

MINISTRE DE L'ENSEIGNEMENT
SUPERIEUR ET DE LA RECHERCHE
SCIENTIFIQUE

REPUBLIQUE DU MALI

Un Peuple - Un But - Une Foi

UNIVERSITE DES SCIENCES, DES TECHNIQUES ET TECHNOLOGIES DE BAMAKO



U.S.T.T-B

FACULTE DE PHARMACIE



(FAPH)

ANNEE UNIVERSITAIRE : 2022-2023

N°

TITRE

**CONTRIBUTION A L'ETUDE SUR L'INOBSERVANCE
THERAPEUTIQUE CHEZ LES PVVIH SOUS ARV
A L'USAC DE LA COMMUNE VI DU DISTRICT DE
BAMAKO PENDANT L'ANNEE 2023.**



THÈSE

Présentée et soutenue publiquement le .../.../.... Devant le jury De la
Faculté de Pharmacie

Par : **Mme SIRA TRAORE**

**Pour obtenir le grade de Docteur en Pharmacie
(DIPLOME D'ETAT)**

Président : M. Sekou BAH, Professeur

Membres : M. Sadio Demba SYLLA, Pharmacien

Mme. Fatoumata DAOU, Assistant

Co-Directeur : M. Mody CISSE, Maître de conférences

Directeur : M. Issa KONATE, Professeur

DEDICACES ET REMERCIEMENTS

Dédicaces

✓ A Allah

Au nom d'ALLAH, le Tout Puissant et Miséricordieux, merci de nous avoir permis d'accomplir ce travail et de nous avoir donné la chance de voir ce jour. A son Prophète MOHAMED (saw), que la paix de Dieu soit sur Lui et sa Famille.

✓ A ma Mère : **Hawa FOFANA**

Brave femme, mère dévouée, courageuse, croyante, généreuse, source de ma vie, pionnière de mon éducation. Une dame inspirante, mon modèle, ma force, ma motivation et ma détermination. Celle qui a œuvré pour que je sois là aujourd'hui. Tes sacrifices pour tes enfants et les enfants d'autrui feront de nous ce que tu souhaites in shaa 'Allah. C'est une chance d'être ta fille. Je suis très heureuse parce que je sais que ce travail te rendra encore plus fière que tu ne l'es déjà. Qu'Allah te garde longtemps auprès de nous, qu'il fasse que nous tes enfants, nous soyons une source de satisfaction pour toi. Merci Maman. Je t'aime.

✓ A mon Père : **Djeidi TRAORE**

Grâce à toi, j'ai appris le sens du combat dans la vie, la dignité, la tolérance, le respect de soi et des autres, la rigueur et la persévérance. Tu n'as cessé de me soutenir et de m'encourager durant toutes ces années d'études. En ce jour mémorable de ma vie, reçois ce travail en signe de ma vive reconnaissance et ma profonde estime. Merci Papa !

Qu'Allah t'accorde longue vie dans la santé et dans le bonheur, je t'aime.

✓ A mon cher époux : **Djibril DRAME**

Merci d'avoir donné un sens à ma vie. Merci pour ton amour, ton soutien et tes encouragements qui ont toujours été pour moi d'un grand réconfort. Merci pour ta gentillesse et ton sens du sacrifice. Je te dédie ce travail qui est aussi le tien, en implorant Allah le tout puissant de nous accorder une longue vie de bonheur, de prospérité et de réussite, et de nous réunir dans l'au-delà in shaa 'Allah. Je t'aime tout simplement.

✓ A ma fille : **Mariam DRAME**

Tu es une grâce pour moi et ce travail est le tien. Qu'ALLAH fasse que tu sois meilleure que tes parents. Car ceci est le rêve caché de tout parent, que le fruit de ses entrailles soit le meilleur. Qu'Allah te donne longue vie dans la santé, je t'aime ma princesse.

Remerciements

A tous ceux qui de près ou de loin m'ont soutenue. Et aussi à ceux dont j'aurai oublié de mentionner le nom, le stress qui accompagne ces moments, me fait oublier de vous citer, mais sachez que vous avez marqué mon existence. Ce travail est aussi le vôtre.

- ✓ A mon cher tonton **Lassana TRAORE et ses épouses et à mes tantes spécialement Bai Coumba TRAORE, Sadio TRAORE et Coumba BOUNE**

Les mots me manquent pour vous remercier car depuis mon enfance jusqu'à maintenant, vous êtes un soutien et un guide pour moi. Recevez-ici toute ma sympathie. Merci pour les bénédictions tout au long de mon parcours. Puisse Dieu vous accorder santé et longévité.

- ✓ A mes frères et sœurs : **Sikou, Bandjoukou, Oumar, Demba, Mahamadou, Taguène, Binta Siga, Djoncounda, Aminata, Sira, Djénéba TRAORE**

Les mots adéquats me manquent pour exprimer l'amour et l'admiration que j'ai pour vous, vous avez été toujours là, à me soutenir, m'encourager ; à m'aider dans les moments de besoin, je remercie le bon Dieu de vous avoir comme frères et sœurs, trouvez ici le fruit de vos actes. Que l'esprit de cohésion de nos parents nous anime toujours.

- ✓ **A la famille DIARRA : Issa DIARRA et Djénéba COULIBALY**

C'est l'occasion pour moi de vous réaffirmer toutes mes considérations et mes sincères remerciements. Trouvez ici l'expression de ma profonde reconnaissance. Qu'Allah bénisse notre si belle et grande famille.

- ✓ **Mme TRAORE Aïchatou DIARRA**

Ma jumelle de cœur, ma Ritou, je réalise combien je suis chanceuse de t'avoir dans ma vie. Merci d'avoir toujours été là pour moi. Qu'Allah te comble de bonheur. Je t'aime !

- ✓ A mes cousins et cousines surtout ceux qui sont en France la famille TRAORE

Veillez trouver dans ce travail l'expression de mon respect le plus profond et mon affection la plus sincère.

- ✓ A mes beaux-parents : **Mahamadou DRAME, Nyouma SAWANE**

Je ne pourrais jamais exprimer le respect que j'ai pour vous. Vos prières, vos encouragements et votre soutien m'ont toujours été d'un grand secours. Puisse Dieu, le Tout-Puissant vous préserver du mal, vous combler de santé, de bonheur et vous procurer une longue vie.

✓ **A ma nièce Diamana TRAORE**

Merci pour ton soutien indéfectible, ton amour inconditionnel, ta générosité, ton encouragement. Qu'ALLAH te récompense par le bien. Je t'aime.

✓ Au personnel de l'USAC du Centre de Santé de Référence de la Commune VI merci pour votre chaleureux accueil et vos conseils à mon égard. Recevez ici mes sincères reconnaissances.

✓ **A mes camarades de la 14^{ème} promotion du numerus clausus.**

Merci pour ces moments magiques partagés ensemble. Bonne carrière professionnelle à nous tous.

Une mention particulière à vous **Haoussa SOUNKORO, Fatoumata DIARRA** et **kadi DIARRA**, votre affection, votre considération et votre estime ne me laissent pas indifférente. Qu'Allah vous récompense pour tous vos bienfaits.

✓ A toutes les connaissances et anciens camarades qui m'ont encouragée de prêt ou de loin pour la réalisation de ce travail.

✓ Aux personnes vivant avec le VIH, gardez foi en Dieu et aux traitements. Le meilleur reste à venir !

HOMMAGES AUX MEMBRES DU JURY

HOMMAGES AUX MEMBRES DU JURY

A NOTRE MAITRE ET PRESIDENT DU JURY

Professeur Sekou BAH

- **Professeur titulaire en pharmacologie à la FMOS et FAPH ;**
- **PHD en pharmacologie ;**
- **Membre de la société française de pharmacologie et thérapeutique ;**
- **Membre du comité technique de pharmacovigilance ;**
- **Titulaire d'un master en santé communautaire internationale ;**
- **Chef du service de la pharmacie hospitalière au CHU du Point G ;**
- **Doyen à la faculté de pharmacie.**

Cher maître,

Impressionné par la qualité de votre parcours, nous sommes très honorés par la spontanéité avec laquelle vous avez accepté de présider ce jury malgré vos multiples et importantes occupations. La simplicité, la riche culture scientifique, l'amour du travail bien fait et la grandeur de votre humanisme font de vous un maître admirable.

Veillez recevoir ici cher maître l'expression de notre profonde gratitude et notre respect le plus sincère.

A NOTRE MAITRE ET MEMBRE DU JURY

Docteur Sadio Demba SYLLA

- **Pharmacien chef de service de la pharmacie du CSRéf de la Commune VI du district de Bamako ;**
- **Master-2 en suivi évaluation ;**
- **Spécialiste en contrôle des épidémies ;**
- **Secrétaire à l'information du SYNAPHARM.**

Cher Maître,

Nous sommes très honorés de vous avoir dans ce jury. Votre simplicité, votre grande disponibilité, votre sens de la responsabilité nous ont beaucoup marqué durant tout le long de ce travail. Votre dévouement, et votre courage font de vous un Pharmacien très sollicité.

Soyez rassuré cher maître, de notre sincère reconnaissance.

A NOTRE MAITRE ET MEMBRE DU JURY

Docteur Fatoumata DAOU

- **Pharmacien à la pharmacie hospitalière du CHU du Point G ;**
- **Assistant en pharmacologie à la FAPH ;**
- **Pharmacien chargé de la gestion intrants de dialyse et des produits de cession générale au CHU du Point G ;**
- **Candidate au Master en physiologie animale et Nutrition.**

Cher Maitre,

Nous sommes très touchés par votre dynamisme et votre complaisance pour l'accomplissement du travail bien fait. Vos critiques, vos suggestions et votre disponibilité ont été d'un apport capital pour l'amélioration de la qualité de ce travail.

Veillez trouver ici le témoignage de notre profonde gratitude.

A NOTRE MAITRE ET CO-DIRECTEUR

Professeur Mody CISSE

- **Titulaire d'un master en sciences du médicament option Chimie Thérapeutique à l'UCAD ;**
- **Master en Chimie et Biochimie des produits naturels à la faculté de science techniques de l'UCAD ;**
- **Détenteur d'un PhD en Chimie Appliqué (Chimie organique et substances naturelles) ;**
- **Maitre de conférence en Chimie thérapeutique ;**
- **Membre de la société Ouest africain de chimie en 2015 ;**
- **Chargé des stages l'encadrement des étudiants au LNS ;**
- **Responsable de la scolarité et des inscriptions à la FAPH.**

Cher Maître,

Vous nous avez fait honneur de diriger ce travail malgré votre emploi du temps chargé. Votre rigueur scientifique, votre engagement pour la formation et la réussite des jeunes font de vous un maitre sûr et respecté. Nous ne trahisons pas vos espérances.

Trouvez ici le témoignage de notre reconnaissance et de notre profond respect.

A NOTRE MAITRE ET DIRECTEUR DE THESE

Professeur Issa KONATE

- **Médecin spécialiste des Maladies Infectieuses et Tropicales ;**
- **Professeur Titulaire des Maladies infectieuses et tropicales à la faculté de Médecine et d'odonto-stomatologie (FMOS) ;**
- **Diplômé interuniversitaire d'anti biologie et d'antibiothérapie en Afrique subsaharienne ;**
- **Praticien hospitalier au CHU de point G ;**
- **Secrétaire administratif de la Société Malienne des Pathologies Infectieuses (SOMAPI) ;**
- **Membre de la cellule Assurance Qualité de l'université des Sciences Techniques et Technologies de Bamako (USTTB) ;**
- **Membres du groupe de Coordination Multisectorielle de lutte contre les résistances aux antimicrobiens.**

Cher maitre,

Vous nous faites un grand honneur en nous confiant ce travail. Nous avons admiré vos qualités scientifiques, humaines et pédagogiques. Votre gentillesse et votre amour pour le travail bien fait font de vous un homme apprécié. Puisse l'éternel vous accorde une longue vie et une brillante carrière.

ABREVIATIONS

ABREVIATIONS

ABC : Abacavir

ADN : Acide Désoxyribonucléique

AES : Accident d'Exposition Sanguine

ALAT : Alanine Transférase

ARV : Antirétrovirale

ASAT : Aspartate Transférase

ASACO : Association de Santé Communautaire

ASACOMA : Association de Santé Communautaire Magnambougou

ASACONIA : Association de Santé Communautaire de Niamakoro 2

ANIASCO : Association de Santé Communautaire de Niamakoro 1

ASACOBA : Association de Santé Communautaire de Banankabougou

ASACOSE : Association de Santé Communautaire de Senou

ASACOSO : Association de Santé Communautaire de Sogoninko

ASACOFA : Association de Santé Communautaire de Faladiè

ASACOYIR : Association de Santé Communautaire de Yirimadio

ASACOSODIA : Association de Santé Communautaire de Sokorodji – Dianéguéla

ASACOMIS : Association de Santé Communautaire de Missabougou)

ASACOCY : Association de Santé Communautaire du Cité des logements sociaux 1008

ASACOMAI : Association de Santé Communautaire Magambougou projet

ATCD : Antécédent

ATV/r : Atazanavir/ritonavir

ARN : Acide ribonucléique

ARV : Antirétroviraux

AZT : Zidovudine

CESAC : Centre d'Ecoute de Soins d'Accompagnement et de Conseils

CMLN : Comité Militaire de Libération National

CMIE : Centre Médical Inter Entreprise

CCR5 : C-C Chemokine Receptor 5

CXCR4 : Chemokine Receptor 4

CD4 : Cellules de Différentiations 4

CSCOM : Centre de Santé Communautaire

CSRéf : Centre de Santé de Référence

CV : Charge Virale

DTG : Dolutégravir

DDI : Didanosine

EDSM : : Enquête Démographique et de Santé au Mali

EFV : Efavirenz

ELISA : Enzyme Like Immuno Sorbent Assay

IDV : Indinavir

IGG : Immuno Globuline G

IGM : Immuno Globuline M

IMAARV : Initiative Malienne d'Accès aux Anti Rétroviraux

IN : Inhibiteur d'intégrase

INNTI : Inhibiteur Non Nucléosidique de la Transcriptase Inverse

INTI : Inhibiteur Nucléosidique de la Transcriptase Inverse

IMC : Indice de Masse Corporelle

IP : Inhibiteur de Protéase

IVD : Intra-Veineuse Directe

LPV : Lopinavir

NVP : Névirapine

NFS : Numération Formule Sanguine

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

PCR : Polymerase Chain Reaction

PED : Pays en Développement

PVVIH : Personnes Vivants avec le VIH

RTV : Ritonavir

SIDA : Syndrome d'Immunodéficience Acquise

SDSES : Service du Développement Social et de l'Economie Solidaire

SLPFEF : Service Local de la Promotion de la Femme, de l'Enfant et de la Famille

TAF : Ténofovir Alafénamide

TARV : Traitement Antirétroviral

TB : Tuberculose

TDF : Ténofovir Disoproxil Fumarate

USAC : Unité de Soins d'Accompagnement et Conseil

VIH : Virus de l'Immunodéficience Humaine

3TC : Lamivudine

LISTE DES TABLEAUX ET FIGURES

LISTE DES TABLEAUX

Tableau I : Stades cliniques du VIH selon l'OMS (18).	11
Tableau II : table de posologie des ARV pédiatriques (16).	19
Tableau III : Toxicité des antirétroviraux de première ligne et substitution recommandées.	28
Tableau IV : Les options de schémas thérapeutiques.	30
Tableau V : Chronologie de la mise en place des CSCOM et leurs distances par rapport au CSRéf.	37
Tableau VI : Répartition des patients inobservants selon la tranche d'Age.	43
Tableau VII : Répartition des patients inobservants selon le sexe.	43
Tableau VIII : Répartition des patients inobservants en fonction de la résidence.	44
Tableau IX : Répartition des patients inobservants en fonction du statut matrimonial.	44
Tableau X : Répartition des patients inobservants selon le niveau d'étude.	45
Tableau XI : Répartition des patients inobservants selon l'ethnie.	46
Tableau XII : Répartition des patients inobservants selon le motif du test de dépistage.	46
Tableau XIII : Répartition selon le rapport entre la réaction des patients inobservants à l'adhésion au traitement et leur motif du test de dépistage.	47
Tableau XIV : Répartition des patients inobservants selon la prescription ou volontaire du test de dépistage.	47
Tableau XV : Répartition des patients inobservants selon leur réaction d'initier au traitement ARV après l'annonce de leur statut au VIH.	48
Tableau XVI : Répartition des patients inobservants selon l'adhésion au traitement ARV après l'annonce de leur statut au VIH et le sexe.	48
Tableau XVII : Répartition des patients inobservants selon l'adhésion au traitement ARV après l'annonce de leur statut au VIH et le niveau d'étude	49
Tableau XVIII : Répartition des patients inobservants en fonction de IMC.	49
Tableau XIX : Répartition des patients inobservants selon le stade de l'Organisation Mondiale de Santé (OMS).	50
Tableau XX : Répartition des patients inobservants selon les comorbidités.	50
Tableau XXI : Répartition des patients inobservants en fonction du type de VIH.	51
Tableau XXII : Répartition des patients inobservants en fonction du schéma thérapeutique.	51
Tableau XXIII : Répartition des patients inobservants selon la Durée du traitement depuis l'initiation.	52

Tableau XXIV : Répartition des patients inobservants en fonction de la réalisation du taux de CD4.	52
Tableau XXV : Répartition des patients inobservants selon le Stade OMS et le Taux de CD4.	53
Tableau XXVI : Répartition des patients inobservants en fonction de la réalisation de la charge virale au cours du traitement.	53
Tableau XXVII : Répartition des patients inobservants selon les difficultés particulièrement liées à la non prise des ARV.	54
Tableau XXVIII : Répartition des patients inobservants selon le rapport entre le niveau d'étude et le facteur lié à la non observance.	55
Tableau XXIX : Répartition des patients inobservants selon les différents types d'effets secondaires n=10.	55
Tableau XXX : Répartition des patients inobservants selon les méthodes de rappel utilisées.	56
Tableau XXXI : Répartition des patients inobservants selon l'amélioration d'état d'âme après initiation au ARV.	56
Tableau XXXII : Répartition des patients inobservants selon le rapport entre l'amélioration d'état d'âme des patients inobservant après initiation au traitement ARV et les motifs du test de dépistage.	57
Tableau XXXIII : : Répartition des patients inobservants selon la proposition d'amélioration de leur observance.	57
Tableau XXXIV : Répartition des patients inobservants selon leur recommandation de gestion de l'inobservance.	58

LISTES DES FIGURES

Figure 1 : Diagramme schématique en coupe du virion du VIH .	8
Figure 2 : Cycle de réplication du VIH et sites d'action des ARV.	10
Figure 3 : Carte géographique de la commune VI.	38
Figure 4 : Diagramme de Flux.	42
Figure 5 : Répartition des patients inobservants selon la profession.	45

SOMMAIRE

SOMMAIRE

I. INTRODUCTION	1
1. Objectifs	4
II. GENERALITES	6
III. METHODOLOGIE	34
1. Cadre et lieu de l'étude	34
1.1 Présentation du centre de sante de référence de la commune VI du district.....	35
2. Type et période de l'étude.....	38
3. Population de l'étude	38
4. Echantillonnage	39
5. Collecte et Analyse des données.....	39
6. Variables collectées	39
7. Considérations éthiques	40
IV. RESULTATS	42
V. COMMENTAIRES ET DISCUSSION	60
VI. CONCLUSION :	66
VII. RECOMMANDATIONS	68
VIII. REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES	70
IX. ANNEXES	74

INTRODUCTION

I. INTRODUCTION

Le VIH, ou Virus de l'Immunodéficience Humaine, est un type de virus qui cause une maladie appelée SIDA (Syndrome d'Immunodéficience Acquise). L'infection au VIH atteint le système immunitaire, c'est-à-dire les défenses naturelles du corps contre la maladie. Si elle n'est pas traitée, de graves maladies peuvent survenir (1).

