall S, Niang CD, Sarr K, Ndiaye C, Dial CMM, Ciss M, Thiam, Ndiaye FSD

Le dépistage tardif de l'infection à VIH à l'ère du Tester et traiter : un frein pour l'optimisation du traitement antirétroviral

HIV Late diagnosis in "Test and Treat" era: a brake on ART Optimization

Selly Ba S^{1,2}, Ba ND², Ndiaye R², Coulibaly M², Dia NM³, Ndour CT², Thiam S⁴

1. Intrahealth International, Dakar, Sénégal
2. Division de lutte contre le SIDA, Dakar, Sénégal
3. Université Gaston Berger, Saint Louis, Sénégal
4. Conseil National de lutte contre la SIDA, Dakar, Sénégal

Auteur Correspondant : Dr BA Selly

Résumé

Introduction : Le Sénégal s'est engagé pour l'élimination de l'épidémie à VIH d'ici 2030 sous le concept TATARSEN (**Test All ,Treat All and Retain.**). La décentralisation des sites de Prise en charge a beaucoup contribué à l'intensification du traitement antirétroviral (ARV). Cependant les praticiens sont toujours confrontés au défi de l'optimisation du traitement du fait de la prévalence élevée du diagnostic tardif

Objectifs : Déterminer la prévalence du diagnostic tardif dans quatre sites de PEC décentralisés et évaluer son impact sur l'optimisation du traitement ARV

Méthodologie : C'est une étude longitudinale, analytique rétrospective portant sur des Personnes vivant avec le VIH (PVVIH), âgés de 18 ans et plus, nouvellement mis sous traitement ARV, suivies dans quatre sites de PEC de la capitale de Janvier 2017 à Juin 2021. Les variables sociodémographiques, cliniques, paracliniques, thérapeutiques et évolutives ont été recueillies et analysées à l'aide du logiciel EPI INFO version 2002.

Résultats : Mille huit-cent quarante-sept (1847) patients de profil VIH-1 dans 91% des cas, de sexe féminin dans 54% des cas ont été colligés. Quatre-vingt pour cent (80%) était non ou faiblement scolarisé. L'âge médian était de 33 ans (Extrêmes 18-78). Le schéma antirétroviral associait 2 Inhibiteur Nucleosidique de la Transcriptase Inverse (2INTI) à 1 Inhibiteur Non Nucléosidique de la Transcriptase Inverse (1 NNNTI) dans 56% des cas. La durée médiane de suivi était estimée à 24 mois (1-52). Quatre cent-vingt-cinq (425) patients étaient dépistés au stade 3 ou 4 de l'OMS soit une prévalence du diagnostic tardif de 23%. Cette prévalence était associée au sexe masculin ($p=0,04$), à la faible scolarisation ($p= 0,02$) au mode de transmission hétérosexuelle ($p=0,01$). Au 24^{ème} mois de suivi, la létalité chez les patients dépistés tardivement était de 16%, le taux de perdus de vue de 12%, une prévalence d'échec virologique de 30% a été notée.

Conclusion : La prévalence élevée du diagnostic tardif suggère la nécessité de promouvoir des stratégies de dépistage précoce en vue d'une meilleure optimisation du traitement antirétroviral.

Mots clé : VIH - Dépistage tardif - tester et traiter - ARV.

Summary

Introduction: Senegal is committed to eliminate the HIV epidemic, at the latest on 2030, using the TATARSEN concept. Indeed, when the strategy consisting to the decentralization of antiretroviral treatment (ART) was adopted; a real and great gain was noted in terms of intensification of compliance on care. However, due to the high prevalence of late diagnosis, practitioners still faced some challenges for the step so called *optimization of treatment*.

Objectives: We aim to determine the prevalence of HIV late diagnosis in four decentralized health care center and to assess its possible impact on the ART optimization.

