



LA RECHERCHE OPERATIONNELLE

pour améliorer l'accessibilité aux services du Counseling et Dépistage du VIH

La « **recherche opérationnelle** » constitue l'une des stratégies d'un programme pour améliorer la qualité de la mise en œuvre des activités afin d'atteindre les objectifs fixés.

Selon l'OMS elle se définit comme « **L'utilisation de techniques de recherche systématique pour la prise de décision au cours des programmes en vue d'atteindre un résultat spécifique** »¹⁾.

En matière de lutte contre le Sida, toutes les interventions au niveau du pays dépendent dans la majorité des cas des appuis des partenaires techniques et financiers à Madagascar. Les résultats des recherches opérationnelles serviront de document de référence pour mieux orienter la stratégie.

La réalisation d'une recherche opérationnelle comprend trois étapes, selon le schéma ci-dessous²⁾ :

- La Planification
- La Mise en œuvre
- et le Suivi.



Le Ministère de la Santé Publique en collaboration avec l'Agence Japonaise de Coopération Internationale (JICA) a réalisé trois recherches opérationnelles entre 2010-2012 :

- *Facteurs déterminant la découverte au stade tardif de l'infection à VIH à Madagascar*
- *Profil et devenir des patients coïnfectés TB/VIH à Madagascar*
- *Le Counseling et le dépistage du VIH à l'initiative du soignant (CDIS) devraient-ils être offerts à tous les patients tuberculeux d'un pays à faible prévalence du VIH comme Madagascar ?*

Le rapport final de ces recherches opérationnelles est déjà disponible au niveau des décideurs, partenaires techniques et financiers et le personnel de santé et téléchargeable sur le site web :

<http://www.jica.go.jp/madagascar/french/office/others/publications02.html>

OU

<http://www.sante.gov.mg/index.php/actu/346-rapport-ro-pnls-pnlt.html>

Certaines recommandations ont été déjà réalisées. L'équipe de la recherche opérationnelle est actuellement à l'étape de suivi selon les 21 indicateurs³⁾ pour évaluer leur mise en œuvre.

REFERENCES :

1) Le Fonds mondial, OMS. Cadre de travail pour la recherche opérationnelle et appliquée dans les programmes de santé et de lutte contre les maladies. Geneva. 2008. Disponible sur (dernier accès : 24. Oct. 2012) : http://www.who.int/hiv/pub/operational/or_framework_fr.pdf

2) WHO, The Global Fund. GUIDE TO OPERATIONAL RESEARCH IN PROGRAMS SUPPORTED BY THE GLOBAL FUND. 2008. Disponible sur (dernier accès : 24. Oct. 2012) :

http://www.who.int/hiv/pub/epidemiology/SIR_operational_research_brochure.pdf

3) Zachariah R, et al. Is operational research delivering the goods? The journey to success in low-income countries, *Lancet Infect Dis* 2012; 12: 415-21.

Recherche Opérationnelle 1

Facteurs déterminant la découverte au stade tardif de l'infection à VIH à Madagascar

L'infection à VIH figure parmi les grands fléaux que Madagascar doit affronter. En 2009, UNGASS a publié que le taux de prévalence du VIH est de 0,13%, et le nombre de PVVIH estimées, en rapport avec ce taux est de 24000. Alors, le pays s'est fixé comme objectif de maintenir le taux de prévalence à moins de 1 % dans la population générale.

Les résultats d'une étude menée au niveau de Service des Maladies Infectieuses à l'Hôpital Joseph Raseta Befelatanana (2008), ont fait état d'un taux de mortalité hospitalière des PVVIH de 15 % (16/106). Le taux moyen des lymphocytes CD4 était bas (101 /mm³) au moment de la découverte de l'infection à VIH, ce qui correspond à un stade tardif de l'infection. Alors, l'identification des facteurs déterminant cette situation à Madagascar par le biais de la recherche opérationnelle, s'avère nécessaire.

