



XIV^{èmes} Actualités du Pharo
8 - 9 septembre 2008



CO.MT.05

*Compliance, évolution clinique et intégration sociale
des enfants traités par ARV de 2004 à 2007
à l'hôpital National Pédiatrique
de Phnom Penh (Cambodge)*

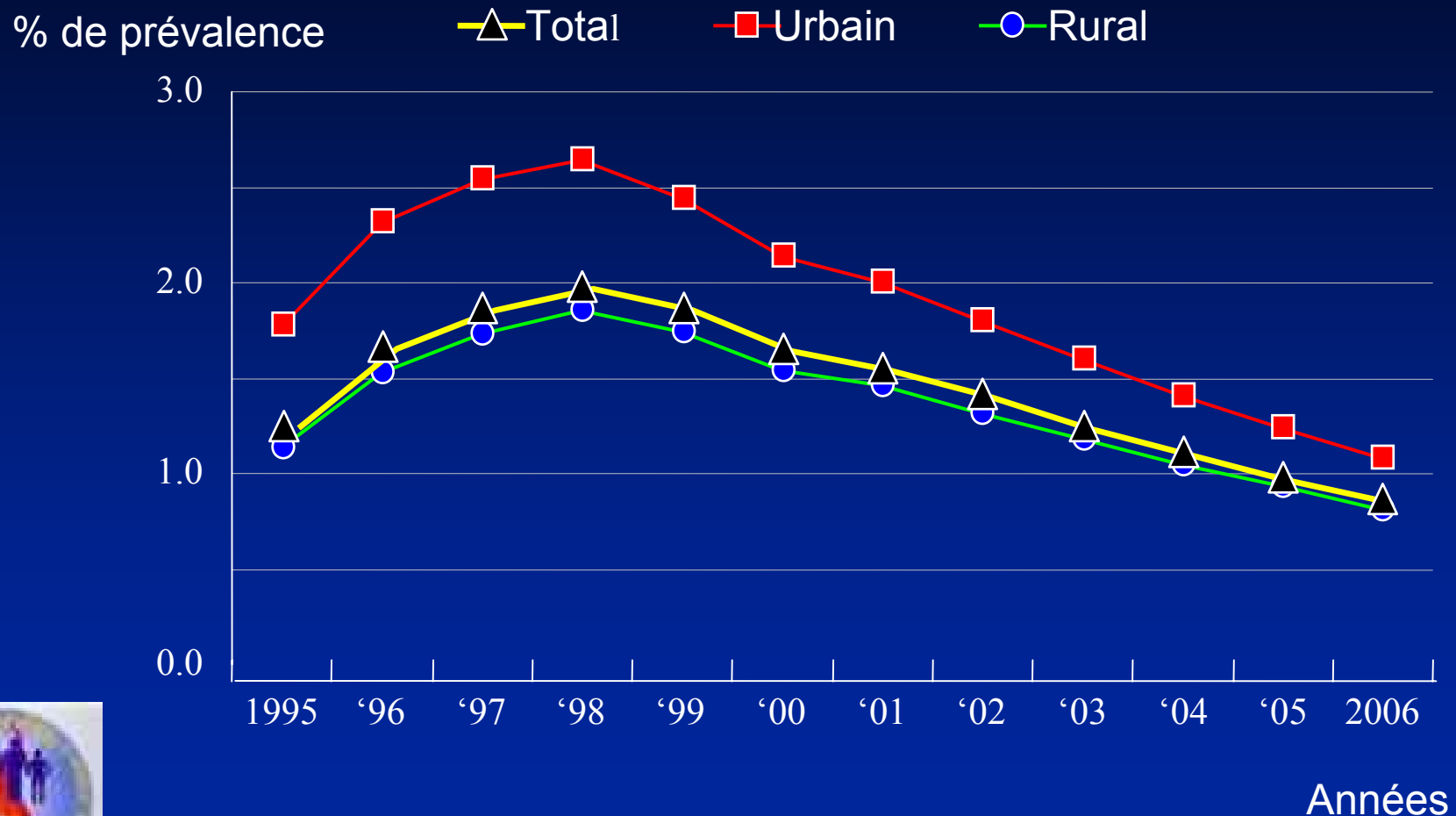


Travail réalisé par l'IFMT

Institut de la Francophonie pour la médecine tropicale



Cambodge : prévalence du VIH en population générale (1995-2006)



Source : National Center for HIV/AIDS, Dermatology and STDs (NCHADS).

