

 ISSN (O): 2320-5407 ISSN (P): 3107-4928	Journal Homepage: www.journalijar.com INTERNATIONAL JOURNAL OF ADVANCED RESEARCH (IJAR) Article DOI:10.21474/IJAR01/23550 DOI URL: http://dx.doi.org/10.21474/IJAR01/23550	 INTERNATIONAL JOURNAL OF ADVANCED RESEARCH (IJAR) April - 2026
--	--	---

RESEARCH ARTICLE

SEROPREVALENCE DE LA CO-INFECTION VIH-VHC CHEZ LES PERSONNES VIVANT AVEC LE VIH AU CENTRE POLYVALENT AL-NADJMA DE N'DJAMENA

Debutant SOLBEL, Ali Mahamat Moussa

Manuscript Info

Manuscript History

Received: 14 March 2026

Final Accepted: 16 April 2026

Published: May 2026

Key words:-

Seroprevalence, Hepatitis C, HIV, Al-Nadjma Multipurpose Center, N'Djamena, Chad

Abstract

Introduction: Hepatitis C virus (HCV) infection represents a major cause of morbidity and mortality worldwide. According to the World Health Organization (WHO), approximately 130 to 170 million people suffer from chronic HCV infection, and more than 350,000 of them die each year from liver disease related to hepatitis C. Hepatitis C is primarily transmitted through blood, particularly through unsafe injections, uncontrolled transfusions, and the sharing of needles or syringes among people who inject drugs or engage in sexual practices involving blood exposure. Thus, the objective the aim of our study is to estimate the prevalence of HIV-HCV co-infection at the Al-Nadjma Multipurpose Centre in N'Djamena.

Methodology: It was a study descriptive cross-sectional study conducted from November 2023 to October 2024. It targeted all people who have undergone voluntary HIV testing, the virus Hepatitis C screening at the Al-Nadjma Multipurpose Center in N'Djamena. HIV screening and the hepatitis C cases were determined using rapid tests.

Results: Our study included 207 patients aged 15 to 60 years. Females were the most represented sex in our study, comprising 60.87%. The 35 and over age group was the most dominant, at 39.61%. Housewives were the majority (35.75%). Married individuals were the most numerous (51.69%). Those with no formal education were the most represented (35.75%). The seroprevalence of HIV-HCV coinfection was 4.35%. Age, sex, profession, marital status and level of education were not statistically significant in relation to hepatitis C.

Conclusion: Our study showed a seroprevalence of HIV-HCV coinfection of 4.35% among people living with HIV. This result confirms the presence of the hepatitis C virus in people living with HIV and underscores the importance of routine HCV screening in this population.

"© 2026 by the Author(s). Published by IJAR under CC BY 4.0. Unrestricted use allowed with credit to the author."

Introduction:-

L'infection par le virus de l'hépatite C (VHC) représente une cause majeure de morbidité et de mortalité dans le monde. Selon les données internationales, environ 130 à 170 millions de personnes souffrent d'une infection chronique par le VHC et plus de 350 000 d'entre elles meurent chaque année de maladies du foie liées à l'hépatite C¹. La prévalence du VHC est surtout élevée en Afrique où le rôle de la transmission parentérale dans les centres de

santé est évoqué¹. La très haute prévalence du VHC en Égypte (22 %) est attribuée à une transmission parentérale massive lors de traitements de masse par un antibilharzien injectable durant les années 70¹. La transmission de l'hépatite C se fait principalement par voie sanguine notamment à travers des injections non sécurisées, des transfusions non contrôlées, le partage d'aiguilles ou des seringues entre personnes qui s'injectent des drogues ou de pratiques sexuelles entraînant une exposition au sang².

La co-infection VIH-VHC constitue un problème majeur de santé publique. Elle est devenue un facteur important de co-morbidité et de mortalité chez les personnes infectées par le VIH en raison de l'augmentation de leur durée de vie liée à l'efficacité des multithérapies anti-rétrovirales³. L'impact du VHC sur le VIH reste controversé, mais l'infection par le VIH modifie considérablement l'évolution naturelle de l'infection par le VHC. L'infection par le VIH multiplie par 2 à 8 la virémie du VHC, ce qui entraîne une diminution significative de la guérison spontanée des hépatites aiguës. La co-infection par le VIH aggrave également l'évolution histologique de l'infection par le VHC en augmentant et en accélérant le risque de cirrhose ou en provoquant une hépatite cholestatique fibrosante, rare mais mortelle⁴. La séroprévalence de VHC est élevée dans les populations d'Afrique subsaharienne, y compris chez les adultes séropositifs pour le VIH, avec des variations régionales observées au sein de la population générale⁵.

