

Evaluation par l'approche par les capacités du suivi thérapeutique des adolescents et jeunes handicapés vivant avec le VIH/SIDA. Etudes de cas à l'hôpital des instructions armées de Cotonou et à l'hôpital militaire de région2 à Douala

Auteurs et affiliations

(1) Institut Régionale de Santé Publique/Université d'Abomey Calavi (IRSP-Ouidah/Cotonou)
Pr Moussiliou Noel PARAISSO, (Maitre de conférences).
Mail : moussparaiso@gmail.com

(2) Université de Lille/ Centre de Référence des Maladies Neuromusculaires du CHRU de Lille
Pr Vincent TIFFREAU (PU-PH, PhD).
Mail : vincent.tiffreau@chru-lille.fr.

*(3) Institut Régionale de Santé Publique/ Université d'Abomey Calavi (IRSP-Ouidah/Cotonou)
Madame Alvine Stéphanie NTEPPE (Doctorante Epidémiologie et Biostatistique).
Mail : alvinenteppe@yahoo.fr.

Abstrait

But

L'Étude sur l'évaluation thérapeutique de la prise en charge des PHVVIH à l'hôpital des instructions militaires de Cotonou(HIA) et hôpital militaire de région 2 de Douala(HMR2) était une étude transversale qui visait à améliorer la prise en charge des PHVVIH, à évaluer l'application du respect de leurs droits. Nos objectifs consistaient à analyser la résilience et les capacités du personnel des unités de prise en charge des sites étudiés dans le suivi thérapeutique des PHVVIH. Par ailleurs l'inexistence de base de données de la PHVVIH était un indicateur qui expliquait la négligence du suivi thérapeutique de la PHVVIH dans les sites. Cependant, l'approche par les capacités est un concept que nous avons utilisé pour observer, énoncer et analyser les facteurs individuels et environnementaux qui influencent la prise en charge des PHVVIH à l'HIA et à l'HMR2.

Méthodes

Il s'agissait d'une étude qualitative. L'étude était menée dans les centres et unités de prise en charge et de liaisons des PVVIH(UPEC) ou CTA des hôpitaux militaires de Cotonou au Bénin et de Douala au Cameroun. Nous avons utilisé un guide d'entretien accompagné d'une fiche des maladies invalidantes selon la CIF; les dossiers thérapeutiques des malades ; les registres de suivi thérapeutique ; les bases de tracking des CTA ; des registres de la prévention de la transmission mère enfant du VIH(PTME) et des rapports d'activités permettant de connaître le devenir des PVVIH. Cette étude qualitative nous a pris une année de 2021 à 2022, entre l'élaboration du projet, les entretiens à l'HMR2 et à l'HIA, le traitement des données qualitatives, l'analyse de contenu, l'analyse textuelle avec R et la présente publication. La participation a été libre et volontaire.

Résultats

Les entretiens ont été réalisés avec 27 personnels de santé de l'HMR2 et 7 personnels de santé à l'HIA. Les résultats de l'étude tirée du premier objectif de notre thèse montraient que les sites de l'HMR2 et de l'HIA n'avaient pas de bases de données pour PHVVIH. En connaissance des droits de PHVVIH, une négligence dans le suivi thérapeutique des PHVVIH a été observée dans les deux sites. Une analyse des verbatim avec le logiciel R montrait la résilience du personnel du site face aux facteurs qui influencent la prise en charge des PHVVIH.

Conclusion

De manière globale, nous allons conclure que la prise en charge de la PHVVIH dans les sites des hôpitaux militaires de Cotonou et de Douala n'est pas différenciée de celle des PVVIH. De telles recherches sont importantes d'autant plus qu'au niveau de l'HIA et au cours de notre étude, l'accessibilité au département des soins des PVVIH a été facilitée pour les personnes en situation de handicap. L'HMR2 et l'HIA respectent les droits institués par la convention relative aux droits des personnes handicapées (CRDPH). Nous nous demandons si ces droits sont vraiment respectés vu certaines négligences dans le fait qu'il n'existe pas de bases de données pour PHVVIH dans ces deux hôpitaux militaires.

Introduction :

Le suivi de la personne handicapée (PH) vivant avec le *Virus Immuno Humain (VIH)* n'est pas souvent documenté. D'après l'Organisation Mondiale de la Santé les activités préventives sur le VIH visent rarement les personnes handicapées (OMS). Néanmoins, nous savons que le programme commun des nations unies sur le VIH, Syndrome Immuno Déficience Acquise (SIDA) a établi des objectifs 95 95 95 (ONUSIDA, 2017) que bon nombre de pays du nord et du sud observent et utilisent afin de lutter contre cette pandémie. En Afrique, il existe un programme de prévention et de traitement du VIH (DHAPP) qui couvre plus de 55 pays parmi lesquels le Cameroun et le Bénin. Dans ces deux pays, la prévalence d'infection est respectivement de 4,3% pour le Cameroun (DHS PROGRAM) et de 1,2 % pour le Bénin (EDS 2012). Ce programme engage les institutions militaires parmi lesquelles l'Hôpital de Région 2 de Douala (HMR2) et l'Hôpital des Instructions Armées de Cotonou.

Selon Handicap International (HI), 1,02% de la population béninoise est en situation de handicap et au Cameroun, plus de 5,4% le sont également. L'OMS recommande de faire un suivi thérapeutique au traitement anti rétroviral dans les Centres de Traitement Agréés (CTA) (1). Plusieurs études mettent l'accent sur l'éducation thérapeutique et le counseling des patients avant et après leur test (2). Un personnel spécialisé et formé avant d'être mis à disposition dans les sites de prise en charge, pour l'accompagnement des *personnes vivantes avec le VIH (PVVIH)* ayant subi un test sérologique (3) serait en place dans ces CTA.

Nous avons mené une méta analyse sur vingt-sept études au Bénin, au Cameroun et dans le reste de l'Afrique. Celle-ci a montré qu'il existe un lien entre le VIH et le Handicap. Des études menées au Cameroun et au Bénin vont tout d'abord montrer la vulnérabilité de la personne en situation de handicap et la vulnérabilité à l'atteinte du VIH dans leur organisme (4). Nous avons tenu compte du handicap physique, psychologique, motrice et du handicap selon la Classification Internationale

du Fonctionnement (*CIF*). Cette utilisation de la *CIF* nous permet de rechercher au sein de notre populations d'études d'autres maladies invalidantes de toutes sources afin d'améliorer la santé et de permettre une vie que la personne handicapée vivant avec le VIH (PHVVIH) aurait raison de valorisée. Il sera donc question pour nous d'évaluer les outils et les compétences dans le suivi thérapeutique des PHVVIH. Nous établirons le lien qui existe entre l'amélioration de la santé des PHVVIH et l'environnement coup de pouce tel que défini par Thaler et Sunstein (2008) (9) et Armatya Sen(10). L'approche par les capacités évaluera l'environnement qui semble important et qui est un thème développé par Rycken et Salganic et aussi par EDS(*Rycken and Salganik (EDS.) 2003(13); OECD 2005(12)*). La capacité des PHVVIH dans le suivi thérapeutique nécessite des outils qui selon Rycken (14) permettront aux PHVVIH et aux aidants actifs d'interagir mutuellement. L'évaluation du capital humain des aidants actifs pourra permettre la résilience des PHVVIH face aux limitations physiques et sociales que suscitent leur handicap et leur séropositivité dans leur vie et dans leur environnement familial et socio- professionnel. Cependant, il sera question au cours de cette étude qualitative, d'évaluer par l'Approche par les Capacités(AC) les outils et les compétences mis en place dans le suivi thérapeutique des PHVVIH dans les CTA de l'HMR2 et de l'HIA afin de donner à notre population cible le désir de vivre la vie qu'il aurait raison de valoriser.