Les premiers cas de SIDA ont été décrits aux Etats- Unis d'Amérique en 1981. Trente-trois ans après, la situation reste préoccupante dans les pays en développement (PED), et tout particulièrement en Afrique Subsaharienne (2).

En 2022, 39 millions de personnes vivaient avec le VIH et 1, 3 million de personnes ont été infectées au VIH et 630 000 personnes sont mortes de maladies liées au SIDA dans le monde.

En Europe de l'Est et Asie centrale, 2 millions de personnes vivaient avec le VIH et 48000 personnes sont mortes de maladies liées au SIDA en 2022.

En Afrique orientale et australe 20,8 millions de personnes sont mortes de maladies liées au SIDA en 2022.

Fin décembre 2022 ; 29,8 millions de personnes avaient accès à une thérapie antirétrovirale, une hausse par rapport à 7,7 millions en 2010 (3).

L'observance, définie comme le processus suivant lequel le patient accepte et suit les recommandations du médecin avec régularité, est un marqueur pronostic indiscutable de l'efficacité du traitement antirétroviral (4).

Parmi les patients vivant avec le VIH (PVVIH), seul environ un tiers prend ses médicaments selon la prescription. Cependant même lorsque les patients comprennent pleinement les conséquences de la non-observance au traitement, les taux d'observance ne sont pas optimaux. La bonne observance est un facteur décisif dans le succès du traitement. Contrairement à d'autres maladies chroniques, la vitesse de réplication et la mutation rapide du VIH exigent des niveaux très élevés d'observance (soit = 95%) pour obtenir la suppression durable de la charge virale. La mauvaise observance peut rapidement conduire à la résistance et le virus peut ensuite être transmis à d'autres personnes (5).

Au Mali, la prise en charge du VIH a débuté en 1998 au CESAC avec le système de parrainage des patients du sud (Afrique) par ceux du nord (Occident). L'initiative malienne d'accès aux antirétroviraux (IMAARV) a débuté en novembre 2001 avec 3 sites prescripteurs à Bamako (l'hôpital du Point-G, l'hôpital Gabriel TOURÉ et le CESAC) et un laboratoire de référence, l'institut National de la Santé et depuis mars 2005 le décret N°05 147 P-RM instaurant la gratuité des soins, des ARV, des médicaments, des infections opportunistes et du suivi biologique permettant l'accès de la prise en charge aux plus démunis (6).

La non-observance thérapeutique est plus importante dans le cadre des maladies chroniques avec des conséquences en termes de morbi/mortalité. Elle entraîne des complications médicales et psychosociales, diminue la qualité de vie, augmente la probabilité de développer des pharmaco résistances et provoque un gaspillage des ressources (7).

De nombreuses études expérimentales et d'observations effectuées essentiellement dans les pays développés ont montré l'importance de l'observance comme facteur majeur de l'efficacité thérapeutique. Mills et al. en 2006, dans une méta-analyse, ont trouvé un combiné continental (Afrique et Amérique du nord) de non-observance au traitement antirétroviral de 36%, avec 45% de non-observance en Amérique du Nord et 23% en Afrique (8). En 2007, 22% de non-observance ont été rapportés en Côte d'Ivoire par Eholie et al (9), 13% au Cameroun en 2008 (10).

Au Mali, Samake en 2022 à l'USAC de la commune VI avait eu 140 PVVIH dont 18% de cas inobservant (11). Dembele en 2021 à l'USAC de la commune V avait eu 200 PVVIH dont 8,5% de cas inobservant (12), et Djibo en 2022 avait enregistré 181 PVVIH dont 9,9% de cas d'inobservance dans le service des maladies infectieuses et tropicales du CHU de point G (13). Au CSRéf de la commune VI, depuis l'intégration de la prise en charge des PVVIH dans les activités du centre en 2010, beaucoup d'études ont été faites sur l'évaluation de l'observance thérapeutique au traitement ARV. Cependant l'observance reste toujours un problème majeur à l'USAC du CSREF de la commune VI.

C'est dans ce cadre que nous avons initié cette étude qui consistera à la contribution à l'étude sur l'inobservance thérapeutique chez les PVVIH au service de l'USAC du centre de santé de référence de la commune VI.

OBJECTIFS

1. Objectifs

➤ **Objectif général**

- Contribuer à l'étude sur l'inobservance thérapeutique chez les PVVIH sous traitement ARV à l'USAC de la commune VI.

➤ **Objectifs spécifiques**

- Déterminer la fréquence des PVVIH inobservant au traitement ARV ;
- Déterminer les caractéristiques sociodémographiques des PVVIH inobservant sous traitement ARV à l'USAC de la Commune VI ;
- Identifier les facteurs associés à la non-observance chez les PVVIH ;
- Identifier les molécules utilisées ;
- Identifier le lien entre les PVVIH non observant et leurs inclusions aux ARV.

GENERALITES

II. GENERALITES

1. Définitions des concepts

1.1 Le VIH

Le VIH Le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) est une infection qui attaque le système immunitaire de l'organisme, en particulier les globules blancs appelés cellules CD4+. Le VIH détruit ces cellules, affaiblissant l'efficacité du système immunitaire du patient. Une personne présentant un taux de CD4+ inférieur à 200 est décrite comme ayant le SIDA (syndrome d'immunodéficience acquise) (14).

1.2 Observance thérapeutique

L'observance, définie comme le processus suivant lequel le patient accepte et suit les recommandations du médecin avec régularité, est un marqueur pronostic indiscutable de l'efficacité du traitement antirétroviral (4).

1.3 La mauvaise observance thérapeutique

On définit la non-observance thérapeutique comme l'absence d'adéquation entre les comportements des patients et les prescriptions médicales. Le problème est important, du fait de sa fréquence et de ses conséquences médicales et économiques. Il est en fait révélateur de la relation médecin-malade (15).

2. VIH : Virus l'immunodéficience Humaine

2.1 Historique

C'est en 1983 à l'institut Pasteur de Paris que le virus du VIH-1 a été isolé en tant qu'agent causal du SIDA par Dr Françoise Barré-Sinoussi et Pr Luc Montagnier. Quelques années plus tard, en 1986, un virus similaire au VIH-1 fut cloné et a été nommé VIH-2. Les deux virus se distinguent par leur composition génétique et par leur potentiel pathogène, le VIH-2 causant une pathologie moins importante avec une progression extrêmement lente vers le SIDA (11).

2.2 Épidémiologie

2.2.1 Dans le monde

En 2022, 39 millions de personnes vivaient avec le VIH, 1,3 million de personnes ont été infectées au VIH en 2022 et 630 000 personnes sont mortes de maladies liées au SIDA dans le monde.

Fin décembre 2022, 29,8 millions de personnes avaient accès à une thérapie antirétrovirale, une hausse par rapport à 7,7 millions en 2010 (3).

2.2.2 En Afrique

- ❖ L'Afrique abrite près de 70% des adultes et 80% des enfants vivant avec le VIH dans le monde et a enterré les trois quarts des 20 millions et plus de personnes qui, dans le monde, sont mortes du SIDA depuis le début de l'épidémie.
- ❖ Avec 4,2 millions de personnes infectées, l'Afrique du Sud est le pays du monde qui compte le plus grand nombre d'individus vivant avec le VIH/SIDA et la croissance de l'épidémie y est l'une des plus rapides du globe.
- ❖ L'Afrique de l'Ouest est relativement moins touchée, avec des taux de prévalence inférieurs à 2% dans certains pays.
- ❖ En Afrique du Nord, les données sont insuffisantes, les sites de surveillance au nord et au Sud Soudan indiquent que le VIH se répand dans la population générale.
- ❖ Les taux d'infection en Afrique de l'Est, autrefois les plus élevés du continent, se situent juste au-dessus de ceux de l'Afrique de l'Ouest, mais ont maintenant été dépassés par les taux observés dans le cône austral.
- ❖ Afrique orientale et australe 20,8 millions de personnes sont mortes de maladie liées au SIDA en 2022 (3).

2.2.3 Au Mali

Le premier cas malien de SIDA (VIH1) a été identifié à l'Hôpital Gabriel Touré par l'équipe du Professeur Guindo en 1985, chez un immigré, depuis le nombre de séropositifs ainsi que les Malades au stade SIDA n'ont cessé d'augmenter (16).

Les résultats de la dernière étude de séroprévalence de l'infection à VIH réalisée en 2012 dans la population générale adulte au cours de l'Enquête Démographie et Santé au Mali (EDSM V), ont montré une baisse du taux de prévalence du VIH de 1,3% à 1,1% faisant du Mali un pays à épidémie généralisée du VIH à prévalence basse avec tendance à la stabilisation. Globalement les femmes sont plus touchées que les hommes (respectivement 1,3% et 0,8%).

Les régions : La région de Bamako reste la plus touchée (1,7%), suivie de Ségou 1,2%, Kayes 1,0%, Koulikoro 1,0%, Sikasso 0,8% et Mopti 0,7%.

La séroprévalence chez les adultes reste plus élevée en milieu urbain (1,6%) qu'en milieu rural (0,9%) (11).

2.3 Structure du VIH

Le VIH possède :

- Une enveloppe composée des restes de la membrane de la cellule infectée. Cette enveloppe est recouverte de deux types de glycoprotéines : la première est la gp41 qui traverse la

membrane, la seconde est la gp120 qui recouvre la partie de la gp41 qui sort de la membrane. Une très forte liaison existe entre la gp120 et le récepteur des marqueurs CD4 présent à la surface des cellules CD4+ du système immunitaire. C'est pour cette raison que le VIH n'infecte que des cellules ayant ce récepteur à leur surface, qui sont en très grande majorité les lymphocytes CD4+.

- Un core viral ou nucléocapside, qui inclut une couche de protéine p17 et une couche plus profonde de protéines p24.

- Un génome constitué de deux copies d'ARN simple brin associées à deux molécules de transcriptase reverse (p64) et à d'autres protéines enzymatiques (protéase p10 et intégrase p32) (11).

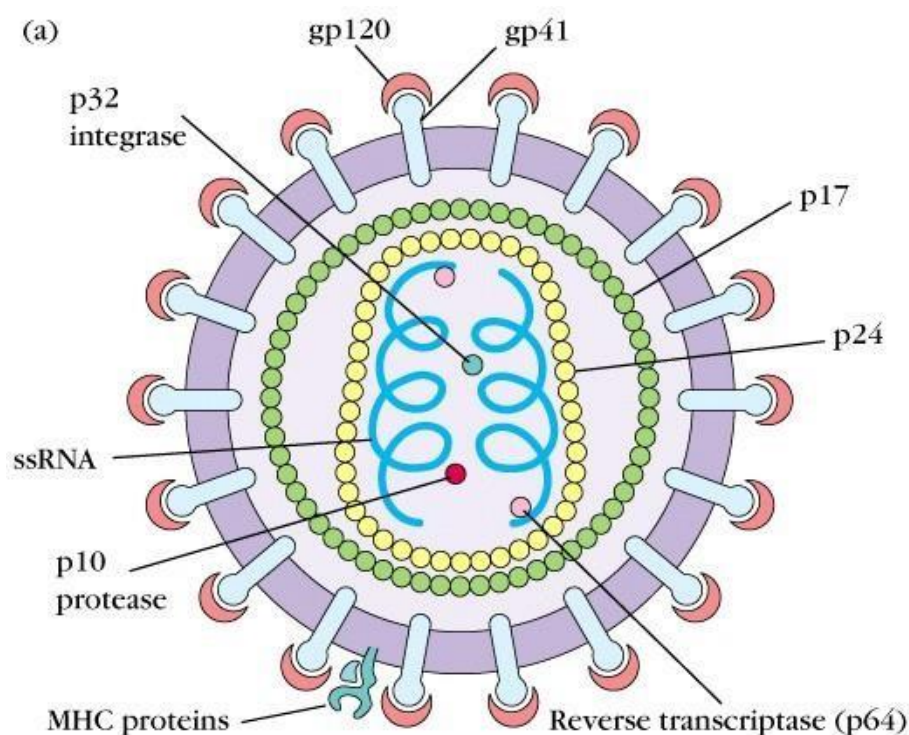


Figure 1 : Diagramme schématique en coupe du virion du VIH (17).

2.4 La variabilité génétique

Il existe deux (2) sérotypes de VIH :

- Le VIH1 : Possède trois (3) sous-groupes (M, N, O), ainsi que les virus recombinants appelés CRF (Circulating Recombinant Forms) et URF (Unique Recombinants Forms).

Le groupe M (majoritaire) regroupe 11 sous types (A à K).

Dans le monde, le sous-type prédominant est le sous-type C ; en France et dans les pays occidentaux le plus récurrent est le sous-type B. Les différents sous-types sont également

capables de se recombinaison (Circulating Recombinant Forms). Le groupe M est responsable de la majorité des infections VIH-1 (18).

Le groupe O : groupe outlier.

Le groupe N : groupe non M et non O.

- Le VIH2 : Possède Six (6) sous-types nommés de A à F.

Le VIH-1 a une distribution mondiale, le VIH-2 est surtout présent en Afrique de l'Ouest (11).

2.5 Mode de contamination

Le VIH se transmet principalement par : (19,20).

- La voie sanguine : C'est la voie la plus directe de transmission. La contamination se fait par transfusion sanguine ou par injection des dérivés sanguins, non contrôlés (sang total, plasma frais, concentré globulaire).
- La voie sexuelle : La voie sexuelle constitue le principal mode de transmission de la pandémie. Le VIH se transmet par relation homo et hétérosexuelle. La transmission hétérosexuelle est celle qui domine dans les pays en voie de développement.
- La voie materno-fœtale : La contamination de l'enfant se fait essentiellement par la transmission mère enfant pendant la grossesse, l'accouchement ou en post natal.

2.6 Physiopathologie

Dès la pénétration du virus au sein des muqueuses, le VIH est transporté vers les organes lymphoïdes proximaux de la porte d'entrée par les cellules dendritiques, où il infecte les cellules cibles lymphocytes T CD4+ (appelés ci-dessous "CD4") par la liaison entre la glycoprotéine d'enveloppe virale gp120 et le récepteur cellulaire CD4, et son corécepteur CCR5 (virus R5) ou CXCR4 (virus X4).

Une fois dans la cellule cible, le virus intègre son matériel génétique dans le génome de la cellule, après rétro transcription de l'acide ribonucléique (ARN) viral en acide désoxyribonucléique (ADN), puis utilise ses trois enzymes (transcriptase inverse, intégrase et protéase) pour compléter son cycle de réplication, fabriquer de nouveaux virions ou s'intégrer dans les cellules quiescentes dites réservoirs. Toutes les étapes de ce cycle constituent des cibles thérapeutiques.

La pathogénie du VIH est la conséquence de l'invasion de l'organisme par voie sanguine ou muqueuse (sexuelle essentiellement), et se traduit par une destruction des CD4 activés et des macrophages soit par atteinte directe (le virus se multiplie à l'intérieur des CD4 et entraîne une lyse cellulaire) soit indirectement par une réaction immunitaire (des CD4 non infectés sont détruits par complexes immuns) (11).

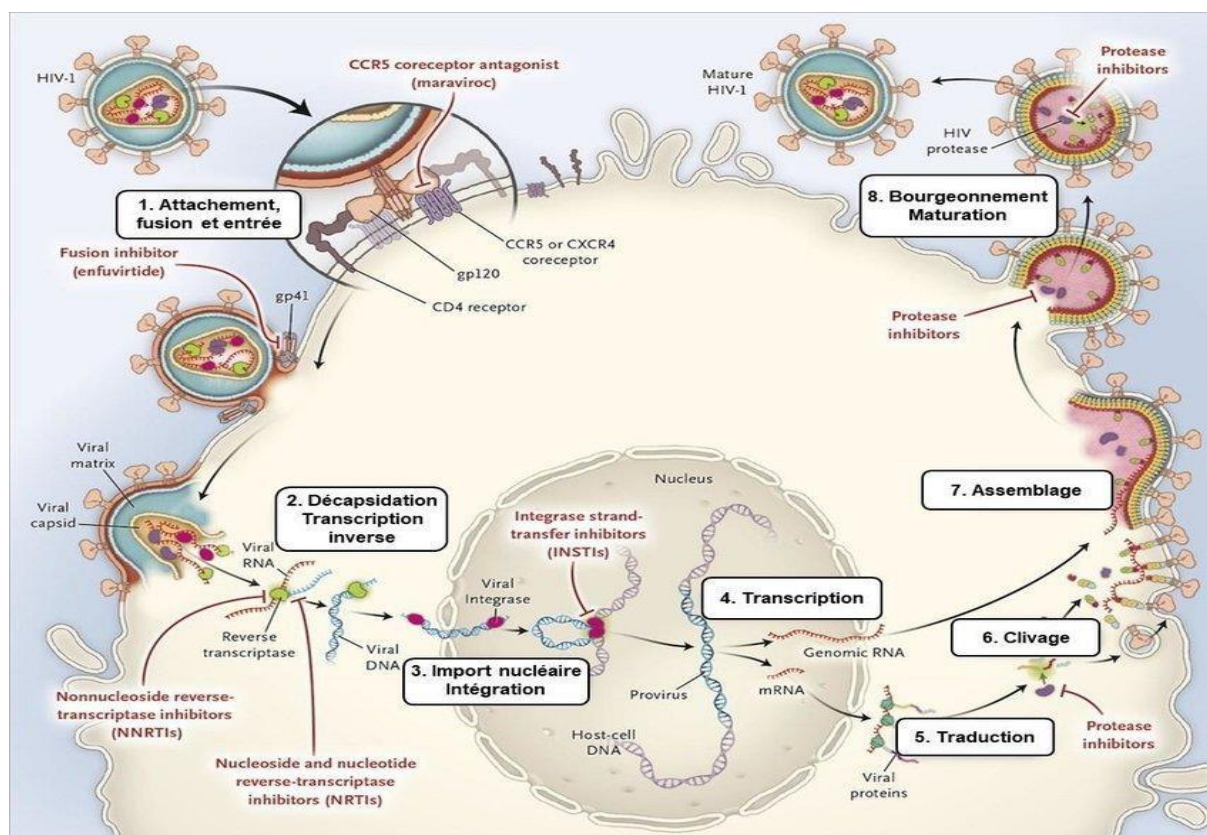


Figure 2 : Cycle de réplication du VIH et sites d'action des ARV (11).