Traitements ARV au Cambodge : une priorité de santé publique

2000

épidémie VIH/SIDA stabilisée

2004

Global Fund → 36 millions US\$ au NCHADS
pour mettre 25 000 malades sous traitement
ARV avant fin 2009

2005

- nb de centres nationaux d'accès aux ARV = 25
- nb de personnes à traiter : 19 800 +/- 3000

Indications des ARV en pédiatrie

Stade clinique
OMS

Mise sous
traitement ARV

4

qq. soit le nb. de CD4

3

qq. soit le nb. de CD4

2

si CD4 < seuil*

1

si CD4 < seuil*

* déterminé en fonction de l'âge

Traitements ARV de première ligne recommandés en pédiatrie

2 INRT + 1 INNRT

enfants < 3 ans
ou
< 10 kgs

AZT + 3TC

d4T + 3TC

+
ou
+ NVP

enfants ≥ 3 ans
ou
≥ 10 kgs

AZT + 3TC

d4T + 3TC

+
ou
+ NVP ou EFV

Mise en oeuvre des traitements ARV chez les enfants au Cambodge

- **problèmes socio-familiaux :**
 - orphelins
 - dépendance d'adultes pour le suivi et la compliance
 - difficultés financières : déplacements, traitement, *etc.*
- **problèmes médicaux :**
 - difficultés de diagnostic et de suivi
 - adaptations de posologie
 - évolution plus rapide de la maladie...

En 2006, 1800 enfants (0- 14 ans) recevaient des ARV

Objectifs de l'enquête

- **Objectif principal :**

Décrire l'évolution des enfants VIH+ traités par ARV à l'Hôpital National Pédiatrique de Phnom Penh



- **Objectifs spécifiques :**

- Evaluer les facteurs socio-familiaux du suivi médical des enfants ;
- Evaluer l'effet de la prise en charge médicale sur l'évolution de la maladie ;
- Evaluer l'effet de l'environnement socio-familial sur l'intégration sociale des enfants.

Etude de cohorte rétro-prospective

■ Critères d'inclusion des enfants :

- âge compris entre 18 mois et 15 ans
- infection VIH diagnostiquée entre décembre 2004 et 2007
- traitement par ARV
- suivi à l'hôpital national pédiatrique de Phnom Penh
- suivi minimum de 18 mois

■ Collecte des données :

- dates : février à juin 2007
- sources : dossiers médicaux, entrevues (à l'hôpital et à domicile) avec personne en charge de l'enfant ou avec l'enfant lui-même (selon âge)

Questionnaire : données recueillies

- **conditions socio-démographiques :**
état-civil, situation familiale, éducation, revenus
- **statut VIH des 2 parents :**
séropositivité, risques de transmission, ...
- **évolution sous traitement ARV des enfants :**
taux de CD4, charge virale, infections opportunistes
- **traitement et compliance :**
identification des difficultés relatives au suivi du traitement ARV
- **stigmatisation des enfants :**
dans leur entourage et dans la communauté

Analyses statistiques

EpiData 3.1 → Stata 8.2

Analyses bivariées → facteurs associés :

- au suivi des rendez-vous
- à l'oubli de prendre le traitement
- à la stigmatisation

Analyses multivariées → facteurs pouvant expliquer :