Methodology: We aimed to determine the prevalence of HIV late diagnosis in four decentralized health care center and to assess its possible impact on the optimization of the dedicated treatment. We proceeded to a longitudinal, retrospective and analytical study of data concerning PLHIV (persons leaving with HIV) who were aged 18 and over. The other criteria for inclusion concerned also their status as patients (i) who are newly beginning the ARV treatment, and (ii) who are cared in four specific sites throughout the capital of the state of Senegal from January 2017 to June 2021. We have used EPI version 2002 software to analyze variables concerning sociodemographic, clinical, para clinical and therapeutic and evolutionary aspects.

Results: In all, we have collected 1847 patients revealing 91% as HIV-1 profile and 54% of female. Concerning the counselling for better compliance on treatment, 80% were either not or poorly educated. The median age was 33 years (range 18-78). The antiretroviral regimen combined 2 NRTIs with 1 NNRTI in 56% of cases. The median duration of follow-up was estimated at 24 months (range 1-52). The number of patients screened at WHO stage 3 or 4, was 425 corresponding to 23% as prevalence of late diagnosis. Furthermore, such late data was associated with the male gender (for a p at 0.04), low education ($p=0.02$) and heterosexual mode of transmission ($p=0.01$). The lethality of those patients (i.e late detected) was 16%, at 24months of follow up. The rate of patients lost during the follow up was also estimated at 12% (7% and 30% as prevalence of virological failure has been noted.

Conclusion: The High prevalence of HIV late diagnosis suggests the need to promote early detection strategies for better optimization of antiretroviral treatment.

Key world: HIV - late diagnosis - test and treat - ART.

Introduction

L'avènement de la trithérapie antirétrovirale a révolutionné la prise en charge de l'infection à VIH en permettant une suppression durable de la réplication virale.

Des preuves irréfutables ont démontré que l'instauration et l'intensification rapides d'un traitement antirétroviral de qualité permettent de sauver la vie de millions de personnes, de diminuer le risque de transmission et d'économiser des ressources financières, en vue d'éradiquer l'épidémie de sida [1, 2].

Ces évidences scientifiques ont influencé les directives de l'OMS de mise sous traitement ARV. En effet, celles-ci ont beaucoup évolué de 2006 à 2015 avec la stratégie tester et traiter toutes les personnes vivant avec le VIH diagnostiquées, quel que soit leur taux de lymphocytes TCD4 [3].

Ces nouvelles recommandations vont ainsi dans le sens d'appuyer les objectifs ambitieux des 95-95-95 d'élimination de l'épidémie à VIH-SIDA d'ici 2030 de l'ONUSIDA [4].

Le Sénégal a adopté cette nouvelle approche sous le concept TATARSEN "Test All, Treat All and Retain" depuis 2016, avec une intensification de la mise sous traitement antirétroviral. Ainsi en 2021, sur les 39013 PVVIH estimées, 88% connaissait leur statut sérologique, 89% était sous traitement ARV et 84% avait une charge virale indétectable [5]. La décentralisation des sites de PEC débutée vers les années 2000 a permis une augmentation significative du nombre de PVVIH sous traitement ARV et environ 30% de la file active est suivie dans la capitale [6]. Cependant malgré tous les efforts consentis, des défis demeurent dans la prise en charge de l'infection à VIH parmi lesquels le diagnostic tardif [7].

Le dépistage tardif de l'infection à VIH reste un problème de santé publique à l'échelle mondiale. Il peut être lié aux PVVIH soit par méconnaissance de la maladie ou des programmes de dépistage, soit par l'appréhension de la stigmatisation et la discrimination liées à cette affection [8]. Aussi des facteurs associés comme l'âge et le sexe ont été décrits [8, 9]. Au Sénégal, les rares données concernant le retard de diagnostic de l'infection à VIH sont le plus souvent issues de l'enquête de taux de survie du CNLS [10, 11]. Cependant, l'impact du dépistage tardif sur l'optimisation du traitement ARV (*succès virologique et ou maintien aux soins après l'initiation du traitement antirétroviral*), ainsi que ses facteurs associés, sont peu élucidés. Notre étude s'inscrit dans ce cadre, et se propose