Sans traitement ARV, le profil de l'infection par le VIH était classiquement décrit en trois phases :

- La phase de primo-infection, qui est associée à une réplication virale massive, avec une déplétion rapide et transitoire des CD4.
- La phase chronique, asymptomatique ou pauci symptomatique, durant plusieurs années et pendant laquelle un déficit immunitaire CD4 s'installe progressivement ;
- Le stade SIDA, défini par la survenue d'affections rares et souvent mortelles, principalement de nature infectieuse opportuniste ou tumorale. Cette classification a perdu de l'intérêt au fur et à mesure qu'on connaissait mieux la maladie. La phase dite "chronique" s'est révélée être une phase active, où la réplication virale avait des conséquences en termes d'activation et d'inflammation, elles-mêmes responsables de morbidité, et où la diminution progressive des CD4 exposait à un risque accru de maladies communautaires telles que la tuberculose et les maladies infectieuses invasives, particulièrement fréquentes en Afrique.

2.7 Stades cliniques du VIH

Tableau I : Stades cliniques du VIH selon l'OMS (18).

Stade clinique	Signes cliniques
Stade 1	<ul style="list-style-type: none">- Asymptomatique- Adénopathie persistante généralisée
Stade 2	<ul style="list-style-type: none">- Perte de poids modérée inexplicable (inférieur à 10% du poids présumé ou mesuré)- Infections respiratoires récurrentes- Zona- Ulcérations orales récurrentes, perlèche- Dermite séborrhéique, prurigo- Infections fongiques des ongles onychomycoses
Stade 3	<ul style="list-style-type: none">- Perte de poids sévère (supérieur à 10% du poids corporel présumé ou mesuré)-diarrhée chronique inexplicable de plus d'un mois- Fièvre prolongée inexplicable (intermittente ou constante) de plus d'un mois- Leucoplasie chevelue de la langue, candidose orale-Tuberculose pulmonaire diagnostiquée au cours des deux années précédentes- Infections bactériennes sévères (ex : pneumonies, pyomyosite, infection articulaire ou osseuse, méningite...)- Stomatite/gingivite/périodontite aigue ulcéro-nécrosante- Anémie inexplicable (inférieur à 8g/dl) et/ou neutropénie (inférieur à 500/mm³) et /ou thrombocytopénie (inférieur à 50.000/mm³) pendant plus d'un mois

Stade 4

- Syndrome cachectique
 - Pneumonie à *pneumocystis*
 - Pneumonie bactérienne, récurrente sévère ou radiologique
 - Herpès chronique (orolabial, génital, anorectal de plus d'un mois) -candidose de l'œsophage
 - Tuberculose extra pulmonaire
 - Sarcome de Kaposi
 - Toxoplasmose cérébrale
 - Encéphalopathie à VIH
 - Cryptococcose extra pulmonaire y compris méningite
 - Infection disséminée à mycobactéries non tuberculeuse
 - Candidose de la trachée, des bronches ou des poumons
 - Cryptosporidiose, isosporose
 - Infection herpétique viscérale
 - Infection à cytomégalovirus
 - Leuco encéphalopathie multifocale progressive
 - Mycose disséminée (ex : histoplasmosse, coccidioïdomycose, pénicilliose...)
 - Septicémie récurrente à *Salmonella* non typhi
 - Lymphome (cérébral ou non hodgkinien à cellules B)
 - Cancer invasif du col utérin
 - Leishmaniose viscérale
-
-

2.8 Diagnostic

2.8.1 Le diagnostic biologique

2.8.1.1 Le diagnostic sérologique

- Les tests de dépistage

La détection des anticorps anti-VIH repose sur des tests immuno enzymatiques de type ELISA.

- Le test de confirmation

Le Western-Blot permet la détection des anticorps dirigés contre les différentes protéines du VIH : glycoprotéines d'enveloppe (gp160, gp120, gp41), protéines de core codées par le gène gag (p55, p24, p17) et enzymes codées par le gène pol (p66, p51, p31).

2.8.1.2 La quantification du virus

- La détermination de la charge virale

L'ARN viral plasmatique (charge virale plasmatique), témoin de la réplication virale, peut être quantifiée par amplification génomique (PCR). Le seuil de détection de la technique est actuellement de 20 à 200 copies/ml selon les techniques. La charge virale a une importance capitale dans la surveillance de l'infection VIH :

Elle est un facteur pronostique de l'évolution de l'infection VIH non traitée : plus la charge virale est élevée, plus rapide est la diminution des lymphocytes CD4 et plus élevé est le risque de progression de la maladie,

Elle constitue un élément essentiel de la surveillance d'un traitement antirétroviral (21).

3 Observance thérapeutique

3.1 Mesures de l'observance

Il n'existe pas d'instrument de mesure universelle de l'observance. Plusieurs méthodes ont été décrites dans la littérature médicale avec leurs avantages et leurs inconvénients.

Méthodes dites « Subjectives »

➤ Evaluation par le prescripteur

Rarement utilisée dans les études, cette méthode est peu fiable car dépendante des représentations des médecins et de leur relation avec leur patient.

En effet par exemple, le fait que les prescripteurs aient connaissance des résultats biologiques de leurs patients influence directement leur jugement. En comparant les différents résultats obtenus par cette méthode, avec ceux produits par d'autres mesures plus objectives, l'observance des patients semble être surestimée (15).

➤ Auto questionnaires : (Evaluation par le patient)

Méthode la plus simple et la plus utilisée dans le champ d'étude ; elle se fonde sur la déclaration des patients recueillie soit sur un questionnaire auto administré ou au cours d'un entretien (22). Néanmoins certains biais doivent être pris en considération : des problèmes de mémoire, en particulier lorsque la période considérée porte sur les derniers jours ayant précédé la passation du questionnaire, ou une volonté de « conformisme social » de la part du patient, en particulier lorsque les données sont directement recueillies par l'équipe soignante. Cette méthode semble présenter une bonne fiabilité, bien qu'elle ait tendance à sous-estimer la non observance (manque de sensibilité) (23).

En revanche, elle est très spécifique pour la non observance.

Méthodes dites « objectives » :

➤ Comptage des comprimés :

Le comptage des comprimés emportés et ramenés dans les pharmacies hospitalières paraît plus sensible pour détecter les problèmes de non observance que les auto-questionnaires mais la signification de l'oubli de ramener les boîtes vides à la pharmacie est mal connue (15).

Cette méthode impose également une source d'approvisionnement en médicament unique pour le patient et est difficile à mettre en place en dehors d'essais thérapeutiques spécifiques (11).

➤ Piluliers électroniques : difficile dans la pratique

Il s'agit d'un outil technique, où certains experts biomédicaux espèrent trouver une mesure plus objective de la prise réelle de médicament. Cette technique est plus sensible pour détecter la non observance plus que les deux précédents mais n'est pas à l'abri du détournement de la part des Patients. De plus, la mesure de l'observance avec ce type de méthode risque d'être baissée à cause de l'effet « intervention ».

La mesure par pilulier électronique peut en revanche être utile pour mesurer l'observance de façon plus précise dans les essais cliniques (22).

➤ Marqueurs biologiques :

La charge virale n'est pas le marqueur biologique des comportements d'observance des patients. D'autres facteurs sont associés au succès virologique, comme l'histoire pré thérapeutique du patient, le niveau d'immunodépression lors de l'initiation du traitement, ou encore la puissance de la combinaison anti rétrovirale.

Quant aux dosages pharmacologiques, ils ne peuvent techniquement pas remonter à plus de 72 heures, été donné la demi-vie courte des ARV (à l'exception des inhibiteurs non nucléosidiques). De plus les résultats peuvent différer en fonction de la variabilité

interindividuelle de la concentration plasmatique d'inhibiteur de protéase, due aux différences d'absorption et de métabolisme selon les patients (24).

3.2 Gestion de l'observance

Elle passe par la mise en place des conditions de l'observance en amont de la décision thérapeutique. Il faut évaluer :

- Le niveau de connaissance du patient ;
- Son acceptation de l'infection à VIH et du traitement antirétroviral ;
- Son entourage familial et professionnel ;
- Le contexte socioculturel et la barrière linguistique.

Au moment de la prescription le praticien doit :

- Exposer correctement les objectifs du traitement ;
- Indiquer les effets indésirables possibles ;
- Adapter le traitement au patient et non l'inverse ;
- Développer une collaboration multidisciplinaire impliquant le médecin, le pharmacien, l'infirmier, l'assistant social, le psychologue et les médiateurs (24).

Pour améliorer l'observance :

Il faut nécessairement la mise en place des séances d'éducation thérapeutique car elles permettent aux patients d'adhérer au traitement.

L'éducation thérapeutique étant un ensemble d'activités d'information, de conseil et d'apprentissage permettant au patient de mobiliser des compétences et des attitudes dans le but qu'il vive le mieux possible sa vie avec sa maladie et son traitement (24).

3.3 Facteurs de l'observance

Dans les pays à ressources limitées, les obstacles à l'observance sont récurrents et dépendants encore plus des contextes politique, économique, et social.

De nombreux facteurs influencent le degré d'observance du patient :

- La complexité des traitements (nombre élevé de comprimés et horaires difficiles à respecter)
- Les représentations et les connaissances que le patient possède sur sa maladie ;
- Les compétences qu'il développe pour gérer son traitement de façon autonome ;
- Son état psychologique ou sa manière de faire face à la maladie ;
- La qualité de son environnement social ;
- Ses moyens économiques ;
- Les moyens mis en œuvre par les soignants pour accompagner et aider le patient dans la prise en charge (23).

4 Les antirétroviraux

4.1 Définition :

Les antirétroviraux constituent un ensemble de médicaments anti-infectieux actifs sur les virus du syndrome de l'immunodéficience acquise (VIH1 et VIH2). Les ARV bloquent la multiplication du virus, mais ne le tuent pas (25).

4.2 Classification :

Les antirétroviraux actuels agissent au niveau des trois enzymes nécessaires à la réplication du VIH et à l'entrée du virus dans la cellule par :

- Inhibition de la fusion entre le virus et la membrane cellulaire.
- Inhibition de la transcriptase inverse : enzyme permettant la synthèse d'ADN complémentaire à partir de l'ARN viral. Cette famille regroupe les inhibiteurs nucléosidiques et les inhibiteurs non nucléosidiques de la transcriptase inverse.
- Inhibition de l'intégrase, enzyme nécessaire à l'intégration de l'ADN viral au sein de l'ADN chromosomique des cellules hôtes.
- Inhibition de la protéase, enzyme nécessaire au clivage des précurseurs polypeptidiques.
- Inhibition des corécepteurs CCR5 du VIH (26).

4.2.1 Les Inhibiteurs de la transcriptase Inverse :

Ils agissent sur l'enzyme permettant la synthèse d'ADN pro viral à partir de l'ARN viral, étape précédant son intégration dans le génome de la cellule hôte.

4.2.1.1 Les inhibiteurs nucléosidiques et nucléotidiques de la transcriptase inverse :

□ Mécanisme d'action

En se liant à la transcriptase inverse, ils entrent en compétition avec les nucléosides naturels conduisant à l'interruption de l'élongation de la chaîne d'ADN pro viral ; l'ADN qui en résulte est incomplet et ne peut créer de nouveaux virus.

Nucléosidiques : sont des prodrogues. Une triple phosphorylation intranucléaire est nécessaire à leur activité antivirale.

Exemple : Zidovudine (AZT), Lamivudine (3TC), Abacavir (ABC).

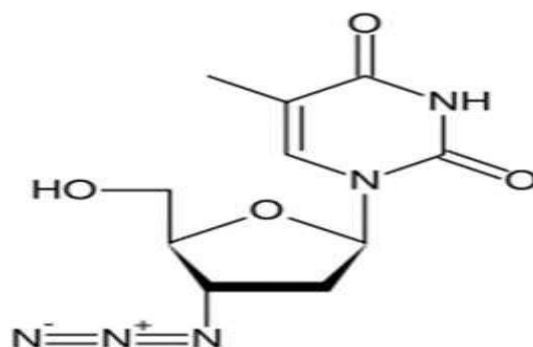
Les Nucléotidiques : ont des nucléotides liés à une molécule d'acide phosphorique (nucléotide = nucléoside + acide phosphorique). Ils présentent par ailleurs, une action sur l'ADN polymérase α ; β et Ψ humain à des concentrations souvent très supérieures à celles efficaces sur l'ADN polymérase virale (11).

Exemple : Ténofovir (TDF).

4.2.1.1.1 Présentation de quelques molécules ARV (24).

- Zidovudine

Spécificité : Rétrovir®



Structure chimique : Zidovudine

Formule moléculaire : C₁₀H₁₃N₅O₄

Forme pharmaceutique

- comprimé 300 mg,
- solution buvable dosée 50 mg/5 ml ou 10mg/ml,
- gélule : 100mg, 250mg.
- comprimé dispersif 60mg (24).

Indication

Elle est indiquée dans le traitement :

- de l'infection à VIH chez l'adulte et chez l'enfant en association avec d'autres ARV,
- prophylaxie après exposition,
- prévention de la transmission materno-fœtale (11).

Posologie

Administration sans contrainte alimentaire

- Adulte et adolescent

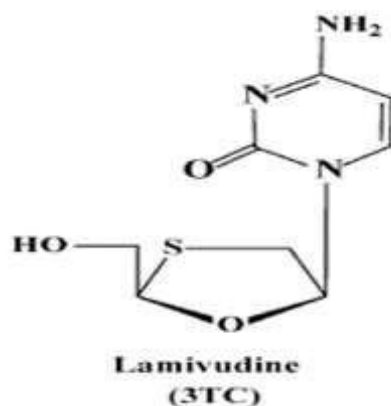
Pesant plus de 30 kg : 250 à 300mg 2 fois par jour.

- Enfant 180 à 240 mg /m²/dose 2 fois/jour.
- Femmes enceintes, après 14 semaines d'aménorrhée 500 mg/jours soit (100 mg cinq fois/jour) administré par voie orale jusqu'au déclenchement du travail. Pendant le travail et l'accouchement, 2 mg/kg de poids corporel en IVD pendant 1 heure, puis 1 mg/kg/h par perfusion intraveineuse jusqu'au clampage du cordon ombilical (24).

- Lamivudine

Spécialité : Epivir®

Formule moléculaire : $C_8H_{11}N_3O_3S$ (24).



Structure chimique : Lamivudine

Forme pharmaceutique

- comprimé à 150 mg boîte de 60,
- comprimé dosé à 300 mg boîte de 30,
- solution buvable à 10 mg/ml flacon de 240 ml (24).

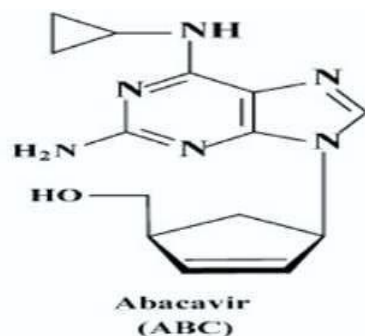
Posologie

- Adulte et adolescent 150 mg 2 fois /jour ou 300 mg/jour en prise unique.
- Enfants 3 à 12 mois : 4 mg / kg (jusqu'à 150mg x 2), 2 fois/jour, 14 kg à moins de 20 kg : 150 mg/jour ou 75 mg x 2/jours, 20 kg à moins de 25kg : 225 mg /jour ou 75 mg le matin et 1cp de 150 mg le soir (24).

Administration, elle se fait par voie orale au cours ou en dehors des repas (24).

- Abacavir

Spécialité : Ziagen®



Structure chimique : Abacavir

Formule moléculaire : $C_{14}H_{18}N_6O$

Forme pharmaceutique

- capsule à 300mg, 60 mg comprimé dispersif,
- solution buvable à 20 mg/ml,
- formes combinées avec 3TC ou avec 3TC+AZT (24).

Posologie

- Adulte 600mg /j, soit un 1 comprimé à 300 mg matin et soir.
- Adolescent de plus de 12 ans 16mg/kg/j en 2 prises (24).
- Enfant de moins de 12 ans. Voir table de posologie des ARV pédiatriques ci-dessous (16).

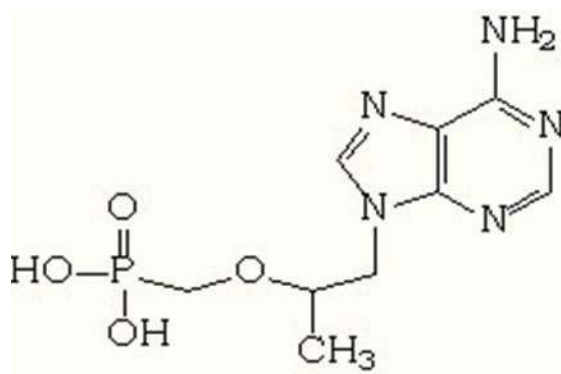
Tableau II : table de posologie des ARV pédiatriques (16).