Au Tchad, des études sur la séroprévalence du VHC chez les personnes vivant avec le VIH restent limitées. C'est la raison pour laquelle, cette étude vise à déterminer la séroprévalence de l'hépatite C chez les personnes vivant avec le VIH suivies au Centre polyvalent Al-Nadjma de N'Djamena.

Méthodologie:-

L'étude a été réalisée au Centre Polyvalent Al-Nadjma de N'Djamena, situé dans la ville de N'Djamena. Le Centre Polyvalent Al-Nadjma est une structure sanitaire de référence impliquée dans la prévention, le dépistage, la prise en charge et le suivi des personnes vivant avec le VIH.

Type d'étude:-

Il s'agissait d'une étude transversale à visée descriptive et analytique réalisée sur une période allant du 15 novembre 2023 au 15 octobre 2024. Cette étude a ciblé les personnes ayant volontairement effectué un dépistage du VIH et VHC au Centre polyvalent Al-Nadjma.

Population d'étude:-

La population d'étude était composée des personnes nouvellement diagnostiquées séropositives au VIH, reçues dans les sites de prise en charge durant la période d'étude et ayant accepté de participer à l'enquête après avoir donné leur consentement éclairé.

Critères d'inclusion:-

- Était inclus, les personnes séropositives au VIH ;
- Les personnes qui ont été dépistées au Centre polyvalent Al-Nadjma ;
- Les personnes qui ont accepté de participer à l'étude.

Critères de non-inclusion:-

- Les personnes qui ont de dossiers incomplets ;
- Les personnes qui n'ont pas donné leur consentement éclairé ;
- Les personnes qui n'ont pas réalisé au Centre polyvalent Al-Nadjma.

Collecte des données:-

La collecte des données s'est déroulée du 15 novembre 2023 au 15 octobre 2024 au Centre Polyvalent Al-Nadjma de N'Djamena. Elle a été réalisée auprès des patients nouvellement diagnostiqués séropositifs au VIH et ayant consenti à participer à l'étude. Elle s'est déroulée comme suit: dans un premier temps, un entretien individuel en face à face a été mené avec chaque participant à l'aide d'un questionnaire préétabli. Cet entretien a permis de recueillir les informations sociodémographiques. Dans un second temps, les informations cliniques et biologiques ont été vérifiées à partir des dossiers médicaux et des bulletins d'analyses des patients afin de confirmer leur statut sérologique vis-à-vis du VIH et du VHC. Le diagnostic de l'infection à VIH a été réalisé conformément à l'algorithme national de dépistage en vigueur au Tchad, basé sur l'utilisation de tests de diagnostic rapide (TDR) validés par le Programme National de Lutte contre le VIH/SIDA. De même, le dépistage du virus de l'hépatite C a

été effectué à l'aide de tests rapides permettant la détection des anticorps anti-VHC selon les recommandations nationales en vigueur.

Traitement Des Données:-

Les données collectées ont été enregistrées, codifiées et contrôlées pour s'assurer leur intégrité et leur viabilité. Ces données ont été examinées par le logiciel Epi info version 7.2.2. La première analyse descriptive a été réalisée et cela a pris en compte les fréquences, les proportions et les moyennes. Ces résultats ont été exportés en tableaux et en graphiques. Une deuxième analyse a été réalisée pour déterminer l'existence ou non d'une association entre les différentes variables examinées. Le test Chi carré était utilisé pour mettre en parallèle les proportions de deux variables qualitatives. Un seuil de signification statistique a été établi ($p < 0,05$). Si la valeur de $p < 0,05$, elle est jugée statistiquement significative, indiquant qu'il existe un lien de corrélation entre ces deux variables analysées. Par contre, si la valeur de $p > 0,05$, elle est considérée comme l'absence de corrélation statistiquement significative.