à l'ère du Concept "Tester et Traiter" de déterminer la prévalence et les facteurs associés au dépistage tardif dans quatre sites de PEC décentralisés et d'évaluer son impact sur l'optimisation du traitement antirétroviral

Méthodologie

Cadre d'étude

Notre travail a eu pour cadre quatre sites décentralisés situés dans la banlieue dakaroise à savoir les districts sanitaires (DS) de Keur Massar, Mbao, District Nord et Pikine, qui enregistrent une cohorte de 8847 PVVIH. Le choix de ces sites a été motivé par le fait que ce sont les sites de la région de Dakar bénéficiant de l'appui de l'USAID (Agence Américaine pour le Développement International) à travers les fonds PEPFAR (Plan d'Urgence du Président Américain de lutte contre le VIH) avec une mise à jour régulière des bases de données mais aussi du fait que les districts de Mbao, Pikine et Nord font partie des premiers sites mis en place dans le cadre de la décentralisation de la PEC de l'infection à VIH initiée vers les années 2000, sur un total de 10 districts à Dakar

Type et période d'étude

C'est une étude rétrospective, multicentrique, descriptive et analytique durant la période de Janvier 2017 à Juin 2021

Critères d'inclusion et de non inclusion : ont été inclus toutes les PVVIH âgées de 18 ans et plus, nouvellement dépistées et mises sous traitement ARV de première ligne durant la période d'étude.

N'ont pas été inclus les patients dont le stade clinique ou immunologique n'était pas documenté.

Collecte des données : Le recueil des données a été fait à partir des dossiers médicaux qui avaient permis de renseigner les informations suivantes : données sociodémographiques (âge, sexe, statut matrimonial, profession, provenance), données cliniques (profil VIH, Indice de masse corporelle (IMC) initial, stade OMS, porte d'entrée aux soins du VIH), données para cliniques [taux de CD4, charge virale (CV), Ag HBs], données thérapeutiques (les schémas thérapeutiques ARV). Les données évolutives (échec virologique, PDV, perdus de vue, décès) ont été aussi collectées .

Définition opérationnelle

Le retard de diagnostic a été défini comme toute nouvelle inclusion classée aux stades 3 ou 4 selon la classification de l'OMS ou avec un taux de lymphocytes TCD4 à l'inclusion inférieur à 350 cellules/mm³.

Saisie et analyse des données

Toutes les données ont été saisies et analysées à l'aide des logiciels Excel et EPI INFO 2002. Les statistiques descriptives de fréquence et de moyenne ont été utilisées. Une analyse bi variée a été utilisée en comparant les caractéristiques qualitatives des patients en retard diagnostique avec le test du chi-2 de Pearson ou le test exact de Fischer en respectant leur condition d'applicabilité. Un p value inférieur à 0,05 a été considéré comme statistiquement significatif.

Pour la partie analytique, le retard de diagnostic (stade OMS 3 ou 4) est considéré comme variable dépendante, les caractéristiques comme l'âge, le sexe, le niveau de scolarisation, le mode de transmission de l'infection à VIH ont été étudiées comme variables indépendantes. Les proportions ont été comparées à l'aide du test du Khi² de Pearson ou le Fischer suivant leurs conditions d'applicabilité. Une valeur de $p \leq 0,05$ a été retenue comme seuil de significativité.