Poids	Solution buvable à 20 mg/ml	Comprimé à 300 mg
5 à 6 kg	2,5 ml x 2	-
7 à 9 kg	3 ml x 2	-
10 à 14 kg	5 ml x 2	-
15 à 19 kg	7 ml x 2	½ Comprimé x2
20 à 24 kg	9 ml x 2	½ Comprimé x 2
25 à 29 kg	11 ml x 2	1 comprimé matin - ½ comprimé soir
30 à 39 kg	13 ml x2	1 comprimé x 2
Au de las de 40 kg	15 ml x2	1 comprimé x 2

- Tenofovir

Spécialité : Viread®

Formule moléculaire : $C_9H_{14}N_5O_4P$



Structure chimique : Ténofovir

Forme pharmaceutique

- Comprimés à 300 mg.
- Forme combinée : Lamivudine etc (24).

- Posologie

300mg x 1/jour à prendre au milieu d'un repas (24).

Propriétés pharmacocinétiques

La biodisponibilité orale est d'environ 25% à jeun. La demi-vie intracellulaire est de 40 à 50 heures, autorisant une seule prise par jour. Il est éliminé sous forme inchangée (70-80%) par le rein (24).

Effets secondaires

- hypophosphoremie modérée et fluctuante
- Exceptionnellement un syndrome de FANCONI (24).

4.2.2 Les inhibiteurs non nucléosidiques de la transcriptase inverse (INNTI)

□ Mécanisme d'action

De structure chimique différente des analogues nucléosidiques, ces composés sont des inhibiteurs puissants et très sélectifs de la transcription du VIH-1. Ils sont inactifs sur le VIH-2. A la différence des analogues nucléosidiques, les INNTI inhibent la reverse transcriptase de façon non compétitive, en se fixant directement sur le site catalytique de l'enzyme. Pour être actifs, ils ne nécessitent pas de modification chimique, en particulier pas de phosphorylation préalable. Ces produits peuvent présenter une activité anti-rétro virale importante mais ils se caractérisent tous par l'émergence rapide de résistance en situation d'échec virologique pour les molécules de première génération.

✓ Les différentes molécules

➤ Première génération

- Névirapine (NVP) ;

- Efavirenz (EFV) ;
- Delavirdine ;
- Deuxième génération
- Etravirine

N.B. : Les deux premières molécules sont utilisées au Mali

4.2.2.1 Présentation de quelques molécules ARV (24).

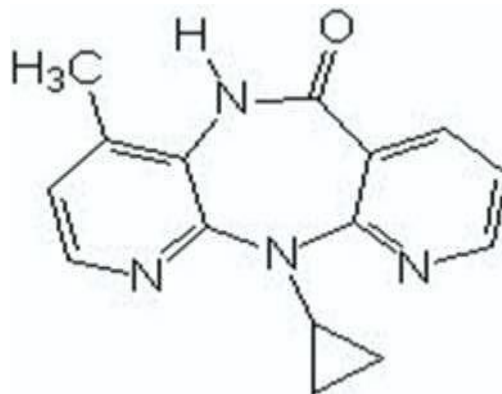
- **Névirapine**

Premier INNTI commercialisé aux Etats-Unis

Spécialité : Viramune®

Structure chimique :

Formule moléculaire : C₁₅H₁₄N₄O



Structure chimique : Névirapine

Indication

Traitement du VIH1 chez l'adultes, enfants et adolescents, ainsi que la prévention de la transmission mère enfant.

Contre-indication

- Hypersensible à la NVP ou à l'un des excipients,
- Insuffisance hépatique sévère.

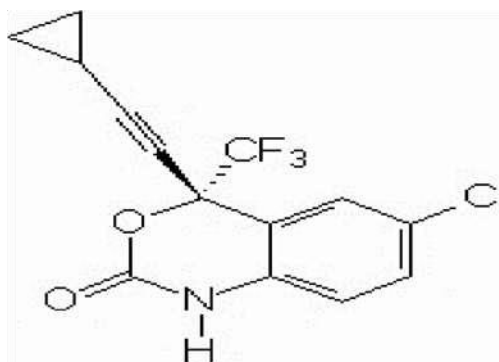
Pharmacocinétique

- Facilement absorbé après administration orale (> 90 %) ;
- Lipophile ;
- Fortement métabolisé par le système oxydatif du cytochrome P450, donnant naissance à plusieurs métabolites hydroxylés ;
- Demi-vie plasmatique de 25-30 heures ;
- Elimination urinaire à 80% et fécale 10%.

b. Efavirenz

Spécialité : Sustiva®

Formule moléculaire : $C_{14}H_9ClF_3NO_2$



Structure chimique : Efavirenz.

Indication

Traitement de l'infection à VIH1 chez l'adulte, adolescent et l'enfant de plus de 3 ans.

Contre-indication

- Hypersensibilité à l'EFV ;
- Insuffisance hépatique sévère ;
- Grossesse (évaluer le bénéfice/risque tératogène).

Pharmacocinétique

- Biodisponibilité supérieure à 90% ;
- Demi-vie plasmatique varie entre 40 et 55 heures ;
- Métabolisme par le cytochrome P450 ;
- Excrétion est de 14-34% urinaire et 16-61% fécale.

Précaution d'emploi

- Survenue d'effets indésirables cutanés,
- Transaminases hépatiques : tous les 15 jrs pendant les 2 premiers mois, - glycémie, triglycéride, cholestérol,
- Traitements concomitants hépatotoxiques,
- Insuffisance rénale sévère (24).

4.2.3 Les inhibiteurs de protéase

Leur découverte en 1996 a constitué un élan important dans la prise en charge thérapeutique des personnes vivant avec le VIH et le Sida.

□ Mécanisme d'action des IP

Les IP du VIH agissent au niveau du processus d'assemblage des protéines virales nouvellement synthétisées en utilisant l'action d'une enzyme clé qui est la protéase. Ils ont tous un métabolisme prenant la voie des cytochromes P450. Ils induisent des interactions médicamenteuses avec des produits utilisant les mêmes voies métaboliques comme la rifampicine. La protéase du VIH clive les polypeptides précurseurs permettant de générer les protéines structurales et enzymatiques du virion. En présence des antis protéases, des virions immatures sont produits, lesquels sont incapables d'infecter de nouvelles cellules. Les IP sont actifs également sur les lymphocytes T CD4 activés et sur les cellules présentatrices d'antigènes telles que les macrophages.

□ **Les différentes molécules**

- Indinavir (IDV) retiré du marché ;
- Ritonavir(RTV) ;
- Nelfinavir (NFV) ;
- (Lopinavir+Ritonavir) en une molécule fixe (LPV/RTV) ;
- Atazanavir ;
- Amprénavir ;
- Saquinavir ;
- Fosamprénavir ;
- Tipranavir ;
- Darunavir ;

4.2.4 Inhibiteur de la fusion

L'Enfuvirtide

□ **Mécanisme d'action**

Il bloque une nouvelle étape du cycle viral en empêchant la pénétration du virus dans la cellule. Il se présente sous forme injectable avec une biodisponibilité de 70-100%.

4.2.5 Inhibiteur du CCR5

L'inhibition du corécepteur CCR5 du VIH, qui est également un récepteur de chimiokines, constitue une nouvelle approche thérapeutique antirétrovirale. De petites molécules antagonistes inhibent de façon non compétitive le corécepteur CCR5 du VIH, qui est essentiel à l'entrée du virus dans la cellule (27).

□ **Molécules**

- Aplaviroc (GlaxoSmithKine),
- Vicriviroc (Schering-Plough),
- Maraviroc (Pfizer).

Le développement de l'aplaviroc a été interrompu pour hépatotoxicité.

4.2.6 Inhibiteur de l'intégrase

Les inhibiteurs de l'intégrase constituent une nouvelle classe d'agents antirétroviraux qui bloquent l'activité de l'intégrase du VIH. Les inhibiteurs de l'intégrase sont actifs sur les virus résistants aux inhibiteurs nucléosidiques de la transcriptase inverse (INTI), aux inhibiteurs non nucléosidiques de la transcriptase inverse (INNTI), aux inhibiteurs de la protéase (IP) et aux inhibiteurs d'entrée. Comme mode d'action, il bloque l'intégration de l'ADN pro viral dans l'ADN chromosomique de la cellule infectée et ainsi d'empêcher la réplication virale (28).

□ Molécules :

Dolutégravir

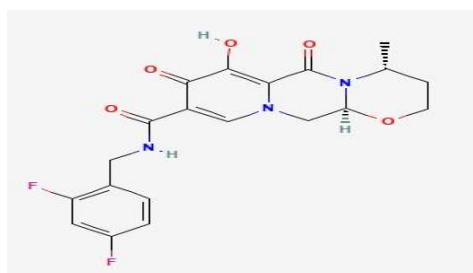
Raltégravir

L'Elvitegravir

4.2.6.1 Présentation de quelques molécules d'ARV

- Le Dolutégravir

La classe des inhibiteurs de l'intégrase du VIH a désormais une place de choix dans les combinaisons préférentielles recommandées en première ligne chez les personnes vivant avec le VIH, et ce du fait de leur puissance virologique de leur excellente tolérance clinique, métabolique, pharmacologique, et une meilleure barrière génétique contre la résistance du VIH (24).



Structure chimique : Dolutégravir

Formule moléculaire : $C_{20}H_{19}F_2N_3O_5$ (22).

□ Mécanisme d'action :

Le dolutégravir se lie au site actif de l'intégrase, une enzyme du VIH qui catalyse le transfert du matériel génétique viral dans les chromosomes humains. Cela empêche l'intégrase de se lier à l'acide désoxyribonucléique (ADN) rétroviral et bloque l'étape de transfert de brins, essentielle au cycle de réplication du VIH (22).

□ **Posologie**

Cette nouvelle molécule a pour avantage, par rapport aux autres représentants de sa classe, une administration en une prise par jour de 50mg sans contraintes alimentaires et ne nécessitant pas de potentialisation (29).

□ **Efficacité**

Le dolutégravir a montré son efficacité tant en 1re ligne que chez des patients prétraités, avec une très bonne tolérance clinique et biologique (29).

4.3 Traitement antirétroviral

4.3.1 Objectif

L'objectif du traitement antirétroviral est de rendre et maintenir durablement la charge virale indétectable afin de restaurer l'immunité, permettant d'augmenter l'espérance de vie, d'améliorer la qualité de vie des patients et prévenir la transmission du VIH (6).

4.3.2 Principes

- Il s'agit d'un traitement à vie, qui nécessite une excellente observance de la part des patients et un suivi régulier par le personnel soignant et par les organisations communautaires ;
- Le traitement antirétroviral est une multi thérapie associant généralement un inhibiteur d'intégrase ou un inhibiteur de protéase (IP) à :
 - Deux inhibiteurs nucléosidiques/nucléotidiques de la transcriptase inverse (INTI)
 - Ou un inhibiteur non nucléosidique de la transcriptase inverse (INNTI)
 - Et / ou d'autres classes thérapeutiques.
- Les combinaisons thérapeutiques fixes doivent être privilégiées pour favoriser l'observance et diminuer le coût de la prise en charge ;
- Les molécules utilisées doivent figurer sur la liste des médicaments essentiels du Mali ou bénéficier d'une autorisation spéciale de mise sur le marché et doivent être nécessairement pré-qualifiées par l'OMS ;
- Le traitement prendra en compte la prise en charge des comorbidités ;
- Les médicaments efficaces, à faible toxicité sont privilégiés ;
- L'intégration du traitement prophylactique de préexposition dans l'arsenal thérapeutique ;

- Le traitement prendra en compte la bonne palatabilité des produits ;
- L'harmonisation des régimes entre les différents groupes d'âge et les populations différentes (6).

Protocoles thérapeutiques antirétroviraux chez l'adulte et l'adolescent Indications du traitement antirétroviral

Le traitement antirétroviral est indiqué dès la découverte du statut VIH positif.

- Le Traitement ARV est initié immédiatement pour les patients des stades OMS I ou II.
- Il est différé de 7 jours maximum pour les patients des stades OMS III et IV.

Dans tous les cas, le traitement ARV doit être initié dans un délai maximum de 7 jours.

Pour l'initiation au TARV le prestataire doit s'assurer des conditions suivantes :

- Acceptabilité du statut ;
- Informations maximum sur le traitement ;
- Acceptabilité du traitement.

Un bilan biologique minimum (NFS, créatinémie, protéinurie, glycémie, ALAT/ASAT, CD4) sera demandé sans toutefois attendre les résultats pour l'initiation du TARV.

PRISE EN CHARGE

La prise en charge des patients initiant le Traitement ARV se fera par un paquet de soins adapté au statut clinique des PVVIH (6).

Chez les patients précoces asymptomatiques (Stades I et II OMS), le paquet de soins comprend :

- La santé sexuelle et reproductive ;
- Le diagnostic et la prise en charge de la santé mentale ;
- Accompagnement psychologique et social ;
- L'éducation nutritionnelle ;
- L'éducation thérapeutique ;
- Le diagnostic et la prise en charge des Maladies Non Transmissibles ;
- Le screening de la tuberculose et la chimio prophylaxie primaire par le Cotrimoxazole (CTX) et l'Isoniazide (INH) ou Isoniazide/Rifapentine (HP).

Chez les patients à un stade avancé (Stades III et IV OMS)

Le paquet de soins comprend en plus :

- Le screening pour la TB : GeneXpert, Urine-LAM chez les patients symptomatiques ;
- Le dépistage de l'infection cryptococcique par l'antigène cryptocoque (CrAg), le traitement préventif de la cryptococcose par fluconazole si CrAg-positif sans évidence de méningite ;
- La chimioprophylaxie primaire par le CTX et l'INH ;
- L'éducation thérapeutique (6).

SCHÉMAS THÉRAPEUTIQUES

Est considéré comme schéma de première ligne :

- Tout schéma de première intention prescrit chez un sujet naïf de tout traitement antirétroviral.
- Toute substitution en cas d'intolérance par exemple, est aussi considérée comme un schéma alternatif de première ligne. Est considéré comme schéma de deuxième ligne tout schéma prescrit après échec thérapeutique de 1ère ligne (6).

SCHÉMAS DE PREMIÈRE LIGNE

SCHÉMAS DE PREMIÈRE LIGNE POUR LE VIH1

- **CHEZ LES ADULTES ET ADOLESCENTS**

Ils associent deux inhibiteurs nucléosidiques/nucléotidiques de la transcriptase inverse (INTI) et un inhibiteur d'intégrase.

Le schéma PREFERENTIEL est le suivant :

Ténofovir (TDF) + Lamivudine (3TC) + Dolutégravir (DTG)

Le schéma ALTERNATIF est le suivant :

Ténofovir (TDF) + Lamivudine (3TC) + Efavirenz (EFV) 400

CHEZ LES ADOLESCENTES ET FEMMES EN ÂGE DE PROCRÉER

- Les adolescentes et les femmes en âge de procréer sous une contraception efficace.

Le schéma PREFERENTIEL est le même que celui des adultes et adolescents.

- Les adolescentes et les femmes en âge de procréer ayant des difficultés d'accès à la contraception ou ayant un désir d'enfant (procréation). Il leur sera proposé le **schéma ALTERNATIF** suivant :

Ténofovir (TDF) + Lamivudine (3TC) + Efavirenz (EFV) 400

Tableau III : Toxicité des antirétroviraux de première ligne et substitution recommandées.

ARV 1^{ère} LIGNE	TOXICITE LA PLUS FREQUENTE	MOLECULE EN SUBSTITUTION
DTG	Trouble neurologiques	Raltégravir
TDF	Toxicité rénale	TAF
EFV	Troubles neuropsychiatriques persistants	DRV(Darunavir)/r

REMARQUE :

- ✓ Ne pas utiliser le Ténofovir en cas d'insuffisance rénale (IR) ;
- ✓ La prise du DTG peut entraîner :
 - Des céphalées : prescrire un antalgique de palier I ;
 - La diarrhée : prescrire un traitement symptomatique ;
 - Une augmentation de la concentration de la Metformine : prendre en compte lors du traitement chez les diabétiques ; Il existe un risque de diminution de concentration du DTG lié aux interactions avec les antiacides, le magnésium et les laxatifs. Ceci nécessite la prise du DTG, 2 heures avant ou 6 heures après ces médicaments (6).

SCHEMA DE PREMIERE LIGNE POUR LE VIH-2 OU CO-INFECTION VIH-1+VIH-2 OU VIH-1 DU GROUPE O

Le choix thérapeutique exclut les inhibiteurs non nucléosidiques de la transcriptase inverse qui ne sont pas efficaces sur le VIH-2 ou sur VIH-1 de groupe O.

On utilisera les schémas thérapeutiques associant des inhibiteurs nucléosidiques/nucléotidiques de la transcriptase inverse (INTI) à un inhibiteur d'intégrase (IIN) ou un inhibiteur de protéase boosté (IP/r) (6).

CHEZ LES ADULTES ET ADOLESCENTS

Le traitement ARV associe deux inhibiteurs nucléosidiques/nucléotidiques de la transcriptase inverse (INTI) et un inhibiteur d'intégrase.

Le **schéma PREFERENTIEL** est le suivant :

Ténofovir (TDF) + Lamivudine (3TC) + Dolutégravir (DTG)

Le **schéma ALTERNATIF** est le suivant :

Ténofovir (TDF) + Lamivudine (3TC) + Raltégravir (RAL) (6)

CHEZ LES ADOLESCENTES ET FEMMES EN ÂGE DE PROCRÉER

✓ Les adolescentes et les femmes en âge de procréer sous une contraception efficace :

Le schéma PREFERENTIEL est le même que celui des adultes et adolescents.

✓ Les adolescentes et les femmes en âge de procréer ayant des difficultés d'accès à la contraception ou ayant un désir d'enfant (procréation).

Il leur sera proposé le **schéma ALTERNATIF** suivant :

Ténofovir (TDF) + Lamivudine (3TC) + Raltégravir (RAL)

TRAITEMENT DE DEUXIEME LIGNE

Il est indiqué chez un patient en échec thérapeutique documenté (Cf. chapitre échec thérapeutique). Chez un patient en échec thérapeutique, il est recommandé de renforcer l'observance avant d'envisager tout changement de ligne thérapeutique.