Méthodologie : Méthodes

Notre recherche est une étude épidémiologique descriptive de type qualitatif. L'étude a été menée dans les centres et unités de prise en charge et de liaisons des PVVIH(*UPEC*) ou CTA des hôpitaux militaires de Cotonou au Bénin et de Douala au Cameroun. Le personnel des *CTA* constituait notre population cible, à savoir sept personnes pour l'hôpital des instructions militaires de Cotonou (*HIA*) et vingt-sept pour l'hôpital militaire de région 2 de Douala (*HMR2*). Une étude transversale sur les capacités du personnel des *CTA* pour la prise en charge globale des *PVVIH* a été faite en utilisant un guide d'entretien accompagné d'une fiche des maladies invalidantes selon la *CIF*; les dossiers thérapeutiques des malades ; les registres de suivi thérapeutique ; les bases de tracking des *CTA* ; des registres de la prévention de la transmission mère enfant du VIH(*PTME*) et des rapports d'activités permettant de connaître le devenir des *PVVIH*. Notre critère d'inclusion comprenait tous les agents psychosociaux maîtrisant la prise en charge et travaillant dans les *sites de prise en charge*. Notre critère d'exclusion était constitué de tout personnel de santé travaillant hors du service des *CTA* et dont le rôle sur la prise en charge est inexistant. Cette étude qualitative nous a pris une année de 2021 à 2022, entre l'élaboration du projet, les entretiens à l'HMR2 et à l'HIA, le traitement des données qualitatives, l'analyse de contenu, l'analyse textuelle avec R et la présente publication. Le principe éthique de base dans cette étude était la conscience professionnelle et le respect des conditions éthiques. La participation a été libre et volontaire. Le protocole de l'étude a reçu l'avis favorable de l'*institut régional de santé publique de l'université d'Abomey Calavi (IRSP/UAC)* et des autorisations de l'hôpital militaire de Douala et de Cotonou.

Résultats

Perceptions/Capacité du personnel à prendre en charge les PHVVIH

La capacité du personnel à prendre en charge les PHVVIH a été évaluée par : La connaissance du personnel de santé à avoir des aptitudes pour faire la Pec des PHVVIH et la connaissance des données sur la PHVVIH. Les taux de personnes qui déclarent maîtriser la prise en charge des PHVVIH sans pour autant avoir suivi une formation à cet égard est de 5/7 à l'HIA et de 9/27 à l'HMR2. Autrement dit, plus de quatre membres du personnel de santé sur 10 aurait du mal à s'adapter à la prise en charge des PHVVIH. Le taux de maîtrise de la prise en charge des PHVVIH est inférieur au niveau de l'HMR2 parce que le personnel est un peu plus focalisé sur la cible générale du projet qui est la PVVIH. Cependant, aucune comparaison n'a pu être faite au vue des faibles proportions du personnel enquêté. Ils s'intéressent beaucoup plus sur le bien-être du groupe plutôt que de l'individu, sur l'atteinte des objectifs de l'Onusida plutôt que sur les moyens d'observation vérifiable pouvant impacter ces objectifs qui ne concourent qu'à rendre la PHVVIH capable de participer aux activités de lutte contre le VIH/SIDA. Certains personnels de santé ne se rappellent pas de plus de cinq PHVVIH rencontrées lors de la prise en charge or lors des RDV des PVVIH cet indicateur peut être contrôlé. C'est cet indicateur qui justifie l'entretien de seulement 5/7 personnel de l'HIA et de 9/18 personnel de l'HMR2 sur leur capacité à agir sur la prise en charge de la PHVVIH. L'observance est une des activités du deuxième et du troisième 95 des objectifs de l'ONUSIDA. Au cours de cette activité, le personnel de santé du CTA soumet des questionnaires à la PVVIH afin de connaître son état de santé actuel, le nombre des antirétroviraux (ARV) consommés mensuellement ou trimestriellement, calculer ceux restants au jour du présent Rendez-vous (RDV), calculer l'observance qui doit être supérieur à 98% , faire le suivi de son alimentation, calculer son indice de masse corporelle ainsi que de faire la prévention de la tuberculose et rechercher les symptômes si existence d'une coïnfection.

1) Table 1 : Perceptions du personnel de santé(PS) enquêté sur les données PHVVIH

Sites de prise en charge (UPEC)	Existence des données personnes handicapées vivant avec le vih			La PEC n'est pas différente			Equipe spécialisée (personnes handicapées vivant avec le vih)			Choix SSR			Desir enfant		
	OUI	NO N	N SP	O	NO N	N S P	O	NO N	NS P	O	NO N	NS P	O	No n	N S P
HIA, Cotonou	0	5	2	0	7	0	0	7	0	1	6	0	2	2	3
HMR2 Douala	0	9	18	0	27	0	0	27	0	0	27	0	3	2	2
	0	14	20	0	34	0	0	34	0	1	33	0	5	4	2
															3

Légende O=Oui ; N=Non ; NSP=Ne sait pas

Le tableau (1) montre le profil du personnel de santé du CTA de l'HIA et de l'HMR2 selon leur utilisation de bases de données relatives aux données des PHVVIH, leur opinion relative à une prise en charge adaptée aux personnes en situation de handicap, leur opinion sur le choix d'une équipe spécialisée pour la prise en charge (PEC) des PHVVIH, leur opinion sur le choix d'une santé sexuelle et reproductive responsable et la réalité pour la PHVVIH de désirer des enfants malgré leur vulnérabilité due à leur handicap et au VIH.

Interprétation : Dans les deux sites, personne n'a connaissance d'une base de données relative aux PHVVIH ; 5/7 personnel de santé(PS) de l'HIA et 9/27 PS de l'HMR2 indiquent qu'il n'existe pas de base de données pour PHVVIH ; Tous stipulent que la prise en charge est la même tant pour les PVVIH que pour les PHVVIH et tous indiquent qu'il n'existe pas une équipe unique pour la PEC des PHVVIH ; Seule un PS de l'HIA, reconnaît que les PHVVIH peuvent choisir en matière de Santé Sexuelle et Reproductive ; 2/7PS de l'HIA et 3/27 PS de l'HMR2 stipulent que les PHVVIH peuvent souhaiter avoir des enfants ; 2/7PS et 2/27PS stipulent que la PHVVIH n'est pas capable de faire des choix en ce qui concerne sa SSR alors que 3/7PS de l'HIA et 2/27 PS de l'HMR2 indiquent qu'ils ne savent rien des données relatives à la SSR concernant les PHVVIH.