Considérations éthiques : Une base de données anonyme a été constituée à partir des dossiers

médicaux et sociaux des patients. Aucune information ne permettait d'identifier les patients inclus dans cette étude. La base de données reste une propriété des sites

Résultats

Aspects épidémiologiques

Au total 1847 PVVIH ont été nouvellement inclus durant la période d'étude DS Keur Massar (n=532) Pikine (n=513) Mbao (n= 427) DS Nord (n= 375). Une prédominance féminine était notée (54%) avec un Sex-ratio F/H de 1,2. L'âge médian était de 33 ans [Extrêmes : 18-78]. Les patients provenaient de la banlieue dans 98% des cas. Près de la moitié était scolarisée avec 31% qui s'étaient arrêtés au cycle primaire, 16% qui avaient atteint un niveau de scolarisation secondaire et 2% avec un niveau de scolarisation supérieur. Plus de la moitié était mariée (56%), les veufs représentaient 16,3%, les divorcés 20,7% contre 8% de célibataires. Quarante-sept (47%) des patients étaient sans emploi, les commerçants représentaient 14% des cas, les tailleurs 15% des cas. Le mode de transmission était dominé par le mode hétérosexuel (78,3%), les hommes ayant des rapports sexuels avec les hommes (HSH) ont constitué 21,7% de la population d'étude (**Tableau I**).

Tableau I : Caractéristiques épidémiologiques des patients

VARIABLES	NOMBRE (n=1847)	POURCENTAGE
SEXE		
Masculin	853	46,2%
Féminin	994	53,8%
AGE (ans)		
[18 -34]	997	54%
[35 -49]	554	30%
≥50	296	16%
PROVENANCE		
Banlieue	1810	98%
Zone urbaine	37	02.%
EDUCATION		
Non scolarisés	927	50.2%
Primaire	576	31.2%
Secondaire	299	16.2%
Supérieur	45	02.4%
SITUATION MATRIMONIALE		
Célibataire	147	08%
Mariés	1034	56%
Divorcés	382	20.7%
Veufs	284	16.3%
PROFESSION		
Sans	869	47.%
Commerçants	260	14%
Tailleurs	285	15.5%
Autres	433	23.5%
MODE DE TRANSMISSION		
Hétérosexuel	1447	78,3%
Homosexuel	400	21,7%

Aspects cliniques

Dans notre travail l'infection par le VIH-1 était présente dans 91% des cas, le VIH-2 était représenté dans 5% des cas, 4% des PVVIH étaient co-infectés par les VIH-1 et 2.

A l'inclusion, 425 soit 23% des patients étaient dépistés au stade tardif, et donc classés au stade 4 de l'OMS (2%), au stade 3 (21,5%). Le taux de patients au stade 2 était de 16,6% et 60,5% était au stade 1. L'indice de masse Corporelle (IMC) médian au moment de l'examen initial était de 17,63 kg/m² [Extrêmes : 11,10 - 45, 22]. Des infections opportunistes étaient présentes chez 300 patients. Une co-infection avec la tuberculose a été retrouvée chez 187 patients soit 10% de la série.

Aspects paracliniques

Sur le plan immunologique, le taux de lymphocytes TCD4 à l'inclusion était disponible chez 500 PVVIH avec un taux médian de lymphocytes TCD4 de 299 cellules/mm³ [Extrêmes : 7-2000].

Le portage de l'Ag-HBs recherché chez 940 patients (50%) était revenu positif chez 11% des PVVIH.

Aspects thérapeutiques

Le schéma antirétroviral associait 2 Inhibiteur Nucleosidique de la Transcriptase Inverse INTI à 1 Inhibiteur Non Nucleosidique de la Transcriptase IINNTI dans 56% des cas soit (1034 PVVIH), 6% avait bénéficié d'un régime à base de 2INTI et 1IP et 37% d'un régime à base de 2 INTI associé au Dolutegravir. Un régime à base de 3 INTI était institué chez 11 patients soit 1% de la série (**Tableau II**).