Gestion de l'échec de 1ère ligne chez l'adulte et l'adolescent :

Si la CV plasmatique est supérieure ou égale à 1000 copies/ml :

Vérifier et renforcer l'observance ;

Contrôler la CV trois mois plus tard.

Si la charge virale revient inférieure à 1000 copies/ml, maintenir le traitement de 1ère ligne.

Si la charge virale reste supérieure ou égale à 1000 copies/ml, modifier le traitement dès que possible et passer en 2ème ligne.

NOTE : Ces directives seront alignées sur celles de l'OMS en cas de revue du seuil de détectabilité de la charge virale (6).

LES SCHEMAS PROPOSÉS EN DEUXIEME LIGNE THÉRAPEUTIQUE

Le schéma de 2ème ligne doit inclure au moins 2 nouvelles molécules dont l'une issue d'une famille différente des familles utilisées en première ligne. La Lamivudine (3TC) doit être toujours maintenue en 2ème ligne. En cas d'échec thérapeutique confirmé VIH1 ou VIH2 de la 1ère ligne, le schéma préférentiel de deuxième ligne suivant est recommandé :

- 2 inhibiteurs nucléosidiques/nucléotidiques de la transcriptase inverse + 1 inhibiteur de protéase boosté, les IP préférentiels sont : Darunavir/ritonavir(DRV/r), Atazanavir/ritonavir (ATV/r) ou Lopinavir/ritonavir (LPV/r) (6).

TRAITEMENT DE TROISEME LIGNE

Il est indiqué chez les patients sous traitement ARV en échec de 2^{ème} ligne de traitement.

GESTION DES ECHECS DE 2^{ème} LIGNE CHEZ L'ADULTE ET L'ADOLESCENT

Si la CV plasmatique est supérieure ou égale à 1000 copies/ml :

- Vérifier et renforcer l'observance ;

- Contrôler la CV trois mois plus tard.

Si la charge virale revient inférieure à 1000 copies/ml, maintenir le traitement de 2ème ligne.

Si la CV plasmatique est toujours supérieure ou égale à 1000 copies/ml, modifier le traitement dès que possible en tenant compte du résultat du test de résistance :

- En cas d'absence de mutations de résistance : maintenir le schéma et renforcer l'observance au traitement ;
- En cas de présence de mutations de résistance : le dossier est discuté en réunion du comité scientifique qui décide de la mise sous traitement ARV de 3ème ligne. L'observance doit toujours être renforcée ;
- La prescription et la dispensation des ARV de 3ème ligne chez les adultes et les adolescents se feront au niveau des CHU (Gabriel Touré et Point G) et le CESAC Bamako (6).

Tableau IV : Les options de schémas thérapeutiques.

SCHEMAS 1ère LIGNE	SCHEMAS 2ème LIGNE	SCHEMAS DE 3ème LIGNE
TDF + 3TC + DTG	AZT + 3TC + ATV/r (ou LPV/r)	DRV/r + DTG (50 mg toutes les 12heures) + ABC/3TC ou ABC
TDF + 3TC + EFV 400	AZT + 3TC + DTG	DRV/r + DTG (50 mg toutes les 12 heures) + 1 ou 2 INTI*
TDF + 3TC + RAL	AZT + 3TC + ATV/r	DRV/r + DTG (50 mg BID) + 1 ou 2 INTI*

5. L'inobservance thérapeutique

5.1 Les conséquences de l'inobservance thérapeutique

- ✓ Augmentation de la charge virale ;
- ✓ Diminution des lymphocytes TCD4 ;
- ✓ Réapparition des infections opportunistes et donc augmentation de la mortalité et de la morbidité ;
- ✓ Apparition des résistances ;
- ✓ Echec du traitement antirétroviral ;
- ✓ Aggravation de la maladie (23).

5.2 Différents modes de l'inobservance identifiés

- ✓ Absence de prise médicamenteuse ;
- ✓ Prise injustifiée ;
- ✓ Erreur de dose ;
- ✓ Erreur dans l'horaire de la prise ;

- ✓ Prise de médicaments non prescrits par le médecin ;
- ✓ Partage des médicaments ;
- ✓ Diminution volontaire du nombre de prises ou de comprimés ;
- ✓ Prise de médicaments par excès (23).

5.3 Déterminants de l'inobservance

➤ Facteurs liés au malade

- ✓ Accessibilité financière des médicaments ;
- ✓ Accessibilité géographique des traitements ;
- ✓ Analphabétisme ;
- ✓ Précarité logement, lieu de travail ;
- ✓ Promiscuité (repas, endroit pour garder les médicaments) ;
- ✓ Représentation sociale, culturelle et religieuse de la maladie ;
- ✓ Développements, voyages sans anticipation ;
- ✓ Recours au tradipraticien (15,23).

➤ Facteurs liés au traitement

- ✓ Complexité du traitement ;
- ✓ Obligations alimentaires (horaires de prises par rapport aux repas) ;
- ✓ Effets indésirables ;
- ✓ Traitements associés (exemple : antituberculeux) ;
- ✓ Présentation, goût des médicaments (15).

Parmi ces facteurs, il y a ceux liés à l'entourage et d'autres aux acteurs de la santé. Confidentialité, stigmatisation, discrimination, rejet, soutien et réseau de solidarité sont des facteurs liés à l'entourage qui influence le suivi des Personnes Vivant avec le VIH. Et, niveau de connaissance sur le VIH et les ARV, informations insuffisantes, inadaptées ou contradictoires, absence de conviction et d'implication, charge de travail, indisponibilité, manque de motivation, relation soignant-soigné et la gestion de la confidentialité de la part du personnel influent aussi sur la prise en charge des PVVIH (23).

6. L'échec thérapeutique

L'échec thérapeutique peut être défini comme toute charge virale supérieure à 1000 copies/ml après au moins 6 mois de traitement ou l'absence de contrôle viral pouvant être due à une mauvaise observance ou à une résistance du virus de l'Immunodéficience Humaine (VIH) à une ou plusieurs molécules antirétrovirales.

Les patients qui ont interrompu le traitement ARV avaient plus de risque d'être en échec thérapeutique. Cette inobservance a eu des répercussions se traduisant par un échec de prise

en charge par rapport à la population en succès thérapeutique et en tenant compte qu'une mauvaise observance du traitement favorise la résistance du VIH au traitement ARV (30).

METHODOLOGIE

III. METHODOLOGIE

1. Cadre et lieu de l'étude

L'étude s'est déroulée à l'unité de soins d'accompagnements et de conseils (USAC) du Centre de Santé de Référence de la Commune VI du district de Bamako.

1.1 Généralistes sur la commune VI du district de Bamako

La Commune VI fut créée en même temps que les autres communes du district de Bamako par l'ordonnance 78-34/CMLN du 18 Août 1978 et est régie par les textes officiels suivants :

- l'ordonnance N°78-34/CMLN du 28 Août 1978 fixant les limites et le nombre des communes ;

-la loi N°93-008 du 11 Février 1993 déterminant les conditions de la libre administration des collectivités territoriales ;

Les quartiers de la rive droite ont connu une expansion considérable avec la construction du pont Fahd en 1989 et celui de l'amitié sino-malienne en 2011 qui viennent renforcer le pont des Martyrs.

La commune VI est la plus grande commune de Bamako avec 8882 hectares, sa population est d'environ 600 000 habitants. Elle est constituée de dix quartiers : Banakabougou, Niamkoro, Faladié, Sokorodji, Missabougou ,Senou, Yirimadjo, Djandjiguila , Sogoniko , magnambougou.

A. Données géographiques

➤ Limites

- la commune est limitée au Nord par le fleuve Niger,
- à l'Est et au Sud par le cercle de Kati,
- à l'Ouest par la Commune V.

➤ Climat

Le climat est Sahélien avec une saison sèche d'octobre à juin et une saison pluvieuse de juillet à septembre. La commune connaît des variations climatiques d'année en année. Elle dispose d'une grande surface de terre et elle a connu les plus grands aménagements de la dernière décennie.

➤ Végétation

La végétation a connu une dégradation due à l'exploitation anarchique du bois et aux longues années de sécheresse. Elle est de type soudano-sahélien dominée par les grands arbres comme le caïcédrat, le karité, le manguier etc.

B. Activités socio-économiques et données socioculturelles :

Activités économiques :

L'économie de la commune est dominée par le secteur tertiaire (commerce, transport, tourisme,) suivi du secteur secondaire, malgré le rôle relativement important du secteur primaire (agriculture, élevage, la pêche, l'artisanat, le maraîchage).

a- Situation socio-sanitaire

➤ Organisation du système socio-sanitaire

La Commune VI compte 10 quartiers et les cités des logements sociaux. La couverture socio-sanitaire de la commune est assurée par **un** CS Réf, **un** Service du Développement Social et de l'Economie Solidaire (SDSES), **un** Service Local de la Promotion de la Femme, de l'Enfant et de la Famille (SLPFEF), **douze** CSCOM dont un non fonctionnel, **cinq** structures parapubliques (CMIE Faladié, MIPROMA, Mutuelle, Demba Nyuma, Base 101), l'ONG ASDAP, le projet jeune et **cent vingt-sept** structures sanitaires privées.

1.2 Présentation du Centre de Santé de Référence de la commune VI du district

Le Centre de Santé de Référence de la Commune VI a été créé en 1981 comme maternité puis érigé en centre de santé de référence en 1999. Ce centre est l'un des six (6) centres de référence du District de Bamako. Il faut signaler que le système de référence n'a débuté qu'en juin 2004.

1.3 Missions du Centre de Santé Référence de la commune VI du district de Bamako.

Les missions fondamentales du CSRéf de la commune VI sont les suivantes :

- Assurer la disponibilité des soins de qualité et de prise en charge des urgences ;
- Assurer les formations ;
- Effectuer des travaux de recherche ;
- Participer au développement sanitaire du district ;
- Promouvoir l'évaluation hospitalière.

1.4 Les infrastructures

Le CSRéf est constitué de cinq (5) grands bâtiments et les annexes qui sont

a. Le bloc opératoire comprenant :

- Deux (2) salles d'intervention chirurgicale ;
- Une salle de désinfection et de stérilisation du matériel ;
- Une salle de réveil
- Une salle de consultation pré-anesthésique.

b. Deux bâtiments en étage dont l'un comprend :

- L'administration ;
- La comptabilité
- La brigade d'hygiène ;

- Système d'information Sanitaire (SIS) ;
- L'unité de chirurgie ;
- Une salle de staff.

L'autre bâtiment en étage comprend aurez de chaussée

- Le laboratoire ;
- Une salle de radiographie ;
- Des toilettes.

A l'étage nous avons le
service d'odontostomatologie

- L'unité d'ORL ;
- L'unité d'ophtalmologie ;
- Des toilettes.

c. **Un bâtiment dénommé complexe mère-enfant** comportant :

- Une salle d'accouchement avec 5 box ;
- Une salle de SAA ;
- Un bureau de consultation gynécologique et obstétricale ;
- Une unité de consultation prénatale ;
- Une unité de planification familiale ;
- Une sale d'hospitalisation ;
- Une salle de surveillance des accouchées (suites de couches) ;
- Une salle de réanimation des nouveau-nés (non fonctionnelle) ;
- Une salle de garde des sages-femmes ;
- Une salle de garde des médecins
- Une salle de garde des internes
- Des toilettes

d. **Le 4^{ème} bâtiment est composé de :**

- Magasins

e. **Le 5^{ème} bâtiment est constitué :**

- D'unité PEV
- L'USAC

Les annexes sont constituées de :

- Bureau des entrées
- Pharmacie
- Morgue

- Salle de pansement et d'injection
- Deux bureaux de consultations médicales
- Une salle de prise en charge des tuberculeux
- Logement du médecin chef.

Tableau V : Chronologie de la mise en place des CSCOM et leurs distances par rapport au CSRéf.

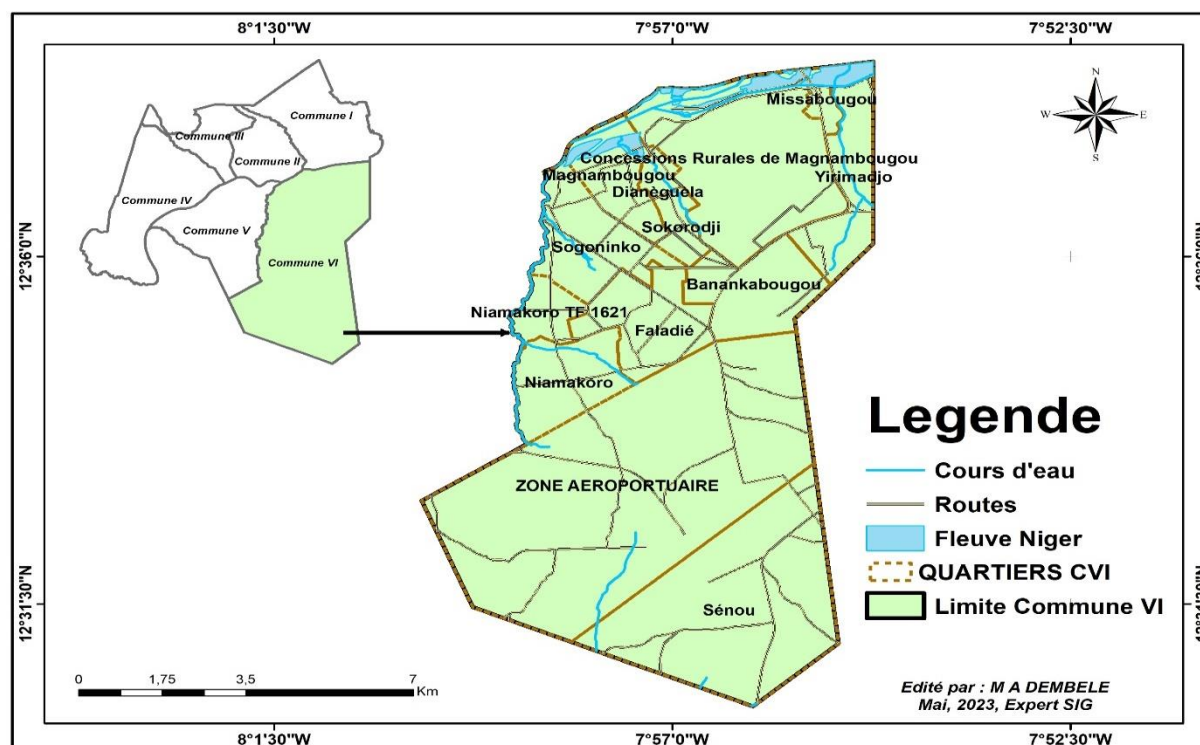
Nom des aires de santé	Date de création	Quartier	Distance CSCOM/CSRéf en km
ASACOMA	Septembre 1991	Magnambougou	3
ASACONIA	Janvier 1992	Niamakoro	6
ANIASCO	Janvier 1992	Niamakoro	8
ASACOBABA	Mars 1992	Banankabougou	5
ASACOSE	Décembre 1992	Senou	15
ASACOSO	Octobre 1993	Sogonigo	0,3
ASACOFABA	Août 1994	Faladié	4
ASACOFYIR	Septembre 1997	Yirimadio	10
ASACOSODIA	Mars 1999	Sokorodji Dianéguéla	6
ASACOMIS	Mars 2003	Missabougou	12
ASACOCY	Juillet 2005	Cité des logements sociaux	7
ASACOMA II	Septembre 2009	Magambougou projet	2,5

Observations :

A chaque centre de santé communautaire correspond une aire de santé. Suivant des critères populationnels, le quartier de Niamakoro a été divisé en deux (2) aires de santé (ASACONIA et ANIASCO) tandis que Sokorodji et Dianéguéla se sont fusionnés pour former une aire de santé (ASACOSODIA).

Les approches communautaires de deux aires de santé (cité UNICEF, cité BIAO) ont été effectuées, mais les bureaux ne fonctionnent pas.

Figure 3 : Carte géographique de la commune VI (24).



2 Type et période de l'étude

Nous avons mené une étude descriptive, transversale à collecte rétro-prospective basées sur la contribution à l'étude sur l'inobservance thérapeutique des PVVIH suivies au CSRéf de la commune VI.

- La collecte rétrospective s'est déroulée sur douze (12) mois, allant de Janvier 2023 à Décembre 2023.
- La collecte prospective s'est déroulée sur trois (3) mois, allant de janvier 2024 à Mars 2024.

3. Population de l'étude

Notre étude a été constituée par l'ensemble des PVVIH suivies à l'USAC du CSRéf de la commune VI du district de Bamako.

3.1 Critères d'inclusion

Ont été inclus dans notre étude :

- Les PVVIH suivies et inobservantes identifiées dans le dossier médical, et venues au rendez-vous durant la période de notre étude.

3.2 Critères de non inclusion

N'ont pas été inclus dans notre étude :

- Les PVVIH suivies et observants ou non observants sans dossier médical ou ne répondant pas au rendez-vous.

4. Echantillonnage

Nous avons réalisé un échantillonnage non-probabiliste de type raisonné. Notre échantillon comportait : l'ensemble des PVVIH sous ARV répondant aux critères d'inclusion et vu en consultation.

5. Collecte et Analyse des données

5.1 Outils de collecte

Nous avons utilisé la technique suivante :

- L'analyse des informations disponibles sur les dossiers médicaux des PVVIH
- L'interview directe pour interroger les patients ;

5.2 Technique de collecte des données

Pour la collecte des données nous avons utilisé :

- Une fiche d'enquête individuelle, anonyme qui sera renseignée par auto-questionnaire. L'analyse des dossiers médicaux des PVVIH à la recherche des résultats de la charge virale et le taux de CD4 récents.

5.3 Saisi, traitement et analyse des données

La saisie a été effectuée sur le logiciel Word version 2016, les données ont été traitées sur Excel version 2016 et analysées par kobocollect et SPSS26.

6. Variables collectées

a. Variable sociodémographiques des enquêtés

➤ Pour les PVVIH suivies au CSREF de la commune VI

- Age : Temps écoulé depuis qu'une personne est en vie.
- Le Sexe : Permet de différencier des organismes vivants dans le contexte de la reproduction.
- Statut matrimonial : Désigne la situation conjugale d'une personne au regard de la loi.
- Profession : Occupation déterminée dont on peut tirer ses moyens d'existence.
- Niveau d'éducation : l'éducation est un moyen propre à assurer la formation et le développement d'un être humain.
- Résidence : C'est le fait de demeurer habituellement en un lieu.
- Ethnie : groupement humain qui possède une structure familiale, économique et sociale et dont l'unité repose sur une communauté de langue, et de culture.

b. Variables cliniques :

- Type de VIH (VIH 1 ou VIH2) : Pour connaître la classification du virus.