Pour collecter les informations, une consultation des dossiers médicaux des PVVIH (entre 1^{er} Janvier 2002 au 31 Décembre 2010) et une interview des PVVIH (entre 1^{er} Janvier 2005 au 31 Décembre 2010) ont été réalisées. Pour cette recherche, **une PVVIH est dite au « stade tardif », si le taux de CD4 ≤ 200 /mm³ et/ou si la PVVIH présente une ou plusieurs symptômes classant l'infection au stade 3 ou stade 4 de l'OMS.**

Les résultats de l'étude montre que parmi les 24000 PVVIH estimées, seules 1033 (4%) ont été identifiées entre 2002 à 2010. **Par conséquent, 96% des PVVIH errent dans la nature sans connaître leur statut sérologique.** Ensuite, 93% (960/1033) disposent de dossiers médicaux auprès des médecins référents et **51% (486/960) n'ont pas été suivies au niveau des centres de référence. Ces PVVIH peuvent être perdues de vue, décédées ou transférées.** Ces situations

augmenteraient le risque de dissémination du VIH. Et les données disponibles auprès des médecins référents, ne permettent pas de classer ces éventualités.

La **Figure1** ci-contre récapitule **l'évolution de la répartition des nouveaux cas d'infection à VIH** identifiées auprès des médecins référents. Le nombre augmente d'année en année.

Plus de la moitié des PVVIH (51 %, 490 / 960) a été découverte au niveau des centres de santé primaire et 26 % (247 / 960) dépistées au niveau centres de référence. Le principal mode de contamination était hétérosexuel (68 %, 655 / 960). La présence des signes a poussé les 38 % (301 / 960) des PVVIH à se faire dépister et 31 % (301 / 960) ont été dépistées à leur initiative.

Environ la moitié des PVVIH (43 %, 411 / 960) a été découverte au stade « tardif ».

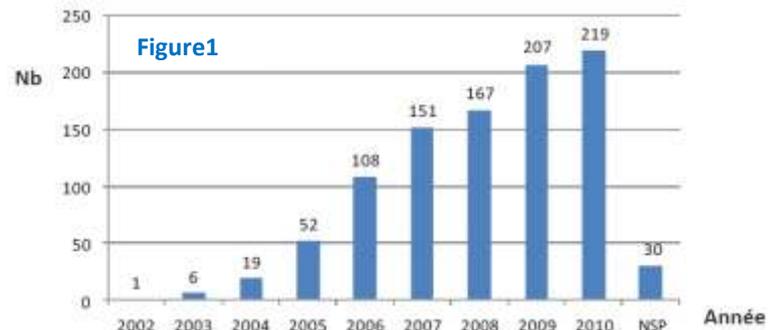
Les facteurs déterminant la découverte au stade tardif de l'infection à VIH identifiés sont : l'âge, plus il avance plus le risque augmente ; la situation matrimoniale tel que le veuvage ; les sites de découverte tel que le centre de référence et établissement privé, et enfin le motif de dépistage telle que la présence de signes.

A l'issue de cette recherche, trois recommandations stratégiques ont été émises, à savoir :

- 1) Uniformiser la qualité de données de prise en charge des PVVIH,
- 2) Diminuer le taux de perdu de

vue des PVVIH au niveau des centres de référence et

3) Promouvoir le dépistage de l'infection à VIH au stade « non tardif ».



Dans ce cadre, différentes activités ont été déjà réalisées, à savoir :

■ **l'élaboration des dossiers médicaux** qui actuellement sont disponibles auprès de tous les médecins référents. Dorénavant, les médecins référents n'utiliseront que ces dossiers médicaux pour la prise en charge des PVVIH.

■ **la mise en place d'un comité technique**, responsable de l'élaboration d'un registre pour la prise en charge des PVVIH en vue de l'amélioration de la collecte des informations pour le remplissage du Rapport Mensuel des Activités et les données nécessaires pour le calcul des indicateurs requis au niveau international.