Tableau II : Aspects cliniques, paracliniques et thérapeutiques des patients à l'inclusion

VARIABLES	NOMBRE (n= 1847)	POURCENTAGE
PROFIL		
VIH -1	1680	91%
VIH -2	92	05%
VIH- 1 - 2	74	04%
IMC (kg/m²)		
< 18,5	849	46%
[18,5 -25]	739	40%
>25	259	14%
STADE OMS		
Stade 1-2	1424	77%
Stade 3-4	425	23%
CD4 (cell/mm³) (n=500)		
< 200	105	21%
[200-350]	75	15%
[350-500]	250	50%
>500	70	14%
ANTIGENEMIE HBS (n=940)		
Positive	103	11%
Negative	837	95%
CO INFECTION TB/VIH		
OUI	187	10%
NON	1660	90%
SCHEMA THERAPEUTIQUE		
2INTI-1NNTI	1034	56%
2INTI -1II(DTG)	698	37%
2INTI-1IP	114	6%
3INTI	11	1%

Aspects évolutifs

La durée moyenne de suivi était de 24mois [Extrêmes : 1 -52]. L'observance a été jugée bonne dans 90% des cas. Au 24^{ème} mois de suivi, une prévalence d'échec virologique (soit une CV supérieure à 1000 copies/ml) de 30% a été notée (20% à M12 et 10% à M24) le taux de perdus de vue était de 12% (7% à M12 et 5% à M24), la

létalité chez les patients dépistés tardivement était de 16%. (9% à M12 et 7% à M24).

Facteurs associés au dépistage tardif

Le retard de PEC était plus retrouvé chez les patients d'âge supérieur à 30 ans (26% versus 10%) p= 0,25, de sexe masculin (35% versus 18%) p=0,04, avec un bas niveau instruction (25% vs 5%) p=0,02, chez les patients infectées par voie de transmission hétérosexuelle (25%

versus 5%) p=0,01. Par contre l'association entre le dépistage tardif et l'âge n'était pas significative (comme illustré au tableau III).

Tableau III : Facteurs associés au dépistage tardif

VARIABLES	DEPISTAGE TARDIF n (%)		P value
	OUI	NON	
AGE			
Age <30 ans	72 (10)	648 (90)	0,25
Age ≥30 ans	293 (26)	834 (74)	
SEXE			
Féminin	198 (20)	796 (80)	0,04
Masculin	204 (24)	49 (76)	
SCOLARISATION			
Faible	339 (25)	1017 (75)	0,02
Elevée	19 (5)	472 (95)	
MODE DE TRANSMISSION			0,01
Homosexuel	20 (5)	380(95)	
Hétérosexuel	361(25)	1086(75)	

Discussion

Le Sénégal à l'instar de la communauté internationale a adopté la stratégie tester et traiter en vue d'éliminer l'épidémie à VIH à l'ère 2030 sous le concept TATARSEN (Test, Treat and retain). Une augmentation significative de la mise sous traitement ARV a été notée avec la décentralisation des sites de PEC, cependant il persiste toujours un retard de PEC qui compromet l'optimisation du traitement ARV. Notre travail fait partie des premières études réalisées dans le cadre du TATARSEN qui se propose d'évaluer la prévalence du dépistage tardif et son impact sur l'optimisation du traitement ARV. Elle a concerné 1847 patients nouvellement infectés de 2017 à 2021 dans quatre sites de PEC de la banlieue dakaroise. Sur le plan épidémiologique notre population d'étude était comparable aux données de la littérature africaine [11] avec une prédominance de femmes et d'adultes jeunes peu ou pas scolarisés, en majorité mariés, contaminés par voie hétérosexuelle, Cependant une proportion importante d'hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes a été notée, ce constat peut s'expliquer par le fait que ces sites bénéficient d'un financement du PEPFAR où le contrôle de l'infection à VIH est orienté vers des interventions ciblant les populations clé d'où la bonne documentation de cette cible dans ces sites.