- **IMC** : Indice de masse corporelle est un indicateur fiable de l'insuffisance pondérale, du surpoids et de l'obésité pour la plupart des adultes et il est utilisé pour déterminer les catégories de poids pouvant mener à des problèmes de santé.
- **Poids** : La force d'attraction que la terre exerce sur le corps.
- **Taille** : désigne la hauteur de l'individu.
- **Le taux de la charge virale** : Qui permet d'évaluer la sévérité de l'infection, l'efficacité du traitement contre le VIH.
- **Taux de lymphocytes T CD4** : Par mm³ de sang, caractérise l'état immunitaire de la personne, c'est l'une des mesures clés pour suivre l'évolution de l'infection et mesurer l'efficacité des traitements.

c. Variables thérapeutiques

- Types de classe thérapeutique utilisée (les différentes molécules que le patient utilise).
- Les facteurs de la non observance (les aspects qui ont contribué à un malade d'être inobservant).

7. Considérations éthiques

L'autorisation du doyen de la faculté ainsi que celle du directeur du centre de santé de référence de la commune VI seront obtenues avant la réalisation de notre enquête. Le consentement éclairé des patients inclus dans l'étude sera acquis. Aucun nom ou aucune spécification pouvant identifier les patients n'apparaîtra dans le document. Après l'autorisation du patient, un numéro d'identification sera donné à chaque patient et les entrevues avec les malades se dérouleront en privé pour assurer la confidentialité des données et éviter la stigmatisation des patients. Les entrevues avec les patients s'effectueront à travers un questionnaire.

RESULTATS

IV. RESULTATS

De janvier 2023 à Décembre 2023, nous avons mené une étude descriptive, transversale à collecte rétrospective dans le but d'apporter une contribution à une meilleure prise en charge des patients du VIH/SIDA.

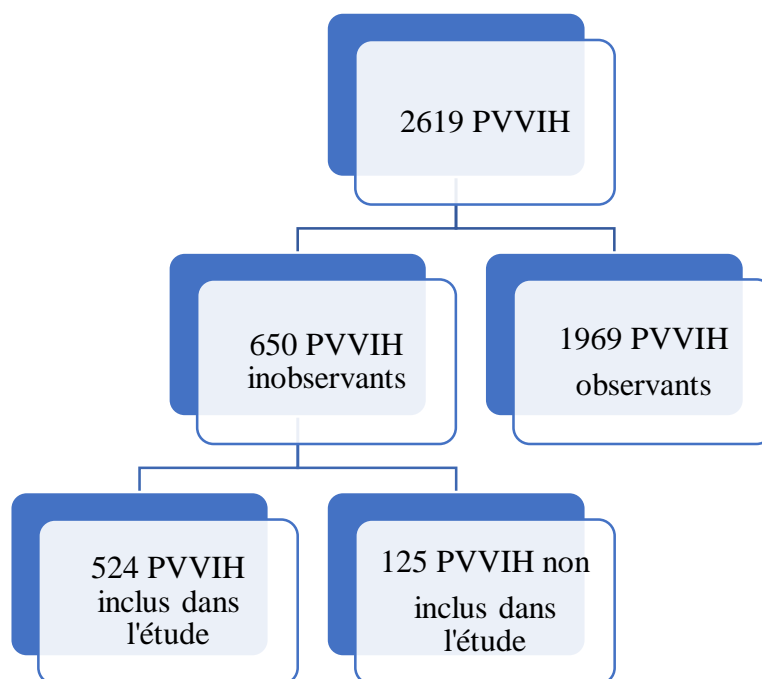


Figure 4 : Diagramme de Flux.

A l'USAC du Centre de Santé de Référence de la commune VI, nous avons eu 650 patients non observant dont 524 ont constitué l'échantillon de notre étude selon nos critères.

La fréquence de PVVIH inobservants est de 24,8%.

Dans les 125 patients non inclus dans l'étude, 29 patients ont refusé de participer à l'étude et 96 patients ne sont pas venus au RDV et non joignables au téléphone durant notre enquête.

Les résultats obtenus après analyse des données sont présentés dans les tableaux et figures ci-dessous.

I. Profil sociodémographique

1- Age

Tableau VI : Répartition des patients inobservants selon la tranche d'Age.

Age /ans	Effectifs	Pourcentage (%)
[1 - 5]	14	2,70
[6 - 18]	56	10,70
[19 - 35]	163	31,10
[36 - 65]	272	51,90
[66 et plus]	19	3,60
Total	524	100

La tranche d'âge la plus représentée a été celle comprise entre 36 à 65 ans soit 51,90 % de nos patients dont l'âge moyen était de 42ans

2- Sexe

Tableau VII : Répartition des patients inobservants selon le sexe.

Sexe	Effectifs	Pourcentage (%)
Féminin	384	73,30
Masculin	140	26,70
Total	524	100

Plus de la moitié de notre échantillon d'étude était du sexe féminin avec 73,30% avec un sexe ratio de 2,7 en faveur du sexe féminin.

3- Lieu de résidence

Tableau VIII : Répartition des patients inobservants en fonction de la résidence.

Résidence	Effectifs	Pourcentage (%)
Hors sogoniko	506	96,60
Sogoniko	18	3,40
Total	524	100

La majorité de notre échantillon d'étude résidaient hors Sogoniko avec 96,6%.

4- Statut matrimonial

Tableau IX : Répartition des patients inobservants en fonction du statut matrimonial.

Statut matrimonial	Effectifs	Pourcentage (%)
Marié (monogame)	158	30,2
Marié (Polygame)	167	31,8
Divorcé	21	4
Veuve(veuf)	55	10,5
Célibataire	123	23,5
Total	524	100

Les mariés étaient les plus représentés avec une légère tendance vers les polygames avec 31,8% des cas.

5- Profession des patients inobservants

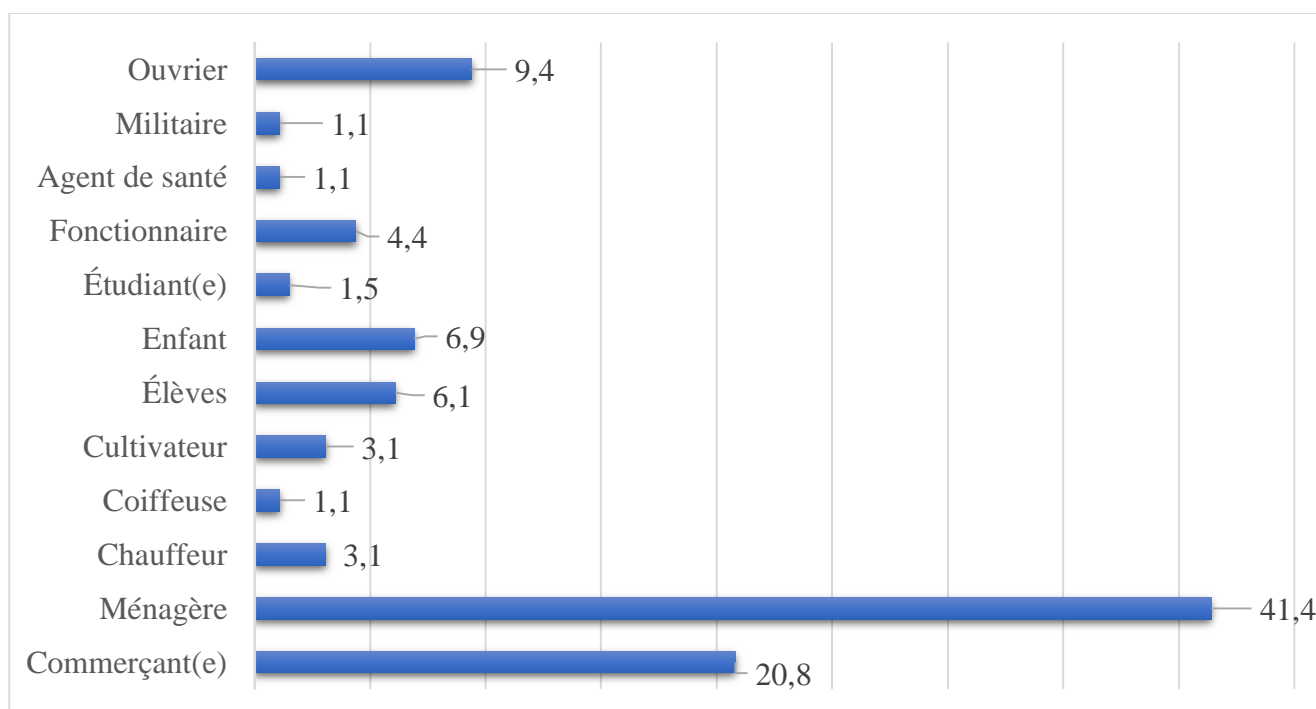


Figure 5 : Répartition des patients inobservants selon la profession.

Les ménagères ont représenté la majorité de notre échantillon d'étude avec 41,4%.

6- Niveau d'étude

Tableau X : Répartition des patients inobservants selon le niveau d'étude.

Niveau d'étude	Effectifs	Pourcentage (%)
Non scolarisé	306	58,4
Niveau Primaire	119	22,7
Niveau secondaire	68	13
Niveau universitaire	31	5,9
Total	524	100

La majorité de nos patients ont été des <<non scolarisés>> avec 58,4%.

7- Ethnie

Tableau XI : Répartition des patients inobservants selon l'ethnie.

Ethnie	Effectifs	Pourcentage (%)
Bambara	189	36,1
Bobo	7	1,3
Bozo	10	1,9
Dogon	36	6,9
Khassonké	5	0,9
Malinké	67	12,8
Peulh	98	18,7
Sénoufo	8	1,5
Shoraï	22	4,2
Soninké	75	14,3
Touareg	3	0,6
Wolof	4	0,8
Total	524	100

Les bambaras ont été les plus représentés avec 36,1%.

2- Historique de la survenu de la maladie

Tableau XII : Répartition des patients inobservants selon le motif du test de dépistage.

Motif du test	Effectifs	Pourcentage (%)
Connaissance générale sur le VIH	145	27,7
Prise de risque	3	0,6
AES	60	11,5
Viol	19	3,6
ATCD (conjoint ou conjointe)	110	21
ATCD (Mère ou Père)	88	16,8
Prescription	99	18,8
Total	524	100

La majorité des patients avaient des antécédents familiaux (conjoints ou parents) avec 37,8%.

Tableau XIII : Répartition selon le rapport entre la réaction des patients inobservants à l'adhésion au traitement et leur motif du test de dépistage.

Motif du test de dépistage	Réaction des patients à l'adhésion d'initier au traitement				Total	
	D'accord		Refus		Effectif f	Pourcentage e
	Effectif f	Pourcentage e	Effectif f	Pourcentage e		
AES	58	11,1%	2	0,4%	60	11,5%
ATCD conjugués	106	20,2%	4	0,8%	110	21%
ATCD parentaux(Père ou Mère)	87	16,6%	1	0,2%	88	16,8%
Connaissance générale sur le VIH	142	27,1%	3	0,6%	145	27,7%
Prescription	98	18,7%	1	0,2%	99	18,9%
Prise de risque	3	0,6%	0	0,0%	3	0,6%
Viol	19	3,6%	0	0,0%	19	3,6%
Total	513	97,9%	11	2,1%	524	100%

P= 0,790

Les patients qui ont des antécédents conjugués (conjoint ou conjointe) étaient majoritaire au refus d'adhésion au TARV juste après l'annonce de leur statut au VIH avec 0,8% sur 2,1% en totale.

Tableau XIV : Répartition des patients inobservants selon la prescription ou volontaire du test de dépistage.

Test	Effectifs	Pourcentage (%)
Prescription	510	97,3
Volontairement	14	2,7
Total	524	100

La prescription du test de dépistage était majoritaire soit 97,3%.

Tableau XV : Répartition des patients inobservants selon leur réaction d'initier au traitement ARV après l'annonce de leur statut au VIH.

Réaction	Effectifs	Pourcentage (%)
Oui	513	97,9
Non	11	2,1
Total	524	100

Presque la totalité de notre échantillon d'étude étaient d'accord de la positivité de leur statut au VIH et d'initié au traitement ARV avec 97,9%.

Tableau XVI : Répartition des patients inobservants selon l'adhésion au traitement ARV après l'annonce de leur statut au VIH et le sexe.

Sexe	réaction des patients inobservant selon l'adhésion d'initié au traitement ARV après l'annonce de leur statut au VIH.				Total	
	D'accord		Refus		Effectif	Pourcentage
	Effectif	Pourcentage	Effectif	Pourcentage		
Féminin	375	71,6%	9	1,7%	384	73,3%
Masculin	138	26,3%	2	0,4%	140	26,7%
Total	513	97,9%	11	2,1%	524	100%

P= 0,518

Presque la totalité de nos patients qui ont refusé d'adhérer au traitement sont des femmes avec 1,7% sur 2,1% en totale.

Tableau XVII : Répartition des patients inobservants selon l'adhésion au traitement ARV après l'annonce de leur statut au VIH et le niveau d'étude .

Niveau d'étude	Inclusion au traitement				Total	
	D'accord		Refus		Effectif	Pourcentage
	Effectif	Pourcentage	Effectif	Pourcentage		
1. Non scolarisé	297	56,7%	9	1,7%	306	58,4
2. Niveau Primaire	119	22,7%	0	0,0%	119	22,7%
3. Niveau secondaire	66	12,6%	2	0,4%	68	13%
4. Niveau universitaire	31	5,9%	0	0,0%	31	5,9%
Total	513	97,9%	11	2,1%	524	100%

P= 0,212

Les patients non scolarisés étaient les plus à refusé d'être inclus au TARV après l'annonce de leur statut au VIH. Mais il n'y a pas de lien statiquement significatif ($p>0,05$).

3- Données clinique

Tableau XVIII : Répartition des patients inobservants en fonction de IMC.

Valeur de IMC	Effectifs	Pourcentage (%)
Inférieur à 18,5Kg/m ² (maigre)	70	13,3
18,5 à 25Kg/m² (Normale)	242	46,2
25 à 30Kg/m ² (Surpoids)	162	30,9
30 à 40Kg/m ² (Obésité modérée)	36	6,9
Supérieur 40Kg/m ² (Obésité Sévère)	14	2,7
Total	524	100,0

La majorité de nos patients avaient un indice de masse corporelle normale soit 46,2%

Tableau XIX : Répartition des patients inobservants selon le stade de l'Organisation Mondiale de Santé (OMS).

Stade OMS	Effectifs	Pourcentage (%)
Stade I	496	94,7
Stade II	25	4,7
Stade III	3	0,6
Stade IV	0	00
Total	524	100

Les patients de stade I étaient majoritaires avec 94,7%.

Tableau XX : Répartition des patients inobservants selon les comorbidités.

Comorbidités	Effectifs	Pourcentage (%)
Diabète, HTA	25	4,8
Comorbidités Hépatite B	2	0,3
Hépatite C	1	0,2
Tuberculose	15	2,9
Aucune comorbidité	481	91,8
Total	524	100

La co-infection représentait 8,20% des cas, parmi lesquels 4,80% avaient le Diabète, HTA.

4- Données Thérapeutiques

Tableau XXI : Répartition des patients inobservants en fonction du type de VIH.

Type de VIH	Effectifs	Pourcentage
VIH 1	519	99
VIH 1 + VIH 2	3	0,6
VIH 2	2	0,4
Total	524	100

Dans notre étude 99% des patients étaient du type VIH1.

Tableau XXII : Répartition des patients inobservants en fonction du schéma thérapeutique.

Schéma thérapeutique	Effectifs	Pourcentage
TDF+3TC+DTG	491	93,7
ABC +3TC(600mg/300mg)+ DTG(50mg)	2	0,4
ABC+3TC(120mg+60mg)+ DTG(50mg)	28	5,3
ABC+3TC(120mg+60mg) + DTG(10mg)	3	0,6
Total	524	100

Presque la totalité de notre échantillon d'étude a été sous TDF/3TC/DTG soit 93,7%.

Tableau XXIII : Répartition des patients inobservants selon la Durée du traitement depuis l'initiation.

Durée du traitement (Mois)	Effectifs	Pourcentage (%)
[1 - 24[	124	23,70
[24 - 48[	143	27,20
[48 - 72[	60	11,40
[72 - 96[	99	18,80
[96 - 120[	35	6,60
[120 - 144[	34	6,50
[145 - 168[	20	3,80
[168 - 192[	7	1,10
[700 - 1010[	2	0,90
Total	524	100

Presque la moitié des patients inobservant ont moins de 4 ans de traitement (50.90%) dont la durée du traitement de la majorité était comprise entre [24 – 48 [avec 27,20%.

5- Evaluation de la non observance au traitement

Tableau XXIV : Répartition des patients inobservants en fonction de la réalisation du taux de CD4.

Taux de CD4	Effectifs	Pourcentage (%)
Inferieur 250 cellules/mm ³	5	1
non fait	519	99
Total	524	100

Dans notre échantillon d'étude, 99 % des patients n'ont pas effectué le dosage du taux de CD4 au cours de leur traitement en 2023, seul 1% ont effectué le dosage du taux de CD4 qui était inférieur à 250 cellules/mm³.

Tableau XXV : Répartition des patients inobservants selon le Stade OMS et le Taux de CD4.

Stade OMS	Taux de CD4				Total	
	Inferieur 250 cellules/mm3		non fait		Effectif	Pourcentage
	Effectif	Pourcentage	Effectif	Pourcentage		
Stade I	5	1,0%	491	93,7%	496	94,7%
Stade II	0	0,0%	25	4,8%	25	4,8%
Stade III	0	0,0%	3	0,6%	3	0,6%
Total	5	1,0%	519	99%	524	100%

P= 0,867

La majorité de nos patients qui n'ont pas effectuer le dosage du taux de CD4 sont de stade I avec 93,7%.

Tableau XXVI : Répartition des patients inobservants en fonction de la réalisation de la charge virale au cours du traitement.