En perspective, le suivi de l'utilisation effective et correcte de ces dossiers médicaux et du registre par les médecins référents s'avère nécessaire pour pouvoir rectifier encore une fois, s'il y a lieu, la stratégie de lutte contre l'infection à VIH à Madagascar.

Recherche Opérationnelle 2

Profil et devenir des patients coïnfectés TB/VIH à Madagascar

La lutte contre la tuberculose est entravée par différents handicaps, entre autres, la coïnfection avec le VIH. Bien que n'ayant pas encore une prévalence élevée de PVVIH dans la population générale, cette coïnfection préoccupe les deux programmes : Programme National de lutte Contre le SIDA(PNLS) et Programme National de lutte Contre la Tuberculose (PNLT).

En plus, la prise en charge (PEC) conjointe et les relations entre les deux programmes ne sont pas encore mises en œuvre à l'échelle nationale comme dans d'autres pays à faible revenu comme Madagascar. Une première recherche sur le profil et devenir des patients coïnfectés Tuberculose/VIH (TB/VIH) a été décidée et réalisée.

La consultation des données statistiques au niveau du PNLT a permis d'identifier 95 Centres de Diagnostic et de Traitement de la tuberculose (CDT) qui ont effectué un dépistage du VIH chez les tuberculeux du 1^{er} Janvier 2010 au 30 Juin 2011. Des formulaires ont été élaborés pour collecter les informations au niveau des 15 CDT et 12 centres de référence pour PEC du VIH qui ont rapporté des cas de coïnfections TB/VIH.

Les données recueillies se rapportent aux caractéristiques socio-démographiques, cliniques, épidémiologiques et thérapeutiques.

Dans le rapport du PNLT, 35cas de coïnfection TB/VIH ont été identifiés alors que la recherche nous a permis

de trouver 51 cas (Cf. Figure 2) et 47 cas ont disposé des formulaires. La coïnfection prédomine dans la tranche d'âge de 25-34 ans et dans le groupe des hétérosexuels.

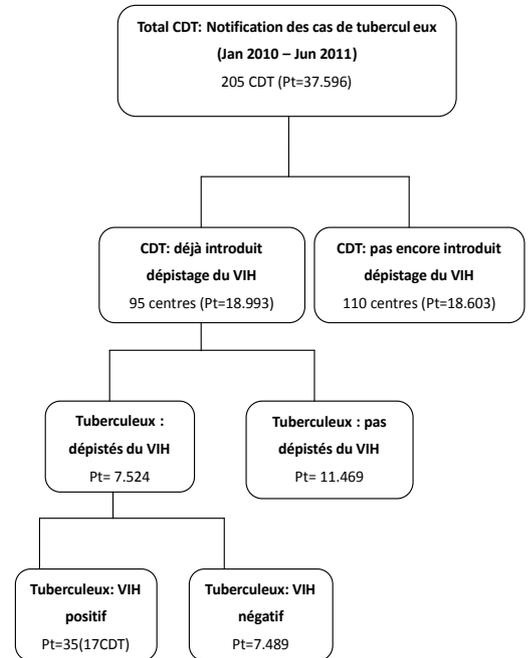
Les coïnfectés sont en majorité des nouveaux cas de TB. La tuberculose pulmonaire à microscopie positive (TPM+) constitue la principale forme clinique. Le taux médian de CD4 est de 179/mm³ chez les TPM+, de 100/mm³ pour la tuberculose extrapulmonaire (TEP) et de 58/mm³ pour la tuberculose pulmonaire à microscopie négative (TPM-). Dans notre échantillon, seuls 60% des malades coïnfectés ont reçu un traitement Antirétroviral (ARV).