Sur le plan clinique la plupart des patients étaient dépistés séropositifs à un stade tardif, aux stades 3 ou 4 de la maladie selon la classification de l'OMS, avec une immunodépression sévère. Ce constat montre que le dépistage tardif reste toujours une problématique dans les pays en voie

et développement malgré les recommandations de tester le plus précocement possible [12]. Ainsi, il s'avère nécessaire de renforcer les pratiques de dépistage allant dans le sens de la promotion du dépistage à l'initiative du prestataire mais aussi de développer des stratégies innovantes de dépistage pour éviter les occasions manquées de recours précoce aux soins [13].

La prévalence du dépistage tardif bien qu'élevée dans notre série (23%) est inférieure à celle décrite par Ngom [12] dans l'un des centres de référence de la capitale dakaroise, mais aussi dans la sous-région, en Afrique centrale et australe [8, 9]. Elle est cependant inférieure à celle documentée dans les pays développés où le dépistage se fait plus précocement [7].

Le dépistage tardif était associé au sexe masculin, ce qui pourrait s'expliquer par l'accès plus étendu des femmes au dépistage, notamment avec la détection systématique du VIH au cours du suivi de la grossesse [14]. De plus, il a été constaté une difficulté à enrôler les hommes. Ce faible accès au dépistage chez les hommes a été retrouvé dans de nombreuses études et serait dû à plusieurs facteurs socioculturels comme les constructions sociales autour de la masculinité, la stigmatisation mais aussi les causes structurelles comme les délais d'attente dans les structures de soins qui constituent un obstacle au recours aux soins [15]. De tels faits suggèrent un besoin urgent de développer des stratégies spécifiques aux hommes pour améliorer leur recours au dépistage.

Une nette différence entre le mode de transmission et le dépistage tardif a été notée dans notre série, avec une proportion plus importante

en cas de transmission hétérosexuelle. En effet, si les populations clé comme les Hommes ayant des rapports sexuels avec les hommes (HSH) sont plus confrontées aux barrières d'accès aux soins comme la stigmatisation, les lois répressives, paradoxalement ils sont plus aptes à se présenter plus tôt aux soins. Ce dépistage précoce chez les HSH pourrait s'expliquer par les multiples opportunités de dépistage qui leur sont offertes [16, 17]. Dans cette logique, le Sénégal, pays à épidémie de type concentré avec une prévalence élevée chez les HSH (27, 9%) a développé de multiples stratégies innovantes de dépistage ciblant les populations clé avec l'appui du PEPFAR. Parmi ces stratégies, le dépistage communautaire, l'index testing ou dépistage des partenaires des Populations clé et l'approche de sensibilisation améliorée par les pairs visant à dépister les membres des réseaux cachés de Populations clé, ont permis d'enrôler précocement aux soins ces groupes vulnérables [16, 17, 18]. Il serait donc important pour lutter contre le dépistage tardif, de renforcer le dépistage du partenaire ainsi que le dépistage familial ciblant la population générale.

Le dépistage tardif dans notre population d'étude a comme corollaire la non optimisation du traitement avec une prévalence assez élevée de l'échec virologique, de la non rétention aux soins. Cette prévalence assez élevée d'échec virologique suggère la nécessité en plus des stratégies précoces de dépistage de rendre accessibles les nouvelles classes thérapeutiques à savoir les inhibiteurs d'intégrase pour améliorer la qualité du traitement de première ligne du patient infecté par le VIH [13]. Sous ce rapport, le passage à l'échelle de la transition au Tenofovir Lamidivine Dolutegravir (TLD) [19] allant dans le sens d'utiliser les protocoles à base de Dolutegravir comme traitement de première intention du patient infecté par le VIH pourrait aider à l'optimisation du traitement ARV mais aussi à la gestion des échecs thérapeutiques [19]. Une mortalité assez élevée a été retrouvée chez les personnes dépistées à un stade avancé de l'infection à VIH. La mortalité précoce pourrait être aussi due à certaines infections et affections opportunistes associées au VIH qui n'ont pas été prises en charge adéquatement mais aussi des phénomènes de restauration immunitaire [12].