Charge virale	Effectifs	Pourcentage (%)
Inférieur à 1000 copies/ml	221	42,20
Non fait	101	19,30
Supérieur à 1000 copies/ml	8	1,50
Résultats non disponibles	194	37
Total	524	100

Dans notre étude, 42,2% des patients avaient la charge virale inférieur à 1000 copies/ml.

Tableau XXVII : Répartition des patients inobservants selon les difficultés particulièrement liées à la non prise des ARV.

Difficultés rencontrée	Effectifs	Pourcentage (%)
Refus	89	16,90
Manque de Moyen de transport	90	17,20
Peur d'être vue par d'autres personnes	29	5,50
Rendez-vous non convenable avec les activités	88	16,80
Voyage	15	2,90
Effets secondaires	10	1,90
Accidents	3	0,60
Partager les médicaments avec d'autres	15	2,90
Recours au tradipraticien	5	1
Accouchement	1	0,20
Oubli	179	34,10
Total	524	100

L'oubli était la plus fréquemment rencontrée avec 34,1%.

Tableau XXVIII : Répartition des patients inobservants selon le rapport entre le niveau d'étude et le facteur lié à la non observance.

Facteur lié à la non observance	Niveau d'étude				Total
	1. Non scolarisé	2. Niveau Primaire	3. Niveau secondaire	4. Niveau universitaire	
Accidents	3 (0,6%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0(0,0%)	3(0,6%)
Accouchement	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	1(0,2%	1(0,2%)
Rendez-vous non convenable avec les activités	51 (9,7%)	18 (3,4%)	13 (2,5%)	6 (1,1%)	88 (16,8%)
effet secondaire	3 (0,6%)	4 (0,8%)	3 0,6%()	0 (0,0%)	10 (1,9%)
Oubli	108 (20,6%)	43 (8,2%)	18 (3,4%)	10 (1,9%)	179 (34,2%)
Partage des médicaments avec d'autres	13 (2,5%)	1 (0,2%)	0 (0,0%)	1 (0,2%)	15 (2,9%)
Peur être vue par d'autres personnes	18 (3,4%)	5 (1%)	6 (1,1%)	0 (0,0%)	29 (5,5%)
Problème	47 (9%)	20 (3,8%)	12 (2,3%)	11 (2,1%)	90 (17,2%)
Recours au Tradipraticien	2 (0,4%)	2 (0,4%)	1 (0,2%)	0 (0,0%)	5 (1%)
Refus	52 (9,9%)	23 (4,4%)	12 (2,3%)	2 (0,4%)	89 (17%)
Voyage	9 (1,7%)	3 (0,6%)	3 (0,6%)	0 (0,0%)	15 (2,9%)
Total	306 (58,4%)	119 (22,7%)	68 (13%)	31 (5,9%)	524 (100%)

P= 0,026

La majorité de nos patients qui oubli de prendre les médicaments sont des non scolarisés avec 20,6%.

Tableau XXIX : Répartition des patients inobservants selon les différents types d'effets secondaires n=10.

Effet secondaire	Effectifs	Pourcentage (%)
Diarrhée	2	20
Fièvre	2	20
Maux de tête	2	20
Vertige	4	40
Total	10	100

Parmi les patients qui ont eu des effets secondaire, 40% ont fait des vertiges.

Tableau XXX : Répartition des patients inobservants selon les méthodes de rappel utilisées.

Leurs réponses	Effectifs	Pourcentage (%)
Rappel téléphonique	71	13,50
Aucune méthode	453	86,50
Total	524	

La majorité de nos patients n'utilisent pas de méthode de rappel avec 86,50% de cas.

Tableau XXXI : Répartition des patients inobservants selon l'amélioration d'état d'âme après initiation au ARV.

Amélioration	Effectifs	Pourcentage (%)
OUI	523	99,80
NON	1	0,20
Total	524	100

Presque la totalité de nos patients disent qu'ils y ont eu une grande amélioration de leur état de santé depuis qu'ils ont initié le traitement avec 99,8%.

Tableau XXXII : Répartition des patients inobservants selon le rapport entre l'amélioration d'état d'âme des patients inobservant après initiation au traitement ARV et les motifs du test de dépistage.

Motif du test de dépistage	L'amélioration d'état d'âme après initiation au TARV				Total	
	Pas d'amélioration		Amélioration		Effectif	Pourcentage
	Effectif	Pourcentage	Effectif	Pourcentage		
AES	0	0,0%	60	11,5%	60	11,5%
ATCD conjugués	0	0,0%	110	21%	110	21%
ATCD parentaux	1	0,2%	87	16,6%	88	16,8%
Connaissance générale sur le VIH	0	0,0%	145	27,7%	145	27,7%
Prescription	0	0,0%	99	18,9%	99	18,9%
Prise de risque	0	0,0%	3	0,6%	3	0,6%
Viol	0	0,0%	19	3,6%	19	3,6%
Total	1 (0,2%)	0,2%	523	99,8%	524	100%

P = 0,548

Les patients qui ont une Connaissance générale sur le VIH sont majoritaire à dire qu'ils ont eu une amélioration d'état de santé après initiation au TARV avec 27,7%.

Tableau XXXIII : Répartition des patients inobservants selon la proposition d'amélioration de leur observance.

Stratégie personnelles	Effectifs	Pourcentage (%)
Causerie à chaque RDV	12	2,30
Rappel avant le RDV	512	97,70
Total	524	100

Presque la totalité de nos patients demandent un rappel avant le RDV avec 97,70 % des cas.

Tableau XXXIV : Répartition des patients inobservants selon leur recommandation de gestion de l'inobservance.

Proposition	Effectifs	Pourcentage (%)
Causerie éducative à chaque RDV	445	84,90
Rappel avant le RDV	79	15,10
Total	524	100

Plus de la moitié de nos patients disent d'organiser une causerie sur le VIH à chaque RDV avec 84,90 % des cas.

COMMENTAIRES ET DISCUSSION

V. COMMENTAIRES ET DISCUSSION

Nous avons mené une étude descriptive, transversale à collecte rétrospective à l'USAC du CSRéf de la commune VI.

Difficultés rencontrées :

- La non disponibilité des résultats de la charge virale (résultats en retard, résultats non disponibles ou le prélèvement non effectué) ;
- La non disponibilité des résultats du taux de CD4 à cause du non fonctionnement de la machine de CD4 au cours de l'étude ;
- Le refus de certains patients de participer à l'étude ;
- La non-respect du rendez-vous de certains patient et non plus disponible au téléphone ;

1. Profil socio démographique des patients

❖ Age

La tranche d'âge 36-65ans était la plus représentée dans notre étude avec un taux de 51,90%. Ce résultat est inférieur à celui retrouvé par Samaké en 2022, qui avait trouvé une tranche d'âge de 46-55ans soit 37,6% (11).

Cette diminution de la tranche d'âge peut s'expliquer par le fait que c'étaient seulement les hommes et les femmes ménopausées qui étaient mis sous dolutégravir en évitant les femmes et filles en âge de procréer pour des raisons liées aux risques de malformations congénitales qui avaient été évoquées sur le DTG selon une étude au Botswana de nos jours dolutégravir est utiliser à tout âge sans exception ce qui justifie la tranche d'âge diminuer dans notre étude.

❖ Sexe

Dans notre échantillon, 384 étaient des femmes soit 73,3% et 140 hommes soit 26,7% des cas avec un sex-ratio (F/H) de 2,7.

Ce résultat est proche à celui de Samaké en 2022 et de Takougang en 2020 et qui avait trouvé respectivement 76,1% et 79,1% des femme (11,18). Ceci pourrait expliquer la vulnérabilité de la femme à l'infection au VIH, la détection de l'infection chez la femme tôt au cours des différentes consultations prénatales, l'exposition prolongée des muqueuses cervicales et vaginales au sperme infecté.

Certains de nos patients qui ont refusé d'adhérer au traitement la majorité sont des femmes avec 1,7% sur 2,1% en totale. Mais il n'y a pas de lien statiquement significatif ($p>0,05$) entre la réaction des patients inobservant selon l'adhésion d'initié au traitement ARV après l'annonce de leur statut au VIH et le sexe.

❖ Profession

Dans notre étude, les ménagères étaient majoritairement représentées avec 41,4% des cas. Ce résultat est proche à celui de Drabo en 2022 qui avait trouvé 39,5 des ménagères (15).

Ce résultat peut s'expliquer par le fait que la grande majorité des femmes dans notre société sont des ménagères et faisant ainsi ressortir la non scolarisation de la plupart des femmes dans notre pays.

❖ La Situation matrimoniale

Les patients mariés polygames ont représenté 34,3% de notre population d'étude. Ce résultat est proche de celui Samaké en 2022 qui avait trouvé que la polygamie était prédominante avec 53,4% (11). Ce résultat pourrait s'expliquer par le fait que dans notre société la plupart des couples ne font pas le dépistage avant le mariage. Des efforts doivent être fournis pour la sensibilisation de la population à faire le dépistage avant le mariage.

❖ Niveau d'étude

Les non scolarisés ont été les plus représentés soit 58,4%. Ce résultat est superposable à celui de Dagnoko en 2018 qui avait trouvé 62,9% des non scolarisés (22) .

Ce résultat peut s'expliquer par le fait que le niveau de scolarisation est faible dans notre pays, un facteur qui favorise l'incompréhension de la maladie par conséquent augmentation de la non observance thérapeutique.

❖ Résidence

Notre étude a révélé que presque la totalité de nos patients résidaient hors Sogoniko soit 96,6%. Malgré la disponibilité de plusieurs sites de prise en charge de PVVIH à Bamako. Certains patients, par souci de confidentialité préfèrent venir dans une autre quartier en espérant éviter de tomber sur une connaissance, mais avec le temps ces patients ont du mal à suivre correctement le traitement faute de moyen de transport.

❖ Ethnie

Les bambaras ont été les plus représentés soit 36,1%. Ce résultat est inférieur à celui de Drabo qui avait trouvé 45,1% des bambaras (15).

2. Données cliniques

❖ Stades Clinique selon OMS

Nos patients de stade I (asymptomatique) étaient majoritaires avec 94,7% Ce résultat est superposable à celui de Diallo en 2019 qui avait trouvé 95% des patients asymptomatique (16). Ce qui pourrait s'expliquer par le fait que la majorité de PVVIH sont pris en charge à temps.

3. Données Thérapeutiques

❖ Types de VIH

Dans notre étude 99% des patients étaient du type VIH1. Ce résultat est similaire à celui de Diallo qui avait trouvé 97,00 % des patients vivants avec le VIH de type 1 (16). Cette prédominance peut s'expliquer par la grande capacité de réplication du VIH1 ainsi que sa forte virulence.

❖ Schéma thérapeutique

Le schéma thérapeutique TDF+3TC+DTG a été le plus utilisé chez nos patients soit 93,70% qui se prend en une seule prise quotidienne le soir à la même heure, par contre Diallo en 2019, à trouvé 86,33 % sur le Trioday (TDF/3TC/EFV 400) (16).

Cette différence s'expliquerait par le fait qu'au Mali, depuis 2019 les nouvelles normes et protocoles de prise en charge du VIH recommande l'association TDF+3TC+DTG comme traitement de première intention du VIH1, et l'association TDF+3TC+EFV comme traitement de deuxième intention.

❖ Inclusion au traitement ARV

La majorité de nos patients non observant étaient d'accord d'initier le traitement juste après avoir été tester positive au VIH soit 97,9% mais après ces PVVIH ne viennent pas régulièrement au RDV par conséquent elles deviennent non observantes.

Les patients qui ont des antécédents conjugaux (conjoint ou conjointe), les femmes et les patients non scolarisés étaient majoritaires au refus d'adhésion au traitement TARV juste après l'annonce de leur statut au VIH respectivement 0,8% et 1,7%, 1,7% sur 2,1% en totale. Mais il n'y a pas de lien statistiquement significatif ($p > 0,05$).

❖ Durée du traitement depuis l'initiation

Plus de la moitié de nos patients inobservants ont moins de 4 ans de traitement avec 50,90% dont la durée du traitement de la majorité des patients inobservant était comprise entre [24 – 48] [avec 27,20%. Ce résultat est proche à celui de Takougang en 2020 qui avait trouvé dans son étude des patients non observants dont la durée du traitement était entre [24-48] mois soit 22,3% (18).

Ceci pourrait être un problème dans l'atteinte des objectifs 95-95-95 de la politique nationale dans la lutte contre cette pandémie d'ici 2030 vu que c'est les PVVIH nouvellement inclus qui sont inobservant.

Evaluation de la non observance

❖ Taux de CD4 et la charge virale

Le taux de CD4 et la charge virale sont des indicateurs les plus fiables dans le contrôle de l'observance car il est démontré qu'au bout de 6 mois de traitement, la charge virale devient indétectable si et seulement si les molécules utilisées sont efficaces avec une bonne l'observance (31).

- Presque la totalité de notre échantillon d'étude n'avait pas effectué le dosage du taux de CD4, seul 1% de cas était inférieur à 250 cellules/mm³ Ce résultat peut s'expliquer par le fait que la machine de CD4 n'était pas fonctionnelle au cours de l'étude.

La majorité de nos patients qui n'ont pas effectuer le dosage du taux de CD4 sont de stade I avec 93,7%. Mais il n'y a pas de lien statiquement significatif ($p>0,05$).

- Au cour de l'étude, 42,2 % des patients ont eu une charge virale indétectable, ce résultat est proche de celui de Diallo en 2022 qui avait trouvé 52,33 % des patients qui avaient la charge virale indétectable (16). En effet, la charge virale est un indicateur immunologique de l'observance du TARV.

Une charge virale indétectable est un signe d'une bonne observance thérapeutique. Si elle n'est pas obligatoire pour initier un traitement antirétroviral, elle contribue à une évaluation pertinente de l'efficacité d'un traitement, mais son accès est encore difficile dans la majorité des centres de traitements (31).

• Amélioration après l'initiation

Presque la totalité de nos patients disent qu'ils y ont eu une grande amélioration de leur état de santé depuis qu'ils ont initié le traitement avec 99,8% et aucune amélioration avec 0,2%. Ce résultat est proche de celui de Drabo en 2022 qui avait trouvé 87,9 % des patients qui ont affirmé qu'ils ont eu de grande amélioration de leur état de santé après l'initiation au ARV (15). Ce résultat nous montre l'importance des ARV dans le traitement VIH afin que les PVVIH soient observant à leurs traitements.

Les patients qui ont une Connaissance générale sur le VIH sont majoritaire à dire qu'ils ont eu une amélioration d'état de santé après initiation au TARV avec 27,7% sur les 99,8%.

❖ Motifs de la non observance :

Parmi les motifs évoqués de non observance, l'oubli était la plus fréquemment rencontrée avec 34,10%. Ce résultat est proche à celui de Diallo en 2021 qui avait trouvé 28,33% des patients dont la cause de l'échec thérapeutique était l'oubli (16). Ce résultat pourrait s'expliquer par le

fait que les patients ignorent la gravité de la conséquence que cela pourrait jouer sur leurs états de santé en cas de résistance.

La majorité de nos patients qui oubli de prendre les médicaments sont des non scolarisés avec 20,6%. Il y a un lien statiquement significatif entre le niveau d'étude et le facteur lié à la non observance ($P < 0,05$).

AVIS DES PVVIH PAR RAPPORT A AMELIORATION DE L'OBSERVANCE

- La réponse de la majorité des PVVIH par rapport à la stratégie pour améliorer l'observance est que les agents de santé mettent en place un système de rappel avant le RDV avec 97,70 % et seulement 2,30 % disent d'organiser des causeries éducatives à chaque RDV.
- La recommandation des PVVIH par rapport à l'amélioration de l'inobservance, la majorité de nos patients disent d'organiser une causerie sur le VIH à chaque RDV (des explication explicite sur le VIH, connaitre les conséquences en cas d'arrêt du traitement et l'avantage de prendre régulièrement les médicaments) avec 84,90 % des cas et 15,10 % des cas disent de les rappelés avant le RDV.
- Plus de la moitié de nos patients disent qu'ils n'utilisent aucune méthode de rappel, ni d'application pour leurs permettre de ne pas oubli la prise des médicaments.

CONCLUSION

VI. CONCLUSION :

La non observance est un problème majeur dans la prise en charge des PVVIH, malgré la richesse et l'étendue de notre étude, beaucoup d'effort individuel reste à faire notamment au niveau des professionnels de santé pour renforcer l'éducation thérapeutique enfin de pallier à ce problème de non observance au traitement ARV.

Nous avons eu 650 patients non observant dont 524 ont constitués l'échantillon de notre étude, la tranche d'âge 36-65ans était la plus représentée dont l'âge moyen était de 42ans. Plus de la moitié de nos patients inobservants ont moins de 4 ans de traitement et le schéma thérapeutique TDF+3TC+DTG a été le plus utilisé.

Presque la totalité de notre échantillon d'étude n'avait pas effectué le dosage du taux de CD4. La majorité de nos patients ont eu une charge virale indétectable.

Parmi les facteurs évoqués de la non observance, l'oubli, le manque de moyen de transport, le rendez-vous non convenable avec les activités et le refus volontaire de certains patients à suivre régulièrement le rendez-vous était les plus fréquemment rencontrés.

RECOMMANDATIONS

VII. RECOMMANDATIONS

□ Aux autorités sanitaires

- Doter le CSRéf en équipement nécessaire (machine de CD4) pour la réalisation des examens du taux CD4 ;
- Rendre disponible les réactifs des suivis biologiques (CD4) pour une meilleure prise en charge des malades ;
- Equiper le centre en ordinateur pour la saisie des dossiers médicaux.

□ A l'USAC CSRéf Commune VI

- Renforcer l'éducation thérapeutique ;
- Rappeler aux patients à chacun de leur rendez-vous l'importance des bilans de suivi ;
- Réaliser au besoin les analyses complémentaires adéquates chez les patients non observant.

□ Aux patients

- Adhérer et être bien assidu au traitement antirétroviral ;
- Respecter les rendez-vous donnés par le personnel soignant ;
- Signaler à son médecin traitant dans les délais les plus brefs les éventuels effets secondaires liés à la prise des ARV.