Résultats:-

207 patients au total étaient dépistés au centre polyvalent Al-Nadjma. L'âge moyen des participants était de 33,73 ans $\pm$ 8,58 avec des extrêmes de 15 à 60 ans. La répartition des patients par tranche d'âge indique que notre échantillon est en majorité composé des adultes. Les personnes âgées de 35 ans et plus sont les plus dominantes avec 82 patients soit une proportion de 39,61 %. Elle est suivie de la tranche d'âge de 30 à 35 ans, 47 patients soit 22,71 %, de la tranche de 25 à 30 ans, 40 patients soit 19,32 % et de la tranche d'âge de 20 à 25 ans, 28 patients soit 13,53 %. La tranche d'âge de 15 à 20 ans est faiblement représentée 10 patients soit 4,83 %. Le sexe féminin était le plus représenté avec 126 patients soit 60,87 %, par contre 81 patients étaient de sexe masculin (39,13 %) soit un sex-ratio de 0,64. En ce qui concerne la profession, nous trouvons diverses catégories professionnelles qui sont représentées. Les ménagères sont les plus nombreuses avec 37 patients soit une proportion de 17,87 %, suivies par les commerçants avec 37 patients soit 17,87 %, les fonctionnaires ont représenté 23 patients soit 11,11 %, les étudiants, 21 patients soit 10,14 %, les chauffeurs constituent 14 patients (6,76 %), les cultivateurs et les mécaniciens ont respectivement 8 patients chacun (3,86 %). Par contre ceux de moto-taxi (2,90 %), maçon (2,42 %), Éleveur (1,93 %), électriciens (0,48 %) et militaires (0,48 %) sont moins représentés. La situation matrimoniale révèle une proportion des personnes mariées avec 107 patients soit 51,69 %. Par contre les célibataires comptent 51 soit 24,64 %. Il y a 27 patients divorcés soit 13,04 % et 22 patients sont veufs soit 10,63 %. Concernant le niveau d'instruction, la majorité des patients n'ont jamais été à l'école, 74 patients soit 35,75 %, suivi de 65 patients (31,40 %) qui ont un niveau secondaire. 42 patients (20,29 %) ont un niveau primaire et 26 patients (12,56 %) ont atteint un niveau supérieur (tableau 1).

Tableau 1: Caractéristiques sociodémographiques des patients (n= 207)

Variables	Fréquence	Pourcentage
Tranche d'âge		
15-20	10	4,83
20-25	28	13,53
25-30	40	19,32
30-35	47	22,71
35 ans et plus	82	39,61
Total	207	100
Sexe		
Féminin	126	60,87
Masculin	81	39,13
Total	207	100
Profession		
Autres	4	1,93
Chauffeur	14	6,76
Coiffeur (se)	1	0,48
Commerçant	37	17,87

Cultivateur	8	3,86
Électricien	1	0,48
Éleveur	4	1,93
Étudiant/Élève	21	10,14
Fonctionnaire	23	11,11
Maçon	5	2,42
Mécanicien	8	3,86
Ménagère	74	35,75
Militaire	1	0,48
Moto-taxi	6	2,90
Total	207	100
Situation matrimoniale		
Célibataire	51	24,64
Divorcé/ ou séparé	27	13,04
Marié	107	51,69
Veuf (ve)	22	10,63
Total	207	100
Niveau d'instruction		
Jamais scolarisé	74	35,75
Primaire	42	20,29
Secondaire	65	31,40
Supérieur	26	12,56
Total	207	100

Ce graphique nous montre que sur les 207 personnes vivant avec le VIH, la recherche des anticorps anti-VHC a été révélé chez 9 patients, soit une séroprévalence de 4,35 %. Par contre, 198 patients (95,65 % étaient négatifs (Figure 1).