La proportion assez élevée de perdus de vue pourrait s'expliquer par les barrières socioculturelles comme la peur de divulguer le statut ou la stigmatisation mais aussi par certains facteurs structurels comme les longues durées d'attente dans les structures de soins [20]. Ce qui

argumente davantage la nécessité de passer à l'échelle de la différenciation des soins centrés sur les besoins des PVVIH pour éviter les causes structurelles mais aussi de renforcer les messages de communication positive centrée sur le concept U=U (*Undetectable = Untransmittable*) pour déconstruire certaines pesanteurs liées à l'infection à VIH [21]. Ce d'autant plus que dans notre série le dépistage tardif était associé au faible niveau de scolarisation. Ainsi, la sensibilisation sur le concept U=U devrait être renforcée pour mieux faire adhérer les PVVIH au traitement ARV dont les bénéfices de l'initiation précoce du traitement ARV ne sont plus à démontrer tant sur le plan individuel avec une réduction de la mortalité et de la morbidité que sur le plan collectif avec une diminution du risque de transmission de l'infection à VIH [22].

Notre étude comprend quelques limites, en effet nous avons utilisé le stade OMS pour la définition du diagnostic tardif du fait des données manquantes concernant le taux de CD4 dont la mesure n'est plus obligatoire pour la mise sous traitement, ce qui pourrait être à l'origine d'un biais de mesure.

Les variables sociodémographiques telles que le revenu et l'emploi, le niveau de connaissance sur l'infection à VIH n'ont pas été prises en compte, car elles ne sont généralement pas renseignées dans les dossiers cliniques. Aussi du fait du caractère essentiellement quantitatif de l'étude, certains obstacles au dépistage précoce de l'infection à VIH n'ont pas pu être appréhendés. Néanmoins malgré ces limites, nous pensons que les résultats de notre étude pourraient éclairer des décisions programmatiques visant à promouvoir le dépistage précoce de l'infection à VIH.

Conclusion

Notre étude fait partie des premières réalisées dans le cadre de l'évaluation de la stratégie tester et traiter au Sénégal. Elle a montré une prévalence encore élevée du dépistage tardif malgré la recommandation de traiter les PVVIH quel que soit le taux de CD4. Cette prévalence était associée au sexe masculin, à la faible scolarisation, et au mode de transmission hétérosexuel. Ce fait entrave l'optimisation du traitement antirétroviral avec une proportion assez importante d'échec virologique et d'attrition aux soins. Les résultats de notre étude suggèrent la nécessité de développer des stratégies innovantes pour la promotion du dépistage précoce de l'infection à VIH et des interventions spécifiques pour enrôler les hommes. En outre, notre travail pourrait être

complété par une étude qualitative pour mieux appréhender les obstacles au dépistage précoce, gage important pour l'atteinte des 95-95-95.