Le taux de succès thérapeutique de la tuberculose chez les coïnfectés est faible (45%) alors que le taux de décès est élevé (34%). La moitié des malades coïnfectés n'ayant pas reçu de traitement ARV est décédée. Les décès surviennent surtout dans les formes TEP et TPM-.

A l'issue de cette recherche opérationnelle les recommandations suivantes ont été émises :

- Rendre disponible auprès des CDT et des centres de référence **la fiche de liaison** : cette fiche permet l'amélioration de circuit d'information pour la prise en charge des coïnfectés entre Médecins Référents et Responsables de CDT. (Cf : Figure3)
- Réaliser une étude prospective sur la coïnfection et l'utilisation de la fiche de liaison distribuée.
- Planifier conjointement les activités de lutte contre la coïnfection à tous les niveaux du système de santé.

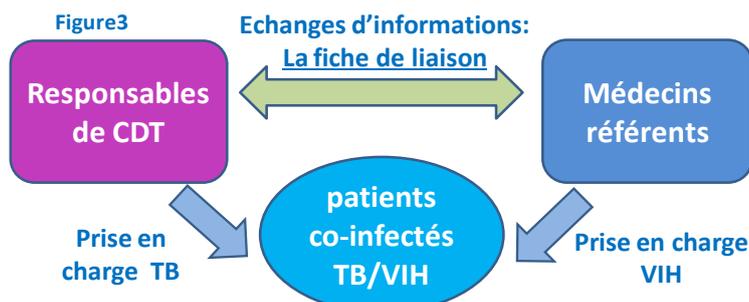
Figure2



- Rappeler les directives et notes techniques déjà émises sur le diagnostic et la prise en charge des cas de coïnfection.
- Etablir un plan d'action intégré de lutte contre la coïnfection TB/VIH.
- Assurer la qualité des données (enregistrement et promptitude).
- Promouvoir le dépistage de la tuberculose chez les PVVIH et l'infection à VIH chez les tuberculeux.
- Assurer la continuité de la prise en charge et l'accompagnement des coïnfectés.
- Renforcer la recherche des perdus de vue et la recherche des irréguliers au traitement.
- Améliorer la sensibilisation et le mobilisation sociale par les encadreurs et les agents communautaires du PNLT.

Après la Recherche Opérationnelle, la vulgarisation, la diffusion et les directives pour l'utilisation de la fiche de liaison auprès des responsables CDT vers les médecins référents et vice versa, la création du comité technique national TB/VIH, le plan d'action de lutte intégré par les deux programmes sont en cours de réalisation.

Figure3



Recherche Opérationnelle 3

Le counseling et le dépistage du VIH à l'initiative du soignant (CDIS) devraient-ils être offerts à tous les patients tuberculeux d'un pays à faible prévalence du VIH comme Madagascar ?

Ce thème a été choisi après la récente recommandation de l'OMS selon laquelle le CDIS devrait être systématiquement appliqué à tous les cas de tuberculose dont Madagascar notifie 25 000 nouveaux cas par an.

Par ailleurs, le CDIS serait la meilleure stratégie pour trouver les cas de coinfection TB/VIH.

Les patients TB enregistrés, entre le 1^{er} janvier 2010 et 30 juin 2011, dans les 205 centres de diagnostic et de traitement (CDT) avec CDIS et sans CDIS ont été pris en compte dans l'étude. Les CDT ayant rapporté le dépistage du VIH ont été considérés comme des centres de CDIS avec un personnel déjà formé.

Concernant le coût de la mise en œuvre systématique de CDIS, nous avons considéré les dépenses relatives à la réhabilitation des CDT, à l'achat des matériels, à l'acquisition des tests VIH, au coût du contrôle de qualité et à la formation du personnel de santé.

Les informations ont été collectées à partir des registres de la tuberculose et des données nationales de suivi des programmes PNL et PNLs et les coûts de construction ont été estimés sur la base de ceux utilisés par le Ministère de la Santé.