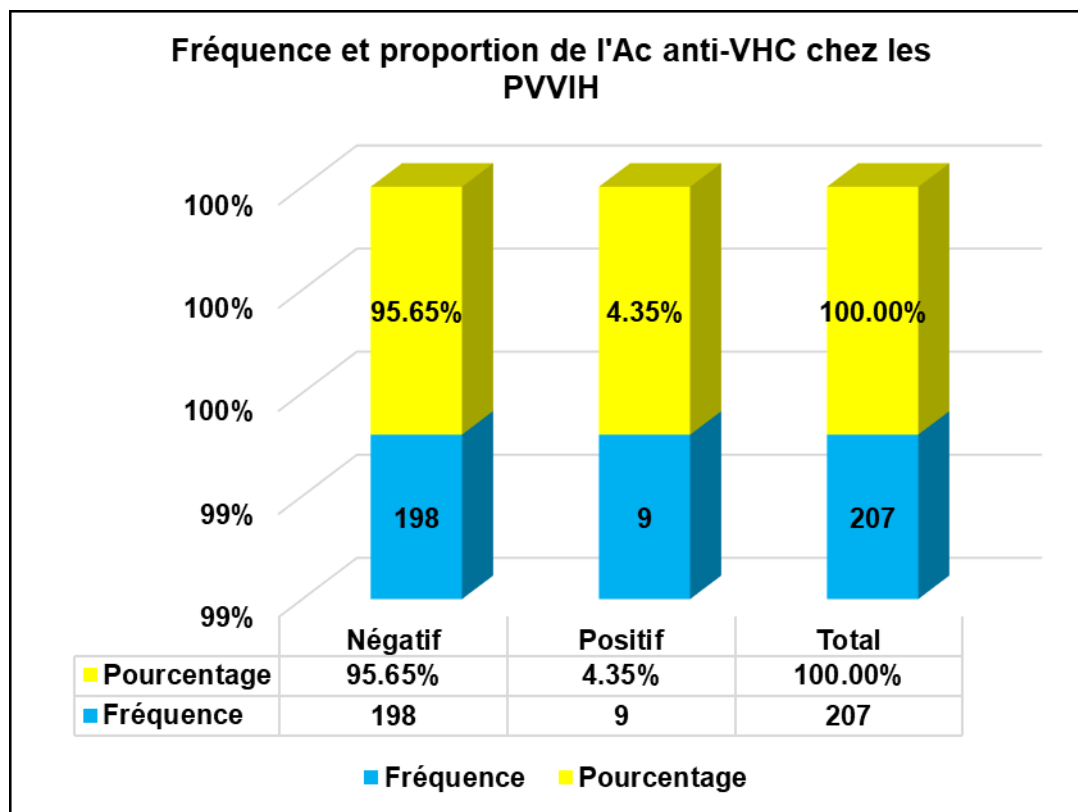


Figure 1: Fréquence et proportion de l'Ac anti-VHC chez les PVVIH

Facteurs associés à l'infection par l'hépatite C chez les patients: la répartition des patients selon l'âge montre que la tranche d'âge de 20 à 25 ans et plus était la plus affectée par le VHC (7,14 %). Elle est suivie de la tranche d'âge 25 à 30 ans (5 %). 4 cas de positivité ont été observés chez la tranche d'âge de 35 ans et plus soit (4,88 %). Aucun cas positif n'a été trouvé chez la tranche d'âge de 15 à 20 ans. Dans notre étude, nous n'avons pas trouvé une association significative entre l'âge et l'infection par le VHC ($p = 0,8027$). Concernant le sexe, la séroprévalence est beaucoup plus élevée chez les femmes que chez les hommes. Chez les hommes, nous avons 3 cas (3,70 %) de positivité qui ont été observés sur 78 patients. Chez les femmes, sur 120 patients, nous avons observé 6 cas de positivité (4,76 %). Aucun lien statistiquement significatif n'a été trouvé entre le sexe et l'infection par le VHC ($p = 0,9878$). En ce qui concerne la profession, notre étude a montré que les maçons ont été les plus infectés par le VHC soit 20% suivis de moto-taxi (16,76 %), les mécaniciens (12,5 %), les commerçants (8,11 %) et les ménagères (4,05 %). Par ailleurs aucun de positivité n'a été observé chez les chauffeurs, les coiffeurs, les cultivateurs, les électriciens, les éleveurs, les étudiants/élèves, les fonctionnaires, les militaires et autres professions. Malgré ces différences, aucune association statistiquement significative n'a été observée entre la profession et l'infection, par le VHC ($p = 0,5952$). Selon la situation matrimoniale, les célibataires étaient les plus infectés par le VHC, 4 patients soit 7,87 %. Les divorcés/séparés présentaient 2 patients (7,41 %), parmi les mariés, nous avons observé 3 cas soit (2,80 %). Aucun cas positif n'a été trouvé chez les veufs/veuves. Aucune association statistiquement significative n'a été trouvée entre la profession et l'infection par le virus de l'hépatite C ($p = 0,2934$). Pour le niveau d'instruction, la séroprévalence était élevée chez les patients ayant un niveau secondaire avec 4 cas soit 6,15 %. Chez les non scolarisés, elle était de 5,41 % soit 4 cas. Parmi les patients qui ont un niveau primaire, 1 cas a été observé soit 2,38 %. Aucun cas n'a été observé chez les patients qui ont un niveau supérieur. Toutefois, nous n'avons pas trouvé une association statistiquement significative entre le niveau d'instruction et l'infection par le virus de l'hépatite C ($p = 0,5161$) (tableau 2).