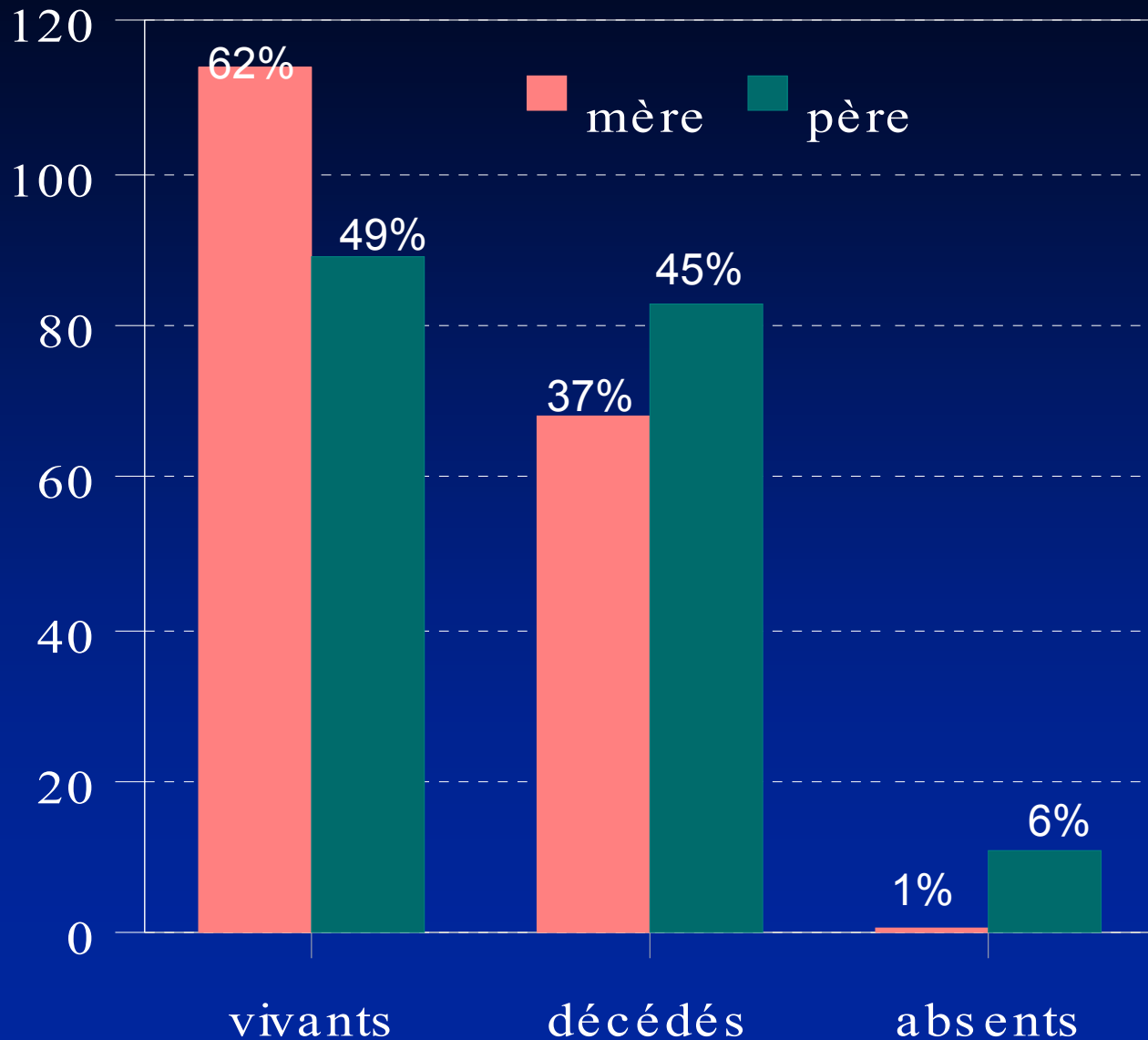
- la compliance
- l'évolution de la maladie
- la stigmatisation

Toutes les variables ($p < 0,2$) aux analyses bivariées ont été retenues pour la constitution d'un modèle de régression logistique

Age et sexe des 183 enfants

Age	Filles		Garçons	
	nb	%	nb	%
18 – 35 mois	3	3,57	8	8,08
3 – 5 ans	14	16,67	22	22,22
5 – 15 ans	67	79,76	69	69,70
Total	84	100	99	100