I. *Le suivi thérapeutique des adolescents et jeunes handicapés vivant avec le VIH/SIDA dans le centre de traitement agréé de l'hôpital de Cotonou (HIA) évalué:*

Le point focal chargé des consultations et du suivi évaluation des données des personnes vivantes avec le VIH/SIDA à Cotonou reste en collaboration avec l'unité de pédiatrie, de maternité et de la pharmacie pour la prise en charge globale des PVVIH. Elle se charge de partager les données avec ses collaborateurs parmi lesquels l'accompagnateur médiateur, l'agent psychosocial, le chargé des affaires sociales et juridiques, les médiatrices de la maternité et celles de la pédiatrie. Certes, il existe des données collectées chaque mois au niveau national et international, mais l'hôpital des instructions armées de Cotonou ne dispose pas de file active des personnes uniquement handicapées vivantes avec le VIH. La file active des PVVIH est actuellement de 780 à l'HIA. L'HIA dit n'avoir pas encore eu à mener des études sur le taux de mortalité liés au VIH et le taux de mortalité liés à d'autres pathologies chez les PVVIH. Cependant, l'HIA décompte des décès liés suite à la complication du VIH/SIDA, les accidents des voies publiques, les maladies chroniques, l'hypertension artérielle, le diabète,... A l'HIA, tout le monde se réfère au point focal qui dispose à son niveau des registres où sont notées toutes les données concernant le taux de mortalité des PVVIH. Seulement ils ne peuvent pas donner une comparaison exacte de la mortalité liée au VIH et celui lié à d'autres pathologies chez les personnes handicapées car il n'existe pas de bases de données contenant des informations uniquement sur la PHVVIH. Un autre raisonnement pourrait être que lors du décès de la PVVIH la cause n'est pas recherchée. La diffusion des informations sont restreintes vu les conditions de respect des droits de l'homme et de confidentialité.

« Les causes de létalité chez les PVVIH sont multiples. J'avoue que nous n'avons pas fait d'étude pour avoir un pourcentage lié à la létalité du VIH sur les PVVIH et la létalité liée à d'autres pathologies. Nous avons des décès liés suite à la complication du VIH/SIDA, les accidents des voies publiques, un peu de tout, les maladies chroniques, l'hypertension artérielle, le diabète, ainsi de suite » Femme, médecin HIA, point focal, Avril 2022.

Le défi du site est que 95% de personnes testées puissent avoir une charge virale supprimée. Il y' a eu une légère amélioration dans les activités de la prise en charge des PVVIH en utilisant comme unité de mesure les objectifs (95.95.95) de l'ONUSIDA. Le circuit du malade est le même. Aucune distinction n'est faite entre la prise en charge des PVVIH et des PHVVIH.

« Il existe certains patients du faite de leur handicap ou de leur état grabataire, n'arrivent pas à monter les escaliers du bureau de consultation du site, dans ce cas, le personnel de l'UPEC se déplace question de leur faciliter la prise en charge et le suivi. Ils sont reçus pour la plupart au service de médecine qui se trouve au rez de chaussé de l'immeuble. D'autres patients envoient leurs parents afin de prendre leur arv si ce n'est pas le cas, le personnel de santé s'organise pour que ces patients empêchés réceptionnent leurs arv. » Femme, médecin hia, point focal, Avril 2022.

L'hôpital d'instruction des armées a une unité spéciale de campagne de sida pour les militaires. Cette campagne est financée par le DHAPP et conduite par l'Ong PLAN BENIN. C'est cette équipe la qui fait des sensibilisations ciblées dans les camps militaires. Un personnel du site collabore avec le service social de l'HIA. Le personnel est parfois obligé de faire des prélèvements de la charge virale à domicile comme en cas d'accident du PVVIH. Le suivi et la prise en charge des PVVIH et celle des PHVVIH sont les mêmes. Cependant, les PHVVIH nécessitent d'avoir une grande attention dans leur suivi car elles se sentent pour la plupart stigmatisées par leur handicap tout comme la PVVIH se trouve stigmatisé par son infection au VIH. Le personnel

suit parfois des malades par lien téléphonique hors des heures de travail, la plupart de ces personnels de santé sont déjà en famille.

« Nous sommes toujours derrière les PVVIH en général et les PHVVIH en particulier. Le personnel soignant discute avec celles-là qui viennent pour la première fois, afin de connaître l'origine de la transmission de la maladie dans leur organisme. Ensuite, nous échangeons les numéros afin de discuter et de rechercher les partenaires sexuels. Certains personnels de santé s'entretiennent avec leur malade bien qu'étant à domicile et permettent les appels à leur domicile jusqu'à 22 heures du soir en cas d'urgence. » Femme, Educatrice thérapeutique, Personnel ONG plan Benin, Avril 2022

Le site de l'HIA fait des campagnes et des sensibilisations pour toutes les cibles. La population a une liberté dans le choix de participer ou pas aux sensibilisations mise en place pour les PVVIH et PHVVIH nonobstant le faites que la collecte des données de ces deux cibles suscitées ne sont pas dissociées pendant les analyses et les traitements. Chaque mois le site peut comptabiliser cinq séances de sensibilisation regroupant aussi bien les PVVIH et les PHVVIH sans distinction de genre et d'âge.

Le résultat de ces campagnes n'est pas très souvent positif à chaque fois car il existe des patients que l'on peut recevoir jusqu'à 4 à 5 fois ils auront toujours une mauvaise observance. Le personnel du site ne cesse de faire le suivi et de leur donner des conseils. Le personnel se rassure et se doit de se rassurer de leur bien-être. Sur 10 malades le site militaire de la prise en charge de Cotonou a approximativement un ratio de 7 à 8 PVVIH qui ont une bonne observance et qui respectent toujours leur rdv. Ce qui n'est pas le cas des 2 au 3 dixième de patients. Leur mauvaise observance est très souvent due à des problèmes de distance, de manque de moyen de transport et de maladies invalidantes.

« Ces campagnes apportent beaucoup de changements comme l'amélioration du testing, de la rétention et la suppression de la charge virale chez les PVVIH. Ces campagnes permettent également de corriger l'observance des PVVIH. Il n'existe pas en tant que tel des équipes spécialisées mais le personnel de santé est mêlé à la masse et cela en fonction des besoins spécifiques de chaque partie (...) si le handicap du PVVIH lui permet de suivre le circuit normal, il le fait avec l'appui du personnel du site. Lorsque le handicap ne permet pas au PVVIH de faire le circuit normal, le personnel d'appui essaie d'adapter la prise en charge à ses besoins afin qu'il ait une meilleure prise en charge et qu'il soit satisfait. Le site n'a pas formellement établi un circuit écrit sur papier pour les PVVIH handicapés. Le circuit concerne les PVVIH en général sans tenir compte du facteur handicap. » Femme, médecin HIA, point focal, Avril 2022.

Des activités autour de la prise en charge des PHVVIH pourraient créer en ceux-ci une capacité à comprendre la trithérapie et de participer activement et hâtivement aux activités autour des objectifs de l'Onusida. D'après le personnel de santé, la PHVVIH doit être identifiée lors de la prise en charge, après leur identification, leurs données doivent être collectées tout comme les travailleuses de sexe (TS), les utilisateurs des drogues injectables (UDI) ou les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes (HSH). Les activités comme la recherche des perdus de vus et des manqués rdv lors des activités de rétention et du suivi de la charge virale (CV) devraient également aider à l'identification des PHVVIH qui de par leur handicap ne peuvent parfois pas se rendre dans leurs formations sanitaires respectifs causant des biais dans les bases de données. Faute des données non collectées, il est quasi impossible pour des potentiels chercheurs d'exploiter la base de donnée sans avoir fait au préalable une étude exploratoire pour le tracking des PHVVIH au sein de la file active, des absents et des perdus de vus, un véritable défi pour notre équipe de recherche. Néanmoins le Personnel de santé de l'HIA se plie aux exigences et aux limitations des PHVVIH afin de leur faciliter de meilleurs soins.