Tableau 2 : facteurs associés à l'infection par l'hépatite C chez les PVVIH

Variables	Ac anti-VHC négatif	Ac anti-VHC positif	Total	P-value
Tranche d'âge				0,8027
15-20	10 (100)	0 (0)	10 (100)	
20-25	26 (92,86)	2 (7,14)	28 (100)	
25-30	38 (95)	2 (5)	40 (100)	
30-35	46 (97,87)	1 (2,13)	47 (100)	
35 ans et plus	78 (95,12)	4 (4,88)	82 (100)	
Total	198 (95,65)	9 (4,35)	207 (100)	
Sexe				0,9878
Féminin	120 (95,24)	6 (4,76)	126 (100)	
Masculin	78 (96,39)	3 (3,70)	81 (100)	
Total	198 (95,65)	9 (4,35)	207 (100)	
Profession				0,5952
Autres	4 (100)	0 (0)	4 (100)	
Chauffeur	14 (100)	0 (0)	14 (100)	
Coiffeur (se)	1 (100)	0 (0)	1 (100)	
Commerçant	34 (91,89)	3 (8,11)	37 (100)	
Cultivateur	8 (100)	0 (0)	8 (100)	
Électricien	1 (100)	0 (0)	1 (100)	
Éleveur	4 (100)	0 (0)	4 (100)	
Étudiant/Élève	21 (100)	0 (0)	21 (100)	
Fonctionnaire	23 (100)	0 (0)	23 (100)	
Maçon	4 (80)	1 (20)	5 (100)	
Mécanicien	7 (87,50)	1 (12,50)	8 (100)	
Ménagère	71 (95,95)	3 (4,05)	74 (100)	
Militaire	1 (100)	0 (0)	1 (100)	
Moto-taxi	5 (83,33)	1 (16,67)	6 (100)	
Total	198 (95,65)	9 (4,35)	207 (100)	
Situation matrimoniale				0,2934
Célibataire	47 (92,16)	4 (7,84)	51 (100)	
Divorcé/ ou séparé	25 (92,59)	2 (7,41)	27 (100)	
Marié	104 (97,20)	3 (2,80)	107 (100)	
Veuf (ve)	22 (100)	0 (0)	22 (100)	
Total	198 (95,65)	9 (4,35)	207 (100)	
Niveau d'instruction				0,5161
Jamais scolarisé	70 (94,59)	4 (5,41)	74 (100)	
Primaire	41 (97,62)	1 (2,38)	42 (100)	
Secondaire	61 (93,85)	4 (6,15)	65 (100)	
Supérieur	26 (100)	0 (0)	26 (100)	
Total	198 (95,65)	9 (4,35)	207 (100)	

Discussion:-

La co-infection VIH-VHC demeure un enjeu majeur de la santé publique dans le monde plus particulièrement en Afrique subsaharienne où la prévalence de ces deux infections est encore élevée. Les deux infections ont les mêmes modes de transmission ce qui favorise la fréquence des co-infections dans la population exposée⁶⁻⁹. Notre étude a montré une séroprévalence globale de co-infection VIH-VHC de 4,35 %. En revanche, 198 patients (95,65 %) n'étaient pas atteints de l'infection VHC. Plusieurs facteurs pourraient expliquer cette séroprévalence qui est relativement basse. D'une part, l'optimisation des tactiques de prévention notamment le dépistage régulier dans les centres de prise en charge des personnes vivant avec le VIH et conscientisation sanitaire, aide à baisser la propagation du virus au sein de la communauté. La séroprévalence obtenue dans notre étude est inférieure à celle trouvée par Abessolo et al., qui était de 20 %¹⁰, au Burundi par Ntagirabiri R et al., une prévalence de 10,06 %¹¹. Par contre nos résultats dépassent légèrement ceux obtenus au Mali par Sohe JHA et al., une prévalence de 3 %¹².

Caractéristiques sociodémographiques:-

L'âge: Dans notre étude, l'âge moyen des participants était de $33,73 \pm 8,58$ ans, avec des extrêmes allant de 15 à 60 ans. La répartition par tranche d'âge montre une prédominance des adultes, particulièrement ceux âgés de 35 ans et plus qui représentaient 39,61 % de l'effectif. Cette structure démographique reflète le profil habituellement observé dans les cohortes de PVVIH en Afrique subsaharienne, où l'infection touche principalement les individus en âge de forte activité sociale, sexuelle et économique. Cette prédominance des adultes plus âgés est également logique avec l'histoire naturelle de l'infection par le VHC. En effet, l'hépatite C est souvent asymptomatique pendant de nombreuses années et peut demeurer méconnue jusqu'à l'âge adulte. Ainsi, les sujets les plus âgés ont eu davantage de temps pour accumuler les expositions à risque et développer une infection chronique détectable lors du dépistage. La prédominance des sujets âgés de 35 ans et plus observée dans notre étude (39,61 %) est comparable aux résultats rapportés dans plusieurs études africaines menées chez les personnes vivant avec le VIH. Au Cameroun, Mbopi-Keou et al., ont rapporté un âge moyen de 34,5 ans parmi les patients infectés par le VIH¹³. Au Nigéria, les travaux d'Okwurawe et al., sur les patients co-infectés VIH-VHC ont également montré une forte représentation des adultes¹⁴. Cette prédominance des classes d'âge élevées pourrait s'expliquer par l'amélioration de la survie des PVVIH grâce aux traitements antirétroviraux ainsi que par l'accumulation des expositions aux facteurs de risque de l'infection par le VHC au cours de la vie.