□ Recommandation faites par les PVVIH inobservants

- Organiser une causerie sur le VIH à chaque RDV ;
- Rappeler les patients avant le RDV.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

VIII. REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Lepine D. -Tout savoir sur ce redoutable virus [Internet] [en ligne]. Disponible sur: <https://www.passeportsante.net/fr>
2. Diakité A. Etude de la Séroprévalence de l'infection à VIH chez les femmes enceintes au centre de santé de référence de la commune VI du district de Bamako. [Thèse de Doctorat de Médecine]. [Faculté de Médecine]: Université des Sciences Techniques et Technologies de Bamako (USTTB);2016. 19 p.
3. l'ONUSIDA. Estimation épidémiologiques. 2023. 34-40 p.
4. Samaké M. Observance au traitement ARV chez les PVVIH Adultes suivies au Centre de Santé de Référence de Sélingué [Thèse de doctorat en Médecine]. [Bamako(Mali)]: Université des Sciences Techniques et Technologies de Bamako (USTTB). 2 p.
5. Bastard M, Pinoges L, Balkan S, Szumilin E, Ferreyra C, Pujades-Rodriguez M. Timeliness of clinic attendance is a good predictor of virological response and resistance to antiretroviral drugs in HIV-infected patients. PLoS One. 2012;7(11):e49091. [Article PMC gratuit] [PubMed] [Google Scholar].
6. Norme et protocole de prise en charge des Antirétrovirale du VIH et du SIDA. Mali; 2022. 11 p.
7. Anandamanoharan J. Observance et médecine générale : peut-on dépister les problèmes d'observance chez les patients atteints de pathologies chroniques [Thèse de doctorat en Médecine]. [Versailles]: Université de Versailles Saint-Quentin-en-Yvelines; 2023. 6 p.
8. Mills EJ, Nachega JB, Buchan I, Orbinski J, Attaran A, Singh S, et al. Adherence to antiretroviral therapy in sub-Saharan Africa and North America: a meta-analysis. JAMA. 2006; 296 (6):679–690. [PubMed] [Google Scholar].
9. Eholie SP, Tanon A, Polneau S, Ouiminga M, Djadji A, Kangah-Koffi C, et al. Field Adherence to highly active antiretroviral therapy in HIV-infected adults in Abidjan, Cote d'Ivoire. J Acquir Immune Defic Syndr. 2007;45(3):355–358. [PubMed] [Google Scholar].
10. Christian S, Bernard C, Dominique B. Pour une politique nationale d'éducation thérapeutique du patient. [Rapport]. France ;2008.3p.
11. Samaké GM. Évaluation du succès thérapeutique d'une stratégie antirétrovirale comportant le dolutégravir administré chez des patients infectés par le VIH suivis à l'USAC du CSRef de la commune VI du District de Bamako [thèse de Doctorat en Pharmacie]. [Bamako(Mali)]: Université des Sciences Techniques et Technologies de Bamako (USTTB); 2022.
12. Dembele M. Prévalence des échecs virologiques et facteurs associés chez les PVVIH sous traitement ARV suivies au csref de la Commune V de Bamako [thèse de Doctorat en Pharmacie]. [Bamako(Mali)] : Université des Sciences Techniques et Technologies de Bamako (USTTB); 2023. 74 p.
13. Djibo O. : Les facteurs associés à la non observance thérapeutique aux ARV chez les PVVIH suivies dans le service des maladies infectieuses et tropicales du CHU du point G.

- [Thèse de doctorat en Médecine]. [Bamako(Mali)]: Université des Sciences Techniques et Technologies de Bamako (USTTB); 2022. 45 p.
14. Organisation Mondiale de la Santé. VIH et sida vue d'ensemble. OMS.2021 Disponible sur : <https://www.who.int/fr/health-topics/hiv-aids>.
 15. Drabo EL. Etude des causes de l'inobservance thérapeutique des patients vivant avec le VIH suivis dans le service des maladies infectieuses et tropicales du CHU Point-G. [thèse de Doctorat en Pharmacie]. [Bamako]: Université des Sciences Techniques et Technologies de Bamako (USTTB); 2022.
 16. Diallo A. Etude de l'observance aux traitements antirétroviraux chez les patients « Populations Clés » suivis à la clinique les Halles de ARCAD-Santé Plus de Juin 2018 à Mai 2019. [Thèse de Doctorat en Pharmacie]. [Bamako(Mali)]: Université des Sciences Techniques et Technologies de Bamako (USTTB); 2020.
 17. Sacko B. Etude des changements de schémas thérapeutique au cours du traitement antiretroviral chez les patients suivis au centre hospitaliers universitaire du point G [thèse de Doctorat en Pharmacie]. [Bamako(Mali)]; 2020.
 18. Takougang DJM. Evaluation des facteurs associés à la non-observance aux traitements par ARV chez les personnes vih+1 et vih1+2 dans le centre de sante de référence de la commune v du district de Bamako. [Thèse de Doctorat en Pharmacie]. [: Bamako (Mali)]; Université des Sciences Techniques et Technologies de Bamako (USTTB); 2020.
 19. Pilly E. Hépatite virale B. Maladies infectieuses et tropicales. 2012. 21^e éd.
 20. Pol S. Epidémiologie et Histoire naturelle de l'infection chronique par le VHB. La lettre de l'hépatogastro-entérologue. 2006. 9 p.
 21. Diop M. Etude du traitement ARV dans la prévention de la transmission mère enfant du VIH dans le centre de santé de référence de la commune III [thèse de Doctorat de Médecine]. [Bamako(Mali)]: Université des Sciences Techniques et Technologies de Bamako (USTTB); 2020.
 22. Dagnoko B. Observance au traitement ARV des PVVIH adultes suivis au centre de sante de Reference de Bougouni [thèse de Doctorat de Médecine]. [Bamako(Mali)]: Université des Sciences Techniques et Technologies de Bamako (USTTB); 2018. 91-92 p.
 23. Diallo M. Evaluation de l'observance aux traitements antirétroviraux chez les patients adultes Suivis au Centre Hospitalier Universitaire Pr Bocar Sidy Sall de Kati [thèse de Doctorat en Pharmacie]. [Bamako(Mali)]: Université des Sciences Techniques et Technologies de Bamako (USTTB); 2021. 20-21 p.
 24. Dackouo G. Prévalence de de la coinfection VIH/TB a l'unité de soins d'accompagnements et de conseils du csref de la commune VI du district de Bamako [thèse de Doctorat en Pharmacie]. [Bamako(Mali)]: Université des Sciences Techniques et Technologies de Bamako (USTTB); 2021. 17-22,34 p.
 25. Haslett , Chilver , Boon , Colledge C E,N,N. Infection à VIH dans Davidson Médecine Interne "Principe et pratiques". 2005;113-75.

26. Plantier J.C , Francois JC S. Diagnostic sérologique des infections à VIH. Développement et Santé. 2002;
27. Tribonnière, Yazdanpanah , Reynes X Y, J. Les inhibiteurs de CCR5 : une nouvelle classe d'antirétroviraux: CCR5 antagonists: a new class of antiretrovirals. 1 mars 2008;1-6 p.
28. Amari D. Antirétroviraux : Classification, Mécanisme d'action. :32.
29. Ghosn J. Dolutégravir : un nouvel inhibiteur de l'intégrase dans l'arsenal thérapeutique anti-VIH. J Anti-Infect. 1 oct 2015;(17(3)):111-4.
30. OMS. L'OMS demande d'agir contre la menace de la résistance du VIH aux médicaments [Internet]. 2017 [cité 12 sept 2020]. Disponible sur <https://www.who.int/fr/news-room/detail/20-07-2017-who-urges-action-against-hiv-drug-resistance-threat>.
31. Koné D. Facteurs d'observance et de non-observance du traitement par les patients sous ARV : cas de l'USAC du CSREF de la commune IV du district de Bamako(Mali) [thèse de Doctorat en Pharmacie]. [Bamako(Mali)]: Université des Sciences Techniques et Technologies de Bamako (USTTB); 2019. 48 p.

ANNEXES

IX. ANNEXES

FICHE D'ENQUETE

A- Identification du Patient

- 1- Anonymat /..... /
- 2- Age /..... / Ans
- 3- Sexe /.... / F : Féminin ; M : Masculin
- 4- Résidence /..... / a-Sogoniko b-hors sogoniko
- 5- Profession :
- 6- Etat matrimonial /.... / 1 : marié ; 2 : célibataire ; 3 : divorcé(e) 4 : veuf (veuve)
- 7- Régime matrimonial /...../ 1- monogamie 2- polygamie
- 8- Niveau d'étude /.../ 1 : Non scolarisé ; 2 : Secondaire ; 3 : niveau primaire ; 4 : Niveau universitaire.
- 9- Ethnie /...../

B- Historique de la survenu de la maladie

- 1- Connaissez-vous votre contamination le VIH /SIDA avant ? Non .../ Oui /.../
- 2- Quel était le motif de votre test ?
 - Connaissance générale sur le VIH
 - Prise de risque (Précisez) /...../
 - AES (Précisez)/...../
 - Viol
 - ATCD 1-Antécédents collatéraux [.....] 2-Antécédents personnels [.....] 3- Antécédents conjugaux [.....] 4-Antécédents parentaux [.....] 5-Indéterminés [.....] 9- sans information [.....]
 - Autre (Précisez)/...../
- 3- Connaissez-vous votre statut sérologique à la suite d'un test de dépistage du VIH ?
Non/ .../, Oui/.../, Si oui, le test a été fait : volontairement /.../ Prescription/.../
- 4- Quel a été votre réaction quand vous avez su votre statut ?
D'accord /.../ refus/.../ Autre/...../
- 5- Avez-vous suivi le traitement ARV depuis le début de votre diagnostique ?
OUI/.../ NON/.../ Si non pourquoi /...../

C- CARACTERISTIQUES CLINIQUES :

1. Poids.....
2. Taille :
3. **IMC** : 1- < 18 Kg/m² [.....] 2- 18à24 Kg/m² [.....] 3- 25à 30 Kg/m² [.....] 4- 30à35Kg/m² [.....] 5- >35Kg/m² [.....] 9. Sans Information [.....]
4. **Stade OMS** : 1- stade I [.....] 2- stade II [.....] 3- stade III [.....] 4- stade IV [.....] 5- Sans Information [.....]
5. Depuis combien de temps êtes-vous Malade :
1) < 5 ans [.....] 2) 5 à 10 ans [.....] 3) 11 à 20 ans [.....] 4) > 20 ans [.....] 5) Sans Information [.....]
6. **Infections opportunistes** : 1-Respiratoires [.....] 2-Neurologiques [.....] 3-Digestives [.....] 4-Cutanées [.....] 5Hématologiques [.....] 6-Uro-génitales [.....] 7-Tumeurs + Cancers [.....] 8- non applicable [.....] 9- sans information [.....] 10-Aucune [.....]

7. **Comorbidité** : 1-Tuberculose [.....] 2-Hépatite B [.....] 3-Hépatite C [.....] 4-Autres (Diabète, HTA) [.....] 8- non applicable [.....] 9- sans information

D- CARACTERISTIQUE THERAPEUTIQUE

- 1- Type de VIH/.../ a - VIH1 b - VIH2 c -VIH1+VIH2
2- Molécules utilisées :
✓ 1^{ère} ligne thérapeutique /...../ a-TDF + 3TC +DTG b- ABC+3TC_{600/300} +DTG₅₀
✓ 2^{ème} ligne thérapeutique /...../

Durée du traitement depuis l'initiation /...../mois

E- EVALUATION DE LA NON OBSERVANCE AU TRAITEMENT

- 1- Taux de : CD4
a- <250 cellules/mm³ [.....] b- [251-350] cellules/mm³ [.....] c- [351-500] cellules/mm³ [.....] d- >500 cellules/mm³ [.....] e- Non fait [.....] f- non applicable [.....] g- sans information [.....]
2- Charge virale
a-<1000 copies/ml [.....] b- >1000 [.....] copies/ml c- égal 1000copies /ml d-Non fait [.....] e- non applicable [.....] f- sans information [.....]
3- Avez-vous rencontré des difficultés particulières liées à votre traitement ARV ?
OUI/...../ NON/...../ Si OUI lesquelles //
4- Avez-vous des problèmes d'accès aux soins de santé, comme le transport ou la disponibilité des médicaments, qui ont entraîné une mauvaise observance ?
/...../
5- Avez-vous eu des effets secondaires significatifs en prenant vos médicaments ARV ?
Si OUI quels types d'effets secondaires ? //
6- Quels facteurs personnels vous empêchent de suivre votre traitement ARV comme recommandé ? /...../
7- S'il vous est arrivé d'interrompre votre traitement, cela a-t-il eut des répercussions sur votre état de santé ? Oui/.../ NON/.../
8- N'avez-vous pas eu une amélioration de votre état de santé après votre initiation au ARV ? Une amélioration/...../ Aucune amélioration/...../

F- AVIS DES PATIENTS POUR LA SOLUTION ET AMELIORATION POSSIBLE :

- 1- Quelle stratégie personnelle pourraient être mise en place pour faciliter la prise régulière de vos médicaments ?
/...../
2- Avez-vous utilisé des rappels ou des applications pour vous aider à vous rappeler de prendre votre médicament ? si OUI ont-ils été efficaces ?
/...../
3- Selon vous quelles interventions pourraient aider d'autres patients à améliorer leur observance thérapeutique ?
/...../

Merci pour votre participation !

Fiche signalétique

Nom : TRAORE

Prénom : Sira

Téléphone : (+223) 76138958 / 69305513

Email : Siratraore27@gmail.com

Titre de la thèse : Contribution à l'étude sur l'inobservance thérapeutique chez les PVVIH sous ARV à l'USAC de la commune VI de Bamako.

Nationalité : Malienne

Ville de soutenance : Bamako

Année universitaire : 2023-2024

Lieu de dépôt : Bibliothèque de la FMOS et FAPH.

Secteur d'intérêt : : Maladies infectieuses.

Résumé :

On définit l'inobservance thérapeutique comme l'absence d'adéquation entre les comportements des patients et les prescriptions médicales. Cette étude avait pour objectif de contribuer à l'étude sur l'inobservance thérapeutique chez les PVVIH sous traitement ARV.

Nous avons mené une étude descriptive, transversale à collecte rétrospective à l'USAC du CSRéf de la commune VI de janvier 2023 à Mars 2024.

Les principales difficultés rencontrées étaient le refus de certains patients de participer à l'étude, la non disponibilité des résultats de la charge virale et du taux de CD4.

Nous avons eu 650 patients non observant dont 524 ont constitués l'échantillon de notre étude, les patients mariés polygames ont représenté 34,3%, le sexe féminin était le plus touché avec 73,3% dont l'âge moyen était de 42ans. Presque la totalité de nos patients résidaient hors Sogoniko avec 96,6% et 99% n'avaient pas effectué le dosage du taux de CD4, 42,2 % des cas ont eu une charge virale indétectable, la majorité étaient d'accord d'initier le traitement juste après avoir été tester positive au VIH avec 97,9%, sur les 2,1% qui ont refuser l'adhésion au début la majorité étaient des non scolarisé avec 1,7%. 93,5% de nos patients a été atteint par le VIH1, 99,8% des cas disent qu'ils y ont eu une grande amélioration de leur état d'âme depuis qu'ils ont initié le traitement. La majorité des PVVIH inobservant ont moins de 4 ans de traitement avec 50.90%. Le schéma thérapeutique TDF+3TC+DTG a été le plus utilisé avec 93,70%. Parmi les facteurs évoqués de la non observance, l'oubli était la plus fréquemment rencontrée avec 34,10% et 20,6% sont des non scolarisés. Il y a un lien statiquement significatif entre le niveau d'étude et le facteur lié à la non observance (P = 0,026).

Mots clé : Contribution, Inobservance, VIH/SIDA, Commune VI de Bamako.

Name: TRAORE

First name: Sira

Phone: (+223) 76138958 / 69305513

Email: Siratraore27@gmail.com

Title of the thesis: Contribution to the study on therapeutic non-compliance among PLHIV at the USAC of commune VI of Bamako.

Nationality: Malian

Defense city: Bamako

Academic year: 2023-2024

Place of deposit: Library of the FMOS and FAPH.

Sector of interest: Infectious illness.

Summary :

Therapeutic non-compliance is defined as the lack of adequacy between patient behavior and medical prescriptions. This study aimed to contribute to the study on therapeutic non-compliance among PLHIV on ARV treatment.

We conducted a descriptive, cross-sectional study with retrospective collection at the USAC of the CSRéf of commune VI from January 2023 to March 2024.

The main difficulties encountered were the refusal of certain patients to participate in the study, the unavailability of the results viral load and CD4 count.

We had 650 non-compliant patients, 524 of whom made up the sample of our study. Polygamous married patients represented 34.3%. The female sex was the most affected with 73.3%, the average age of which was 42 years. Almost all of our patients resided outside Sogoniko with 96.6% and 99% did not have the CD4 count tested, 42.2% of cases had an undetectable viral load, the majority agreed to initiate treatment just after testing positive for HIV with 97.9%, of the 2.1% who refused membership at the start the majority were those not in school with 1.7%. 93.5% of our patients were affected by HIV1, 99.8% of cases say that they have had a great improvement in their state of mind since they started treatment. The majority of non-compliant PLHIV have less than 4 years of treatment with 50.90%. The TDF+3TC+DTG treatment regimen was the most used with 93.70%. Among the factors mentioned for non-compliance, forgetting was the most frequently encountered with 34.10% and 20.6% are non-schoolers. There is a statically significant link between the level of study and the factor linked to non-compliance ($P = 0.026$).

Keywords : Contribution, non observance, HIV/AIDS, commune VI of Bamako.

SERMENT DE GALIEN

*En présence des Maîtres de la Faculté, des Conseillers de l'Ordre des Pharmaciens et de mes
Condisciples ;*

*D'honorer ceux qui m'ont instruit dans les préceptes de mon art et de leur témoigner ma
reconnaissance en restant fidèle à leur enseignement ;*

*D'exercer, dans l'intérêt de la santé publique, ma profession avec conscience et de respecter
non seulement la législation en vigueur, mais aussi les règles de l'honneur, de la probité et
du désintéressement ;*

De ne jamais oublier ma responsabilité et mes devoirs envers le malade et sa dignité humaine.

*En aucun cas, je ne consentirai à utiliser mes connaissances et mon état pour corrompre les
mœurs et favoriser des actes criminels.*

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses.

Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque.

Je le jure !!!