Nous faisons face à une résilience dont fait preuve le personnel de l'unité de prise en charge de l'HIA malgré l'absence d'infrastructures mis en place pour les PHVVIH et l'absence des décisions prises pour leurs meilleurs suivis.

II. Suivi thérapeutique des adolescents et jeunes handicapés vivant avec le VIH/SIDA dans le centre de traitement agréé de l'hôpital militaire de Douala (hmr2) évalué :

L'hôpital militaire de Douala avec une file active de 3000 PVVIH implique tout le personnel dans la prise en charge de la cible. C'est le chargé des données du programme qui analyse les données et les ressortent pour une meilleure direction des stratégies amélioratrices des objectifs (95/95/95) de l'ONUSIDA. Les données démographiques des patients sont différenciés en « civil » et ou « militaire ». Les causes de létalité chez les PVVIH sont difficiles à actualiser du faites du problème de suivi du tracking par les agents psychosociaux(APS) et de reporting des données collectées ce qui signifie que les APS oublient quelques fois de renseigner les données collectées sur le devenir des PVVIH. Les coordonnateurs mettent beaucoup l'accent sur le tracking des PVVIH parce que ce procédé permet de connaître le devenir des PVVIH et d'expliquer les résultats des objectifs (95, 95,95) obtenus. Le téléhealth a été mis sur pieds dans le site afin de palier à cette défaillance d'absences de données sur la file active, le nombre de malade attendus et le nombre de malades reçus lors du suivi.

« Nous avons mis en place une méthodologie de recherche des perdus de vus et des manqués rdv et les résultats que nous avons obtenu nous ont montré que la PVVIH ne meurt pas forcément du VIH mais parfois de maladies invalidantes. » Femme, expert en santé publique HMR2point focal, hmr2 février2021.

Il faut également dire qu'avant d'initier le patient, il y'a un questionnaire qui renseigne sur l'état de santé du malade, avec une variable à renseigner s'il est en situation d'handicap ou pas. Le personnel questionne le patient et renseigne les antécédents chez la PVVIH avant son initiation au traitement antirétroviral(TARV). Ces données ne sont pas exploitées, des dossiers des malades sont très souvent mal renseignés et incomplets du faite de la mauvaise collecte de données du personnel en charge de l'unité de prise en charge et de leur négligence (UPEC).

« Nous avons un lieu de stockage des dossiers des malades mais du faite de la négligence des agents psychosociaux, nous nous retrouvons des fois avec des pertes de dossiers et des dossiers de malades incomplets qui deviennent nécessairement une difficulté dans le tracking et dans la rédaction des rapports d'activités. » homme, infirmier, APS HMR2, Février 2021

Néanmoins, dans les registres de tracking, nous avons observé une centaine de perdus de vus parmi lesquels des décédés et des malades ayant des maladies invalidantes comme les paralysies motrices, psychologiques, le cancer de l'utérus, les accidents vasculaires cérébrales (AVC) et les accidents de circulation réelle problème de santé publique. Nous constatons que parmi les perdus de vus et les absents, ils se pourraient qu'ils aient des personnes handicapées qui nécessiterait des visites à domicile (VAD).

« Nous faisons face à une négligence dans le suivi du devenir des PVVIH absents et perdus de vus dans notre service. Les agents psychosociaux de rétention n'y voient encore aucun défi or un meilleur suivi de la PVVIH en général nous aurait permis de localiser les patients invalides et nécessitants des Visites à domicile (VAD). Ils oublient très souvent de rappeler les RDV de leur cohorte de PVVIH ; De recueillir l'information présente du PVVIH lors du contact téléphonique et de renseigner la donnée dans le registre de tracking. Nous aurions eu une base de données fiable si seulement la collecte des données était bien menée. » Femme, expert en santé publique HMR2, point focal, février 2021.

L'hôpital militaire de Douala ne fait pas de fixation sur les personnes handicapées de sa file active afin d'éviter des discriminations et les stigmatisations néanmoins, il serait bien d'avoir une base de données sur les PHVVIH afin de connaître leur devenir et d'éviter les biais dans les résultats d'analyse des données des trois 95 de l'Onusida.

« La prise en charge est universelle. Je ne saurais dire si elle diffère de celle offerte à celle destinée aux adolescents et jeunes handicapés. Je pense que si nous dissociions la prise en charge des PHVVIH de celle des PVVIH, cela pourrait entraîner plusieurs raisonnements dénonçant une discrimination. D'un autre côté, un regard un peu plus méticuleux sur la prise en charge des PHVVIH est encore acceptable, sinon je ne suis pas pour qu'on les traite différemment des autres PVVIH non handicapés car cela pourrait entraîner une violence psychologique chez les PHVVIH. » Homme, infirmier, APS HMR2, février 2021

L'HMR2 accueille chaque mois un bon nombre de PVVIH parfois accompagnés par un aidant actif, parfois recevant juste un aidant actif d'un PVVIH. Compte tenu de l'action de tracking mis sur pieds, l'HMR2 a accentué les recherches par les moyens d'appels et de consultation à distance par téléhealth. Tout comme l'HIA aucunes politiques n'exige une base de données pour PHVVIH. Les données sur le VIH sont traitées de façon verticale ascendante, de l'aval à l'amont c'est-à-dire de la formation sanitaire jusqu'au ministère de la santé publique. Les documents officiels sont les Rapports d'activités mensuels et trimestriels. Les données sont prises en compte en fonction des objectifs de l'Onusida. Ces données importantes dans la gestion des PVVIH sont : Les nombres de personnes testées, le nombre de personnes mises sur ARV, le nombre de personne respectant leur RDV de prise des ARV, le nombre de personnes dont la charge virale (CV) a été supprimée, le nombre de femmes enceintes PVVIH et le nombre d'enfants de 0 à 1 an infectés par le VIH également. Tout comme à l'HIA de Cotonou, le 3^{ème} 95 est encore difficile à atteindre. Cela serait dû au fait le travail n'est pas axé sur les moyens d'atteintes des indicateurs observables et vérifiables. S'il était de constater que sur une file active de x, seulement x-y prennent leur traitement, il serait bien de rechercher les y. C'est l'équation que les coordonnateur incite les APS à se poser sans cesse afin de rechercher les absents et les perdus de vue. La recherche des des index-testing, c'est-à-dire des personnes qui ont été en contact avec la PVVIH liée à l'UPEC de l'HMR2 est également une activité difficile. Les raisons sont les plus souvent la non coopération du malade avec le personnel de santé qui ne se sent pas en sécurité. Revenant à la relation x-y, la proportion des y après suivi téléphonique représente très souvent les PVVIH en situation de handicap, ceux ayant des cancers de l'utérus, des paralysies, ou d'autres maladies invalidantes survenues lors du traitement au ARV. C'est une action à mener jusqu'au bout mais les APS se plaignent d'un manque de ressources en logistiques et en finance. Si des actions pareilles étaient financées, les objectifs le deuxième et le troisième 95 seraient atteints et la formation sanitaire connaîtrait le devenir de toutes les PVVIH. Les campagnes de sensibilisations appuyées par le suivi des PVVIH à distance par le téléhealth restent d'excellents outils pour la gestion des PVVIH.