Les auteurs ne déclarent aucun conflit d'intérêt

REFERENCES

1. Cain LE, Logan R, Robins JM. et al. When to Initiate Combined Antiretroviral Therapy to Reduce Mortality and AIDS-Defining Illness in HIV-Infected Persons in Developed Countries: An Observational Study. *Annals of Internal Medicine* 2011, 154: 509-515
2. Cohen MS, Chen YQ, McCauley M et al. Prevention of HIV-1 Infection with Early Antiretroviral Therapy. *The New England Journal of Medicine* 2011, 365: 493-505
3. WHO Consolidated Guidelines on the Use of Antiretroviral Drugs for Treating and Preventing HIV Infection: Recommendations for a Public Health Approach. 2016 <http://www.who.int/hiv/pub/arv/arv-2016/en>
4. UNAIDS 90-90-90: An Ambitious Treatment Target to Help end the AIDS Epidemic. 2014 http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/90-90-90_en_0.pdf
5. Conseil National de Lutte Contre le Sida Au Sénégal : Rapport de situation sur la riposte nationale à l'épidémie du VIH/SIDA Sénégal. 2020 : 60
6. Conseil National de Lutte Contre le Sida au Sénégal. Plan national stratégique de lutte contre le VIH au Sénégal 2018-2021. 80
7. Avila D, Althoff KN, Mugglin C and al. Immunodeficiency at the start of combination antiretroviral therapy in low-, middle-, and high-income countries in the IeDEA and ART Cohort Collaborations: *J Acquir Immune Defic Syndr* 2014; 65(1): 8-16
8. Drain PK, Losina E, Parker G and al. Risk Factors for Late-Stage HIV Disease Presentation at Initial HIV Diagnosis in Durban, South Africa *PLoS One*. 2013; 8(1): e55305
9. Mutimura E, Addison D, Anastos K and al. Trends in and correlates of CD4+ cell count at antiretroviral therapy initiation after changes in national ART guidelines in Rwanda *AIDS* 2015; 29(1): 67-76
10. Conseil National de Lutte Contre le Sida au Sénégal : Rapport taux de survie 2020. 30
11. Manga NM, Diop SA, Ndour CT et al. Dépistage tardif de l'infection à VIH à la clinique des maladies infectieuses de Fann, Dakar : Circonstances de diagnostic, itinéraire thérapeutique des patients et facteurs déterminants. *Médecine et Maladies Infectieuses* 2009, 39 : 95-100
12. Ngom NF, Faye MA, Ndiaye K et al. ART initiation in an outpatient treatment center in Dakar, Senegal: A retrospective cohort analysis (1998-2015). *PLoS ONE* 2018; 13(9): e0202984
13. Ba S, Ba ND, Sembene L and al. Prevalence and Factors Associated with Virologic Failure among People Living with HIV (PLHIV) Monitored in a Decentralized Health Care Facility. *Advances in Infectious Diseases*, 2019, 9, 226-237
14. OMS (2007) Guide du conseil et du dépistage du VIH à l'initiative du soignant dans les établissements de santé. <http://www.who.int/publications/list/9789242595568/fr>
15. Glencross DK, Cassim N, Coetzee LM and al. Documented higher burden of advanced and very advanced HIV disease among patients, especially men, accessing healthcare in a rapidly growing economic and industrial hub in South Africa: A call to action *S Afr Med J* 2020; 110(6): 505-513
16. Lippman SA, Lane T, Rabede O and al. High Acceptability and Increased HIV Testing Frequency Following Introduction of HIV Self-Testing and Network Distribution among South African MSM: *J Acquir Immune Defic Syndr*. 2018; 77(3): 279-287

17. Lian Y, Zhao Y, Wang J and al. A health communication intervention to integrate partner testing with antiretroviral therapy service among men who have sex with men in China: an observational cohort study Lian et al. *BMC Public Health*. 2018 ; 18: 12-35
18. Lillie TA, Persaud NE, DiCarlo MC and al. Reaching the unreached: Performance of an enhanced peer outreach approach to identify new HIV cases among female sex workers and men who have sex with men in HIV programs in West and Central Africa. *PLoS One*. 2019; 14(4): 0213743
19. WHO. Updated Recommendations on First-Line and Second-Line Antiretroviral Regimens and Post-Exposure Prophylaxis and Recommendations on Early Infant Diagnosis of HIV: Interim Guidance. World Health Organization, Geneva. 2018
20. Seifu W, Ali W, Meresa B and al. Predictors of Loss to Follow Up among Adult Clients Attending at Karamara General Hospital, Jigjiga Town, Eastern Ethiopia, 2015: A Retrospective Study. *BMC Infectious Diseases*, 2018. 18: 280
21. The Lancet U=U. Taking off in 2017, 4: 475
22. Grarup J, Rappoport C, Engen NW et al. Challenges, Successes and Patterns of Enrolment in the Insight Strategic Timing of Anti-Retroviral Treatment (START) Trial. *HIV Medicine* 2015, 16, 14-23