Pendant la période d'étude, les 205 CDT ont dépisté 37 596 malades tuberculeux. Mais seuls 95 CDT dont 11 centres sentinelles ont proposé le CDIS

	Estimation Maximum			
	Prix unitaire	Nombre	Coût (Ar)	Coût (\$)*
Estimation des dépenses sur l'infrastructure				
Rehabilitation	13500000	205	2767500000	1317857.14
Matériels				
Registres	10000	615	6150000	2928.57
Dépliants	500	25000	12500000	5952.38
Préservatifs	1230	24000	29520000	14057.14
S/TOTAL			2815670000	1340795.24
Estimation des dépenses sur les tests VIH				
Kits de dépistage				
Détermine	5000	30000	150000000	71428.57
Rétrocheck	5500	600	3300000	1571.43
Unigold	8700	600	5220000	2485.71
Consommables				
Coton	20000	410	8200000	3904.76
Alcool	9000	820	7380000	3514.29
Gants	300	30600	9180000	4371.43
Contrôle de qualité				
			Estimation difficile	
S/TOTAL			183280000	87276.19
Estimation des dépenses sur les ressources humaines				
Formation de CDIS pour le personnel du centre TB				
Formation intégré	525000	410	215250000	102500.00
Document curriet.	44000	410	18040000	8590.48
Supervision du conseil et d				
Personnel supplémentaire			Estimation difficile	
S/TOTAL			233290000	111090.48
Estimation Total			3232240000	1539161.90

* 1\$=2100Ar

Tableau

à 18 993 patients. Le taux d'acceptation pour le dépistage est de 95% dans les centres sentinelles contre seulement 39,6% dans les autres centres.

L'estimation du coût total des dépenses pour le financement de l'introduction de CDIS s'élève à 1 539 161.90USD dont 91,7% correspondent à la réhabilitation des 205 CDT (Cf. Tableau)

L'achat des tests et des consommables n'est plus à considérer car les tuberculeux sont déjà intégrés dans les cibles du PNLs.

Par conséquent, le CDIS devrait être offert à tous les tuberculeux des 205 CDT de Madagascar, pays à faible

prévalence de VIH et à forte prévalence de tuberculose, sans attendre la réhabilitation, qui est trop chère, pour améliorer le taux de dépistage de VIH chez les tuberculeux, et la prise en charge des coinfectés. Mais cela nécessite le soutien de partenaires financiers pour la formation du personnel et la disponibilité des tests et consommables.

Ces résultats ont été présentés aux décideurs clés, aux 22 CRTL, aux Responsables CDT, aux médecins référents et au Comité Consultatif en Recherche Opérationnelle.

Membres des Recherches Opérationnelles: Dr VONY SOA HANITRA HARIMANANA Jullie (PNLS/JICA), Dr RAKOTOARIVELO Rivonirina Andry, Pr ANDRIANASOLO Rado (HJRB), Dr RAKOTOMANANA Andriamiantsoa Huberty (SSS), Dr RAKOTOBÉ Liva Vololotina (PNLS), Dr RANDRIANARIVONY Sylvania (CHD II d'Itaosy), Dr RANAIVOMANANA Denis Andriatahina, Dr RAZAFINDRANAIVO Turibio (PNLT), Dr RANAIVO Adeline (PNLS)

Suivi/Evaluation: Dr ANDRIANJATOVO Andriamiarizo (PNLS), Dr RANIVOMAHEFA Bakoliarisoa, Dr RAKOTOSON Andrianantenaina (PNLT), M. RALAIVAOMISA Andrianandraina (SE/CNLS)

Conseillers: Dr RANAIVO RAHAMEFY Jacky (PNLS), Dr RANDRIAMBELOSON Sahondra Jeannine (PNLT), Dr ROBINSON Roland (MSANP/JICA), Dr NAGAI Shuko, Mme FURUKAWA Kae, M. OKAYASU Toshiharu (JICA)