« Les campagnes de dépistages sont utiles pour une meilleure prise en charge des PVVIH en général. En ce qui concerne les PHVVIH ces campagnes n'aident pas beaucoup. Ces campagnes pouvaient aider la PHVVIH si elles étaient également basées sur la recherche des perdus de vue et des manqués rdv afin de recueillir les raisons de leur absence à la rétention (...) nous avons eu un ou deux cas où le patient était en situation de handicap, car atteint d'un cancer de l'utérus ou d'une atteinte psychologique et n'avait point d'aidant actif disponible pour prendre ses ARV. » Femme, expert en santé publique, gestionnaire de données HMR2, Personnel ONG Métabiota, février 2021.

Au Cameroun, le VIH reste une maladie honteuse. Il est parfois très difficile pour ces populations de se rendre dans des formations sanitaires pour leur prise en charge. C'est la raison pour laquelle le ministère de la santé publique du Cameroun appelle incessamment au respect des PVVIH en respectant les droits institués par la convention relative aux droits des personnes handicapées (CRDPH). Le CTA se trouve dans le service de la pneumonie et rhumatologie

comme à l'HIA, avec un accès propice pour des personnes en situation de handicap. Des systèmes de dénonciations sont également mis en place pour dénoncer des traitements discriminatoires envers les PVVIH. Des campagnes de sensibilisations sont organisées avec de petites cérémonies pendant des célébrations de fin d'année au niveau de la maternité de l'HMR2 qui compte près de 209 femmes suivies dont les enfants sont séropositifs. Ces campagnes de dépistage visent à convaincre les populations à se faire tester et à sensibiliser les PVVIH sur les bienfaits du respect des prises des ARV.

«Le site de prise en charge des PVVIH est géographiquement isolé des autres services de l'HMR2, des médecins et des infirmiers sont mis à la disposition des patients du CTA/UPEC. Le site de prise en charge est également accessible pour les PHVVIH.» Femme, infirmière, APS HMR2, Février

L'HMR2 ne possède pas des données désagrégées des PHVVIH désirant avoir des enfants, mais nous pouvons considérer les 209 femmes prises en charge par la maternité comme étant la proportion des PVVIH qui désire avoir des enfants puisque parmi elles sont des femmes PVVIH qui ont accouché des enfants sains et des enfants séropositifs. Parmi elles pourraient se retrouver des PHVVIH.

Nous pouvons affirmer que l'HMR2 ne mets pas trop en avant la notion de handicap car le service de l'UPEC de l'HMR2 traite tous les PVVIH de la même façon sans distinction de leurs genre, de leur âge ou de leur handicap. La structure respecte les droits institués par la convention relative aux droits des personnes handicapées(CRDPH). Néanmoins l'UPEC se rassure de donner les mêmes soins et de les améliorer auprès de PVVIH en général. Contrairement à l'HIA on n'observe pas beaucoup un effort dans la prise en charge de la PHVVIH peut être dû à la négligence de cette cible dans les politiques de prise en charge.

III. Facteurs individuels et environnementaux qui influencent la prise en charge des personnes handicapées vivant avec le VIH/SIDA de l'hôpital des instructions armées de Cotonou et à l'hôpital militaire de région 2 de Douala.

Les facteurs qui influencent la prise en charge des PVVIH peuvent être d'origine multiple. Elles peuvent provenir du PVVIH(Individuel), elles peuvent provenir de son environnement.

Le handicap est un obstacle dans la prise en charge des PVVIH. La politique de la prise en charge n'a pas prévu un accompagnement spécifique de la PHVVIH néanmoins, la personne handicapée fais des choix dans sa participation dans les activités de l'Onusida. Elle bénéficie de toute la prise en charge dont elle a besoin. Elle bénéficie des visites à domicile (VAD) sous autorisation des sites de prise en charge des hôpitaux militaires de Douala et de Cotonou. Le DHAPP de par sa politique de prise en charge, finance les VAD au niveau de l'hôpital militaire de région 2 de Douala(HMR2). Quant à l'hôpital des instructions des armées de Cotonou(HIA), parfois le patient prend en charge le déplacement du personnel de santé pour son propre intérêt. Quant à la charge virale(CV) elle est recommandée sur les sites et non en dehors des sites au niveau de l'HIA. La PVVIH peut également se diriger vers le centre de traitement agréé(CTA) de son choix pourvu qu'elle ait son ordonnance. Cette démarche est exigée pour une meilleure éthique. Le centre de traitement agréé (CTA) de l'HIA propose qu'une part de responsabilité de cette tâche revienne au service social de l'hôpital qui dispose des moyens financiers adéquats pour l'accompagnement moral des PHVVIH en général. N'ayant aucune capacité d'avoir accès au service du cta afin de leur assurer une meilleure prise en charge et une chance d'obtenir une CV

indélectable ou supprimée, ces PHVVIH ont besoin d'être soutenu également socialement. L'adolescents et jeune handicapé vivant avec le VIH(AJHVVIH) fait également des choix d'intégration des associations ou des groupes d'échange entre PVVIH et personnel de santé. A l'HIA, il existe une association qui se nomme REBA+ qui s'occupe aussi socialement des PVVIH, à l'HMR2 il existe juste des groupes d'échanges virtuels entre PVVIH et personnel de santé. Il arrive très souvent que des PVVIH veillent garder leur identité et refusent d'intégrer des groupes d'échanges et des associations pour PVVIH.

« Certains de mes patients PHVVIH sont membres de toutes ces associations sociales pour les PVVIH. Ces associations ont des sous-groupes pour les populations clés nous n'en savons rien en ce qui concerne la population clé des handicapées, le site n'a jamais pensé(...) Le réseau Reba + utilise les données du site de prise en charge. Le point focal propose aux nouvelles personnes infectées s'ils veulent intégrer cette association. » Femme, médecin HIA, point focal, Avril 2022.

L'analphabétisme est également un obstacle dans la prise en charge car plus les patients sont scolarisés plus ils s'impliquent dans la lutte contre le VIH, ils s'impliquent également dans la prise du traitement tri thérapeutique. Il y'a certains qui ont une autre conception de la maladie. D'autres PVVIH se disent que le VIH ne se traitera pas uniquement à l'hôpital mais aussi chez les tradi thérapeutes. Certains s'auto stigmatés, ils ont peur du qu'en dira-t-on, plusieurs ont peur d'aller dans la salle de dispensation des ARV de peur d'être reconnu par un proche. Ils se disent que quelqu'un pourrait les voir. A l'HIA certains patients PHVVIH s'impliquent dans les activités des trois 95, appellent pour leur rétention, pour leur rendez-vous dans le CTA, pour leurs prélèvements et également pour prendre des informations sur leurs charges virales. Certains ont des aidants actifs un environnement familial compréhensif et aimant.

Au vu de la barrière de la langue, au niveau du Benin, le personnel parle le dialecte « Fon » afin de faciliter la prise en charge des patients analphabètes. Quant aux personnes handicapées, le personnel des deux sites communique avec des gestes et des images afin que la PVVIH comprenne le but de la trithérapie. Au Cameroun, le personnel est bilingue de telle sorte que pour un PVVIH anglophone, la prise en charge sera faite par un personnel qui maîtrise l'anglais et pour un PVVIH francophone, la prise en charge sera faite par un personnel qui maîtrise le français.

« Nous ne pouvons réellement pas affirmer qu'il existe des données qui pourraient justifier de l'analphabétisme ou de l'alphabétisation de la population cible. Nous pouvons juste affirmer que la PVVIH peut rencontrer une barrière de la langue lors de la prise en charge. Malgré quelques cas de barrières de langues nous arrivons à faire l'observance ou la prise en charge des PVVIH en général. » Femme, expert en santé publique, gestionnaire de données HMR2, Personnel ONG Métabiota, février 2021.