Parents



Près de la moitié
des enfants sont
orphelins d'au
moins un parent

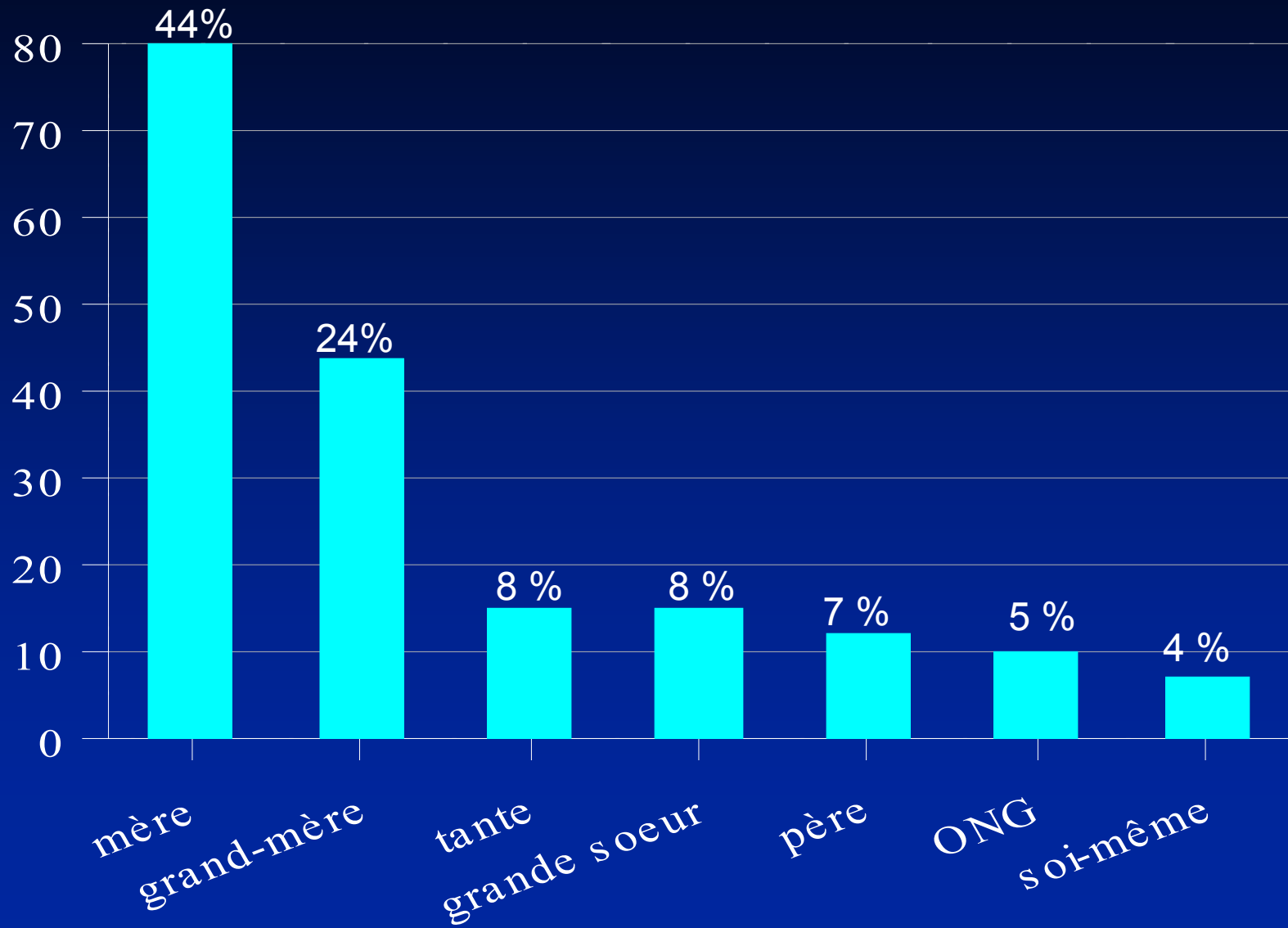
Statut VIH des parents

Sérologie VIH	pères nb (%)		mères nb (%)	
positive	112	(61,2)	136	(74,3)
négative	14	(7,65)	0	
inconnue	57	(31,2)	47	(25,7)

164 enfants (98,62%) ont été allaités pendant 1 à 48 mois

Seules 2 mères (1,09%) ont bénéficié d'un traitement prophylactique avant ou pendant l'accouchement