Le sexe: dans notre échantillon examiné, l'analyse a révélé une prédominance féminine avec 126 patients soit 60,87 %, par contre 81 patients étaient de sexe masculin (39,13 %) soit un sex-ratio de 0,64. Cette proportion élevée des femmes pourrait s'expliquer par le fait que les femmes visitent régulièrement les établissements sanitaires pour de suivi médical, le dépistage régulier. Toutefois, cette proportion est bien inférieure à celle obtenue par Sohe JHA au Mali qui a trouvé une proportion de 66,7 % avec une prédominance féminine parmi les patients étudiés¹². Bien que la proportion observée dans notre étude soit légèrement inférieure, la tendance demeure similaire et témoigne de la féminisation progressive de l'épidémie du VIH dans notre pays.

Profession: L'étude de la distribution des patients par profession révèle une prédominance marquée chez les ménagères qui constituent 74 patients soit une proportion de 35,75 %. Cette forte proportion pourrait s'expliquer par la place importante qu'occupent les femmes au foyer parmi les individus consultants dans les structures de soins. Elle peut également refléter les réalités socio-économiques locales, où une part importante des femmes exercent principalement des activités domestiques sans salaires. En effet, dans plusieurs pays d'Afrique subsaharienne, en particulier au Tchad, la plupart des femmes se consacrent principalement aux tâches ménagères et sont ainsi considérées comme des femmes au foyer¹⁵.

Situation matrimoniale: Nos résultats indiquent une domination nette des personnes mariées avec 107 patients soit 51,69 %. Le mariage n'empêche pas la transmission du VIH et de l'infection par le VHC. Toutefois, la transmission peut se produire au sein du couple si l'un des partenaires est infecté par ces deux virus. Des études similaires ont été effectuées auprès des personnes vivant avec le VIH où les personnes en couple constituaient une proportion importante parmi les populations étudiées. Nos résultats sont supérieurs à ceux rapportés par Djénéba Traoré au Mali¹⁶, qui a observé une proportion de 42,7 % de personnes en couples parmi les patients étudiés. Cette différence pourrait s'expliquer par des variations dans les caractéristiques sociodémographiques des patients étudiés, notamment l'âge moyen des participants, les contextes culturels, les habitudes matrimoniales et les critères de recrutement des sujets. Malgré cette différence de fréquence, les deux études mettent en évidence une forte représentation des personnes vivant en couple parmi les PVVIH.

Niveau d'instruction: Concernant le niveau d'instruction, la majorité des patients n'ont jamais étaient scolarisés, 74 patients soit 35,75 %. Cette domination des patients non scolarisés évoque les individus ayant un niveau d'instruction faible restent fortement représenté parmi les personnes vivant avec le VIH. Le manque de l'éducation pourrait réduire les connaissances relatives à la prévention des maladies transmissibles et limiter l'accès aux messages de sensibilisation. Une étude menée au Mali par Coulibaly et al., a montré que les patients non scolarisés représentaient 76,2 %¹⁷. Une proportion bien supérieure à celle observée dans notre étude. Ces résultats confirment que les personnes de faible niveau d'instruction constituent encore une part importante des populations suivies pour le VIH dans les pays à ressources limitées.

Facteurs associés à l'infection par l'hépatite C chez les patients:-

Âge: les patients âgés de 20 à 25 ans ont une séroprévalence de 7,14 %. L'étude statistique n'a pas révélé de lien significatif entre l'âge et la positivité de l'infection du VHC ($p = 0,8027$) dans notre étude. Nos résultats sont inférieurs à ceux obtenus au Cameroun par Abessolo et al., qui ont rapporté une prévalence de co-infection VIH-VHC de 32,2 % dans la tranche d'âge de 10 à 25 ans¹⁰. Nos résultats pourraient être dus à la taille restreinte de notre échantillon. Une autre étude menée au Nigéria par Mabayoje et al., a observé **que** la majorité des patients se trouvent dans la tranche d'âge de 30 à 39 ans et ont obtenu une prévalence de la co-infection VIH-VHC de 23,2 %. Ce qui est contraire à nos résultats où dans leur étude, les cas étaient plus concentrés chez les adultes plus âgés que chez les jeunes de 20 à 25 ans¹⁸. Certaines études effectuées en Afrique n'ont pas observé également un lien statistiquement significatif entre l'âge et l'infection par le VHC chez les personnes vivant avec le VIH. Une étude réalisée au Mali par Sohe JHA et al., n'a pas également trouvé un lien statistiquement significatif entre l'âge et l'infection par le VHC¹².