La violence basée sur le genre (VBG) est également un obstacle dans la prise en charge des PVVIH, les deux sites militaires de Douala et de Cotonou ont répertorié des cas de violence verbale et psychologique où les conjoints sont des bourreaux. Ce sont des cas qui surviennent lorsque la femme ou l'homme partage son statut avec son conjoint et vice versa. Souvent ce sont les femmes qui sont victimes de vbg au Benin. Il arrive que le conjoint homme fasse du chantage à sa conjointe séropositive prêt à divulguer le statut sérologique de celle-ci. Il y'a des cas de répressions en justice, des cas dans lesquels la survivante abandonne les poursuites et le site est obligé d'abandonner les poursuites judiciaire également. Il y'a des cas où la patiente se voit effectivement humiliée par son conjoint qui divulgue son statut sérologique. Malgré

l'accompagnement des agents psychosociaux, la patiente préfère garder le silence. Le site dispose en effet d'un assistant juridique qui s'occupe de ce genre d'affaires. Cet assistant juridique est mis en place par l'ONG plan Benin. Il ne couvre pas seulement le site mais tout l'hôpital. Le personnel a également répertorié des violences physiques que rencontre la plupart des femmes PVVIH. Certaines subissent ces violences parce qu'elles n'ont pas de statut social, elles craignent de vivre dans la rue, ne sachant pas vers qui se tourner où vers qui aller. Le schéma d'infection au VIH chez ces femmes est la plupart de temps par contact sexuel avec leur mari, le partenaire n'ayant aucune connaissance de son statut sérologique, persécute sa compagne verbalement. Ça aurait été le cas inverse, la femme aurait soutenu son mari. Il y'a peu d'hommes qui soutiennent leurs femmes malades. Ces hommes condamnent toujours pour la plupart leurs femmes. Ils les répudient de leur maison. Les familles elles-mêmes chassent dès fois leurs enfants révélés séropositifs.

« Il y a un cas typique que nous maîtrisons, à savoir les cas de violences morale et psychologique. La patiente a constamment peur, le mari ne lui donne pas d'argent de déplacements pour se rendre à l'hôpital. Nous ne pouvons pas dans ce cas faire sortir un médicament, il y'a un protocole à suivre même si les ARV sont gratuits. » Femme, Educatrice thérapeutique, Personnel ONG plan Benin, Avril 2022.

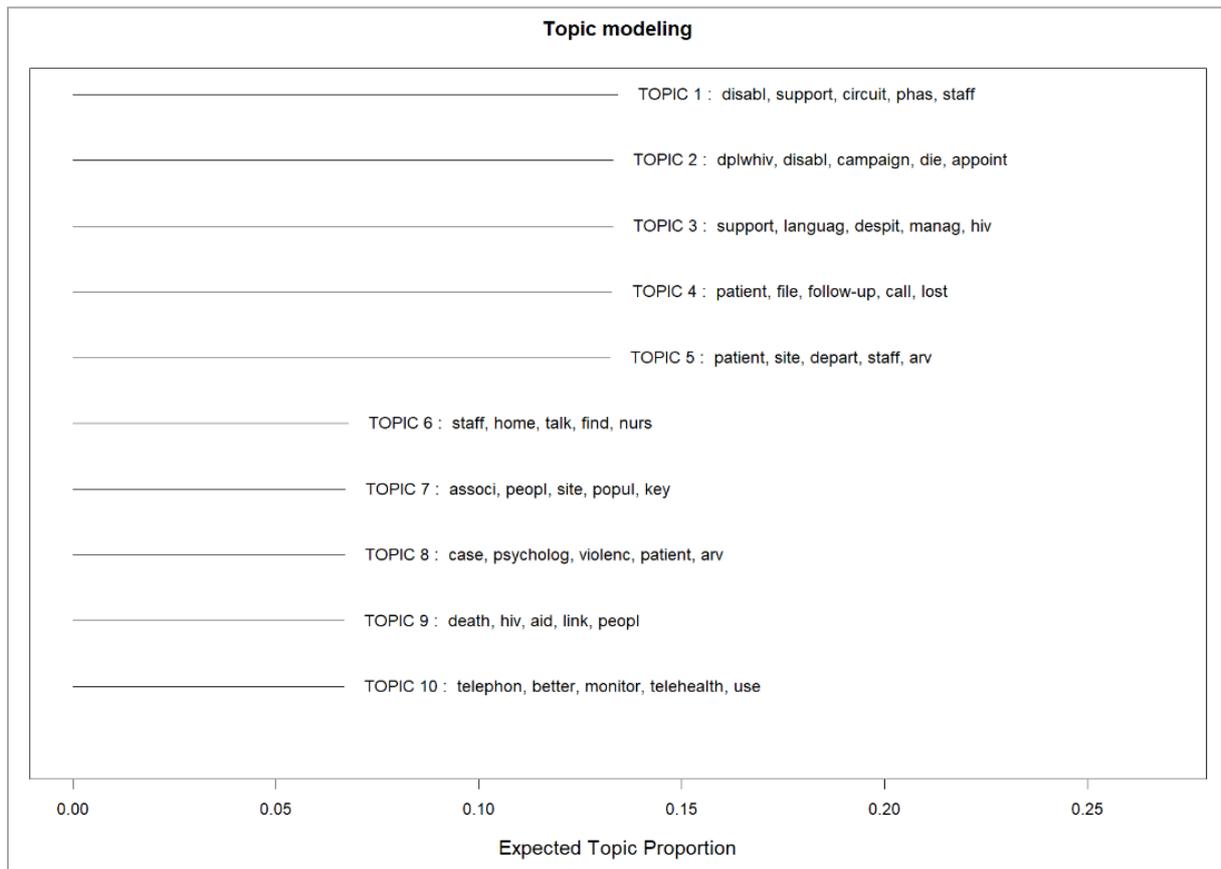
La PVVIH fait face à plusieurs facteurs individuels et environnementaux qui influencent son suivi thérapeutique. Nous pouvons citer entre autres comme facteurs individuels : Son infection au VIH, son handicap ou la présence des maladies invalidantes, la non alphabétisation, la barrière de la langue, la peur, les préjugés personnels et comme facteurs environnementaux nous avons l'environnement dans lequel elle vit, les préjugés des autres, les violences basées sur le genre, les pandémies, épidémies, endémies. C'est le cas du COVID qui a perturbé la prise en charge des PVVIH dans les CTA en 2019 lorsque nous entamions la recherche.

Analyse qualitative des facteurs qui influencent le suivi de la prise en charge des PHVVIH dans les deux hôpitaux.

3) Nuage de mots (Word cloud)

Le nuage de mots (*Word Clouds*) illustré par le graphique (1) met l'accent sur la fréquence des données qualitatives collectées lors de nos entretiens dans les sites hospitaliers militaires de Cotonou et de Douala. On remarque que les mots les plus fréquents sont « support », « disability », « patient », « staff », « dplwhiv », « hiv », « case », « site ». Ce sont en effet des concepts clés de notre étude. Ces concepts nous ont permis d'analyser les données « data » des personnels de santé « staff » sur la pec « follow-up » des dplwhiv « dplwhiv » de manière à comprendre la façon dont les dplwhiv peuvent vivre la vie qu'elles souhaiteraient valoriser « better » malgré « despite » leur séropositivité « hiv » « aid » et leur handicap « disability ». Cependant, nous avons considéré « dplwhiv » comme étant notre unité d'analyse. L'analyse diffusionniste nous permet ainsi de voir de façon spatiale la répartition des moyens « circuit », « allow », « follow-up », « call », « care », « data », « campaigns » « arv » et ressources « site », « staff », « file », « data use » mis

charge des dplwhiv au (sujet 3). Cependant, afin de pallier à ces obstacles sur la prise en charge des dplwhiv, des moyens et des ressources sont mis en place afin de capaciter le personnel de santé dans la prise en charge des dplwhiv (sujet 6, 7, 8,9 et 10).