Personnes en charge des enfants



Traitements des enfants

Combinaisons ARV	nb	(%)
d4T + 3TC + NVP	152	(84)
d4T + 3TC + EFV	21	(11)
AZT + 3TC + NVP	8	(4)
LPV/r + ddl + ABC	2	(1)

Prophylaxie	primaire		secondaire	
	nb	(%)	nb	(%)
(%)				
cotrimoxazole	109	(59,6)	0	
fluconazole	0		16	(8,7)

Compliance

- **satisfaisante : 137 enfants (74,86%)**
 - ont suivi le traitement conformément aux recommandations
- **non satisfaisante : 46 enfants (25,14%)**
 - ont oublié ou refusé de prendre les médicaments
 - ont manqué au moins un rendez-vous

Evolution des taux de CD4 sous traitement

(50 enfants suivis 18 mois)

Suivi	taux moyen CD4	(écart-type)	p
0 mois	8,17	(± 7,14)	
6 mois	15,76	(± 9,5)	<0,001
12 mois	19,83	(± 8,56)	<0,001
18 mois	23	(± 7)	<0,001

Evolution de la charge virale sous traitement

(129 enfants suivis 6 mois)

Suivi	CV moyenne (log)	(écart-type)	p
0 mois	3,81	(± 0,93)	
6 mois	3,05	(± 1,35)	<0,001

Infections opportunistes

Incidence au cours de l'étude : 10 cas (6 %)

→ 9 cas de tuberculose

→ 1 cas de cryptococcose neuro-méningée

Intégration sociale

L'enfant	nb	(%)
- s'amuse avec les autres enfants	157	(85,79)
- est bien intégré dans le quartier	147	(80,33)
- est invité par les autres	149	(81,42)
- va à l'école normalement	115	(62,84)
- est rejeté à cause de sa maladie	49	(26,78)

Recherche de déterminants :

compliance

évolution de la maladie

stigmatisation

- Aucun modèle de régression logistique n'a pu être bâti avec les variables utilisées
- Il se peut que ces 3 issues ne soient pas reliées aux variables mesurées
- Il se peut aussi que de telles associations existent mais que les variables dépendantes utilisées expriment imparfaitement le concept étudié

1^{er} constat : prévention TME insuffisante

- Le programme de prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant a été initié au Cambodge en 2001
- Seules, 2 mères (1,09 %) ont pu recevoir un traitement préventif
- Le programme n'était pas encore opérationnel lorsque la plupart de ces enfants sont nés

2^{ème} constat : prise en charge des enfants VIH+ efficace

- malgré les difficultés d'accès aux ARV, 99% des enfants recevaient un traitement adéquat
- on observe une progression constante des taux de CD4, tel qu'attendu d'un programme ARV bien suivi
- plus de $\frac{3}{4}$ des enfants ont montré une bonne compliance

3^{ème} constat : bonne intégration sociale des enfants

Ceci malgré :

- une situation familiale souvent dramatique (57% orphelins d'au moins un des 2 parents)
- une stigmatisation* affectant ¼ des enfants

* la stigmatisation des enfants VIH+

- réduit leur accès à l'éducation, aux services sociaux et au soutien communautaire et familial.
- diminue l'efficacité des programmes de prévention et de soins

Conclusion

1. Au Cambodge, l'épidémie de VIH/SIDA est stabilisée depuis 2000, mais le nombre de personnes ayant besoin d'ARV ne cesse d'augmenter
2. L'utilisation des ARV chez l'enfant a débuté en 2004 à l'Hôpital national pédiatrique de Phnom Penh
3. Cette première étude de suivi des enfants traités montre :
 - une prise en charge efficace, même chez les orphelins et dans les familles pauvres ;
 - un environnement favorable pour un bon suivi médical ;
 - mais une mauvaise compliance chez près d'un quart des enfants ;
 - mais un rejet concernant environ un quart des enfants

Des études qualitatives seraient nécessaires pour analyser les déterminants de ces obstacles afin de les réduire



Remerciements

Institut de la Francophonie pour la médecine tropicale



Dr Sovann TAT
Etudiant IFMT
7^{ème} promotion

et

NT HAI

Ung VIBOL

Olivier MARCY

Michel STROBEL

Jean Pascal RENE

Hubert BARENNE