Sexe: Dans notre étude, la séroprévalence de co-infection VIH-VHC était beaucoup plus élevée chez les femmes que chez les hommes soit respectivement 4,76 % et 3,70 %. Aucun lien statistiquement significatif n'a été observé entre le sexe et l'infection par le VHC ($p = 0,9878$). Certaines études ont rapporté des résultats semblables. Une étude menée au Cameroun en 2018 par Marceline et al., a rapporté une séroprévalence de co-infection VIH-VHC était également plus fréquent chez les femmes que chez les hommes¹⁹. Les mêmes observations ont été rapportées par Agbor et al., dans une étude réalisée au Cameroun en 2018²⁰.

Profession: En ce qui concerne la profession, dans notre étude la catégorie professionnelle la plus représentée chez les patients co-infectés par le VIH et VHC était celle des maçons (20 %). Cette observation peut être expliquée par le fait que les maçons sont en général issus de la population adulte active, souvent exposé à une forte mobilité professionnelle et à des conditions socioéconomiques précaires. Ces facteurs peuvent accentuer l'exposition aux comportements à risque associés à la transmission du VIH est des hépatites virales.

Situation matrimoniale: Selon la situation matrimoniale, les célibataires étaient les plus infectés par le VHC, 4 patients soit 7,87 %. Cela pourrait s'expliquer par le fait que les personnes non mariées sont généralement plus susceptibles d'avoir plusieurs partenaires sexuels ou des relations occasionnelles non protégée, ce qui peut entraîner l'exposition aux maladies transmissibles, notamment chez les personnes vivant avec le VIH. Nos résultats sont supérieurs à ceux obtenus au Cameroun par Marceline et al, qui ont rapporté 2,7 % de co-infection VIH-VHC chez les célibataires¹⁹. Notre étude n'a obtenu aucune association statistiquement significative entre la profession et l'infection, par le VHC ($p = 0,5952$). Au Mali, Sohe Jha et al., en 2021 ont rapporté qu'il n'existait pas de lien significatif entre le statut matrimoniale et la survenue d'une co-infection VIH-VHC¹².

Niveau d'instruction: Dans notre étude, la séroprévalence variait selon le niveau d'instruction. Elle était plus élevée chez les patients ayant un niveau secondaire avec 4 cas soit 6,15 %. Ces résultats sont comparables à ceux observés dans certaines études où la majorité des personnes hébergeant le VIH et infectés par le VHC se trouvaient parmi les individus ayant un niveau d'étude secondaire. Au Sud-Cameroun, Abessolo et al., ont rapporté que les individus qui ont la co-infection VIH-VHC avaient un niveau d'étude secondaire¹⁰. Par contre au Nigéria, Iduh et al., ont obtenu aucun cas de positivité de co-infection VIH-VHC chez les personnes ayant un niveau d'étude secondaire et il n'y avait pas de différence statistiquement signification entre la niveau d'instruction et l'infection par le VHC²¹.

Conclusion:-

Notre étude a pour objectif d'estimer la prévalence de VHC chez les personnes vivant avec le VIH. Cette étude a montré un taux de prévalence de 4,35 % chez notre population étudiée. La positivité du VHC était beaucoup plus remarquée chez la tranche d'âge de 20 à 25 ans, chez les femmes et dans certaines catégories professionnelles vivant

avec le VIH. Aucune association statistiquement significative n'a été trouvée entre les facteurs sociodémographiques et l'infection par le VHC. Ces résultats suggèrent la nécessité de renforcer le dépistage systématique et les mesures préventives.

Déclarations:-**Financement:-**

Cette étude n'a bénéficié d'aucun financement spécifique.

Remerciements:-

Nous remercions tous les auteurs des articles cités dans notre revue et le personnel du Centre polyvalent Al-Nadjma pour leur contribution dans la réalisation de ce travail.