Graphique 2 : Modélisation des sujets sur la prise en charge des personnes handicapées vivant avec le vih dans les centres de traitements agréés militaires de Douala (*HMR2*) et de Cotonou (*HIA*).

Discussion

Les premières personnes en contact avec la PVVIH sont les personnels de santé. Les perceptions du personnel de santé sur la capacité des patients handicapés des sites des hôpitaux militaires de Douala et de Cotonou nous ont permis de comprendre que malgré l'absence d'une base de données sur les PHVVIH, on compte plusieurs PHVVIH dans la prise en charge des PVVIH. D'autres PHVVIH se pourraient être parmi les PVVIH absents lors des RDV de la rétention et perdus de vue. Des études ont montré que le traitement des ARV peut causer des maladies invalidantes comme le cancer de l'utérus ou l'antigénémie cryptococcique étudié par Hounto D.M.Zannou G au Bénin (7). Plusieurs maladies invalidantes sont survenues chez les PVVIH lors de la trithérapie (OMS). Il s'agit des maladies invalidantes générées ou accrues par les traitements antirétroviraux (TARV). C'est le cas de la poly neuropathie sensorielle distale (DSP), complication neurologique la plus fréquente chez les PVVIH, avec une prévalence de 42,4 % et dont le risque augmente avec l'utilisation d'un TARV hautement actif (5). On observe aussi qu'entre 2002 et 2014, 9.1 pour 100 années-personnes, ont eu une neutropénie en début d'initiation d'un TARV (6) résultat qui démontre que la toxicité de la zidovudine peut également doter un PVVIH d'un handicap physique ou physiologique à l'absence d'un TARV moins toxique. D'autre part, l'antigénémie cryptococcique, maladie infectieuse avec une faible prévalence et susceptible de causer un handicap psychologique chez les personnes handicapées vivant avec le VIH (PHVVIH) est plus présente chez des patients immunodépressifs(7). Nous savons aussi bien que des complications en orl peuvent créer des infections récurrentes des voies aéro-digestives supérieures comme l'otite. La paralysie faciale est par exemple notée dans 10,8% des 26 patients séropositifs d'après l'étude menée au Bénin(8). Ces données viennent ici justifier le lien qui existe entre VIH et Handicap. Elles justifient également la probabilité de l'existence des PHVVIH au sein des files actives de chaque CTA étudiés et l'importance de la mise en œuvre du tracking des PHVVIH au sein des malades liés dans les CTA de l'HIA de Cotonou et de l'HMR2 de Douala. Ces malades que nous avons eu le temps de rencontrer et qui présentent certaines maladies invalidantes suscitées dans ces études. Nous avons parlé plus haut d'un lien entre le VIH et le Handicap, qui signifie qu'une personne handicapée peut contracter le VIH et d'un autre revers un PVVIH peut devenir handicapée(OMS).

Les études sur les PHVVIH sont quasi inexistantes en Afrique, or certaines études qui ont pu être menées par l'Oms montrent qu'il existe un lien entre le VIH et le handicap .L'on peut observer dans la prise en charge des difficultés dans la collecte des données des patients PVVIH absent ou perdu de vue. La seule action à mener est de rechercher ces patients par des appels téléphoniques afin de connaître leur devenir. L'environnement dans les sites des unités de prises en charge des PVVIH de Cotonou et de Douala sont les mêmes ils sont tous les deux financés et gérés par le DHAPP qui y mets tout autour un environnement propice pour influencer de manière subtile la PVVIH dans ses choix par un service d'accompagnement, de counseling et de prise en charge globale. C'est un concept qui a été développé par Armatya Sen dans un premier temps et ensuite par Hiroya (9).Le counseling est un des larges éventails de compétence dont a besoin la PVVIH en général et la PHVVIH en particulier. Cet outil permettra à la PVVIH en général et à la PHVVIH en particulier de contrôler ses émotions, ses intuitions, de porter des jugements rationnels et raisonnables sur la vie qu'elles souhaitent valoriser malgré le VIH et le handicap dont-elles font face. L'observance devient ce moyen par lequel le suivi thérapeutique est important avec

l'application des conseils pour le bien-être et l'amélioration de la santé de la PVVIH en général et de la PHVVIH en particulier. Le personnel de santé met en place des capacités valorisantes afin de prêter une attention particulière au déroulement de la trithérapie du patient. Le counseling sert à ce moment-là à rassurer la PVVIH sur le bien-fondé du TARV, sur l'assurance du choix de son bien-être en s'impliquant dans les activités des CTA des hôpitaux militaires de Douala et de Cotonou, sur le choix de faire ce qu'elle souhaiterait faire : se déplacer, travailler, être productive, se remarier, désirer des enfants, participer aux activités familiales ou s'intégrer dans la société. Ce système tend également à rendre le personnel de santé autonome dans la prise en charge tout en se référant sur les objectifs 959595. Nous avons remarqué au niveau de la prise en charge des PHVVIH à l'HIA qui au moment de l'interview était dans un emplacement non accessible pour la PHVVIH, l'équipe a développé une résilience face à ce problème et aujourd'hui, l'équipe a été délocalisée dans un bâtiment accessible pour la PHVVIH. Le but de l'Onusida est d'assurer une meilleure prise en charge du patient en situation de handicap (9). L'Organisation pour la coopération économique et pour le développement (*OECD*) montre la nécessité d'avoir des outils pour aider dans le choix des personnes vulnérables. Des outils tels que des registres de testing, les registres de rétention des malades c'est-à-dire ceux qui ont respecté leurs rendez-vous de renouvellement des ARV, les registres de suivi des charges virales, les registres de tracking, les registres d'initiation des ARV, les fiches d'observation des malades, les registres de screening de la coinfection tuberculose-vih, des examens de l'observance par des questionnaires permettent de comprendre la santé de la PHVVIH, de l'aider dans la recherche de son bien être malgré son handicap et sa maladie(18). L'un des résultats de notre recherche montre que, dans nos deux sites d'étude, le personnel de santé a la capacité de faire la prise en charge de la *PVVIH*, de la *PHVVIH* et de la femme enceinte *PVVIH* dans le service de maternité. Cette démarche utilisant l'approche par les capacités nous a amené à évaluer les aptitudes du personnel des sites étudiés, (Lyll et Meagher 2012)(15), (*Hoffmann et al. 2017 ; Hansson et Polk 2018*)(16) et leur capital humain (17) afin de comprendre leur résilience dans le suivi thérapeutique des *PHVVIH* dans les sites des hôpitaux militaires de Douala et de Cotonou. Selon Armatya Sen par une approche par les capacités(10) la *PVVIH* doit avoir les choix :Le choix d'un traitement aux ARV surveillé, le choix d'une vie sexuelle et reproductive responsable, le choix d'avoir la possibilité de désirer un enfant, le choix de vivre la vie qu'il souhaiterait avoir ... Il existe un ensemble de moyens et de ressources mis sur pieds par l'Onusida afin de donner les choix au *PVVIH* (19). L'analyse diffusionniste du topic modeling montre clairement au travers du (sujet 1 à 10) que la prise en charge de la *PHVVIH* nécessite un environnement subtil, influençable, bien structuré et respectant les activités autour des objectifs 959595(20). Les moyens mis sur pieds par le personnel de santé comme les campagnes de sensibilisation, les VAD, les appels téléphoniques, le suivi par le téléhealth, le counseling aident la *PHVVIH* à faire des choix sur son traitement afin de vivre la vie qu'elle souhaiterait avoir malgré les difficultés(21). Ces difficultés peuvent être liées à la prise en charge du VIH/SIDA dans les sites d'étude de Douala et de Cotonou, le handicap, les barrières de la langue où l'analphabétisme (18), les violences basées sur le genre, les épidémies et les pandémies comme celle du COVID survenu dès le début de notre recherche. La recherche a été difficile du fait qu'il n'existe dans aucun des sites étudiés une base de données des *PHVVIH*. La plupart du personnel ne se rappelait pas avoir accueilli un patient *PHVVIH*. Seuls les points focaux ayant une responsabilité plus élevée dans les CTA de L'hôpital militaire de Région 2 de Douala et l'hôpital des instructions armées de Cotonou pouvaient nous ressortir des listes exhaustives des

PHVVIH. Les individus sont cependant très différents les uns des autres et n'ont pas la même capacité d'accepter leur statut sérologique et d'y faire face. Le counseling dans les programmes de VIH pourrait être considéré comme un procédé « coup de pouce »(11). C'est-à-dire que le counseling influence la PVVIH dans sa prise en charge par conséquent, le personnel des CTA ont besoin d'un large éventail de compétences pour améliorer les conditions de vies des *PVVIH en général et des PHVVIH en particulier* pour permettre de vivre comme ils le souhaitent, de faire des activités rémunératrices, de fonder leurs familles où d'avoir une facilité à se déplacer dans la destination souhaitée (*OECD 2005: 4*)(12). La situation géographique des deux sites d'études était un avantage pour les résultats de l'étude comparative mais en termes de coût cela a été très onéreux. L'accès au personnel de santé a été facile. Nous avons été accompagnés par les personnels des UPEC de l'HIA de Cotonou et de l'HMR2 de Douala afin d'obtenir ces premiers résultats de l'étude.

De manière globale, nous pouvons conclure que la prise en charge de la PHVVIH dans les sites des hôpitaux militaires de Cotonou et de Douala n'est pas différenciée de celle des PVVIH. Il existe un lien entre le VIH et le handicap. La prise en charge de la PHVVIH semble être plus prise en compte par l'HIA depuis le début de notre étude. L'accessibilité au département des soins des PVVIH a été facilitée pour les personnes en situation de handicap. L'HMR2 et l'HIA respectent les droits institués par la convention relative aux droits des personnes handicapées(CRDPH). Nous nous demandons si ces droits sont vraiment respectés vu certaines négligences dans le fait qu'il n'existe pas de bases de données pour PHVVIH dans ces deux hôpitaux militaires. Il serait plus favorable que l'environnement, les moyens et les ressources soient mis en place dans les différentes unités de prises en charge de la PVVIH de Cotonou et de Douala afin de faciliter la PVVIH à vivre la vie qu'elle souhaiterait avoir malgré sa séropositivité et son handicap. Un environnement qui éloignera tout facteurs individuels et environnementaux qui impactent négativement la prise en charge des PVVIH en général et des PHVVIH en particulier. Si le personnel de santé peut être résilient quant au suivi thérapeutique des PHVVIH, alors nous pouvons dire que la PHVVIH également par l'environnement coup de pouce facilité par le dit personnel de santé, pourrait également être résiliente face aux obstacles de leur prise en charge dans les CTA de l'HIA de Cotonou et de l'HMR2 de Douala.

Bibliographies

1. Adeothy-Koumakpaï S, Monnykosso C, D'almeida M. Suivi de l'enfant de mère infectée par le VIH dans le cadre de la prévention de la transmission mère- enfant à Cotonou (Bénin) [Prevention of HIV mother to child transmission in Cotonou: child follow-up]. Arch Pédiatrie. 2004;11(12):1425-9.
2. Daourou D, Masson D. Le Groupe Atelier Annonce Adolescents Afrique. Annonce à l'enfant et à l'adolescent de son statut VIH en Afrique francophone centrale et de l'Ouest [HIV Disclosure to the Child/Adolescent in Central and West Francophone Africa]. Bulletin. 2019;
3. Zongo M, Capochichi J, Gandaho P. Prise en charge psychosociale des personnes vivant avec le VIH au Bénin [Psychosocial care of people living with HIV in Benin]. Sante Publique. déc 2009;631-9.
4. Beninguisse G, Debeaudrap P. HANDIVIH.
5. Armatya S. Rationality and freedom. Belknap Press. 2002;
6. D.S R, L.H S. Key competencies for a successful life and well functioning society. Hogrefe and Huber publishers. 2003;
7. OECD. Définition and selection of key competencies:Executive summary. 2005.
8. D.S R. Conceptual framework:Key competencies for 2030. Education 2030. DESECO 2.0. 2016;
9. Ogouyèmi-Hounto A, Zannou D, Ayihounton G. Prévalence de l'antigénémie cryptococcique et les facteurs associés chez les patients infectés par le VIH à Cotonou au Bénin [Prevalence and factors associated with cryptococcal antigenemia in HIV-infected patients in Cotonou/Benin]. Science direct. 2016;391-7.
10. Adoukonou T, Kouna-Ndouongo P, Kpangon A. . Distal sensory polyneuropathy among HIV-infected patients at Parakou University Hospital, Benin, 2011. Med santé. 1 juin 2017;
11. Leroi C, Balestre E, Messou E, Minga A, Sawadogo A. . Incidence of Severe Neutropenia in HIV-Infected People Starting Antiretroviral Therapy in West Africa. Journal pone. 25 janv 2017;12(2).
12. Vignikin-Yehouessi B, Gomina M, Adjibabi W. Manifestations ORL et VIH: aspects épidémiologiques et cliniques au CNHU Cotonou et au CHD / Oueme [HIV and ENT manifestations: epidemiologic and clinic aspects at CNHU of Cotonou and CHD Oueme-Plateau]. Mali Med. 2006;21(2):31-4.
13. Hiroya H. Agency freedom and autonomy in the Nudging environment. Mejiro University.
14. OECD. Education 2030/The future of education and skills. 2018.
15. Cian O, Michales A (Ola), Moon JoshuaR. Capabilities for transdisciplinary research.
16. Hoffman S, Pohl C, Hering JG. Exploring transdisciplinary integration within a large research program: empirical lessons from four thematic synthesis process. Research policy. 2017;678-92.
17. Scientist's collaboration strategies implications for scientific and technical human capital:An alternative model for research evaluation. International journal of technology management. 22^e éd. 2004;716-40.
18. C.R S. The Ethics of influence government in the age of behavioral science,. Cambridge university press. 2016;

19. R.H T, C.R S. Nudge:improving decisions about health, wealth and happineess. Yale university press. 2008;
20. C.R S. Choosing not to choose:Understanding the value of choice. Oxford university press. 2015;
21. Armatya S. Well-being"Agency and freedom". 1985;