Conflit d'intérêt:-

Aucun conflit d'intérêt n'a été déclaré par les auteurs

Références:-

1. Epilly. Maladies Infectieuses et Tropicales. 3e ed. 2022.
2. Organisation Mondiale de la Santé. Principaux repères sur l'hépatite C. Accessed October 7, 2025. <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/hepatitis-c>
3. Prise en charge de la co-infection VIH-VHC. FMC-HGE. November 22, 2007. Accessed November 20, 2025. <https://www.fmcgastro.org/postu-main/archives/postu-2007-lyon/prise-en-charge-de-la-co-infection-vih-vhc/>
4. Vallet-Pichard A, Pol S. Natural history and predictors of severity of chronic hepatitis C virus (HCV) and human immunodeficiency virus (HIV) co-infection. J Hepatol. 2006 ;44(1 Suppl) : S28-34. doi: 10.1016/j.jhep.2005.11.008
5. Rao VB, Johari N, du Cros P, Messina J, Ford N, Cooke GS. Hepatitis C seroprevalence and HIV co-infection in sub-Saharan Africa: a systematic review and meta-analysis. Lancet Infect Dis. 2015 ;15(7) :819-824. doi :10.1016/S1473-3099(15)00006-7
6. Organisation Mondiale de la Santé. Principaux repères sur l'hépatite C. Accessed September 11, 2024. <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/hepatitis-c>
7. ONUSIDA. Fiche d'information 2025. Statistiques Mondiales Sur Le VIH. 2024.
8. Alter MJ. Epidemiology of viral hepatitis and HIV co-infection. Journal of Hepatology. 2006 ;44 : S6-S9. doi : 10.1016/j.jhep.2005.11.004
9. Rockstroh JK, Spengler U. HIV and hepatitis C virus co-infection. Lancet Infect Dis. 2004 ;4(7) : 437-444. doi :10.1016/S1473-3099(04)01059-X
10. Abessolo HA, Bakmano R, Liheb A, Moise A. Prévalence des Hépatites B et C dans un échantillon de Jeunes Personnes Vivant avec le VIH dans l'Arrondissement de Biwong Bane dans la Région du Sud-Cameroun : Health Sci Dis. 2025 ;26(2) :18-23. doi :10.5281/hsd.v26i2.6436
11. Ntagirabiri R, Ngendakumana F, Niyongabo T. Co-infection par le virus de l'immunodéficience humaine et le virus de l'hépatite C au Burundi. J Afr Hepato Gastroenterol. 2012 ;6(2) :128-131. doi :10.1007/s12157-012-0387-2
12. SOHE JHA. Co-Infection VIH et Virus Des Hépatites B et C Chez Les Patients Hospitalisés Au Service Des Maladies Infectieuses Au CHU Du Point G, BAMAKO, MALI. 2021.
13. Mbopi-Keou FX, Monthe IV, Mireille GC, et al. Séroprévalence et facteurs associés au VIH et aux hépatites virales B et C dans la ville de Bafoussam au Cameroun. Pan Afr Med J. 2015 ;20. doi :10.11604/pamj.2015.20.156.4571
14. Okwuraiwe AP, Osuntoki AA, Ebuehi OA, Audu RA. Pattern of HCV Genotypes in HIV/HCV Co-Infected Patients on Antiretroviral Therapy in Nigeria. EJMED. 2022 ; 4(5) : 30-34. doi :10.24018/ejmed. 2022.4.5.1372
15. SIOUDINA M, GURAYO J, Selly DJIMET. Représentation traditionnelle de la femme au Tchad. 2022 ; (04) : 240-258.
16. Djénéba TRAORE. Co-Infection VIH et Virus Des Hépatites B et c Chez Les Patients Suivis Au Service Des Maladies Infectieuses Du CHU DU POINT G.
17. COULIBALY YA. Étude de la prise en charge et de la qualité de vie des personnes vivant avec le VIH au centre de Santé de référence de la Commune V du district de Bamako. 2020.
18. Mabayoje VO, Muhibi MA, Akindele RA, Akinleye CA, Mabayoje PS, Babatunde OS. Hepatitis C virus co-infection among people living with HIV/AIDS in a Nigerian Teaching Hospital. HIV & AIDS Review. 2013 ;12(4) :102-105. doi: 10.1016/j.hivar.2013.09.003
19. Marceline DN, Marlene GTI, Cyriaque AA, Armelle FKG, Paul MF. Current status of human immunodeficiency virus and hepatitis C virus (HIV/HCV) co-infection in Cameroon: Sero-prevalence, risk factors and correlation with

markers of liver function and CD4 cells rate in patients diagnosed in three hospital settings. JAHR. 2018 ;10(3) : 22-30. doi :10.5897/JAHR2017.0456

20.Agbor VN, Tagny CT, Kenmegne JB, et al. Prevalence of anti-hepatitis C antibodies and its co-infection with HIV in rural Cameroon. BMC Res Notes. 2018 ;11 : 459. doi :10.1186/s13104-018-3566-4

21.Iduh MU, Enitan SS, Umar AI, Abbas A. Prevalence of Hepatitis C Virus Infection among People Living with HIV/AIDS Attending Specialist Hospital Sokoto, Nigeria. UMYU Journal of Microbiology Research (UJMR). 2024 ; 9(3) : 233-244. doi :10.47430/ujmr.2493.029