

Ministère de l'Enseignement Supérieur et de la  
Recherche Scientifique

\*\*\*\*\*



**U.S.T.T-B**

REPUBLIQUE DU MALI

\*\*\*\*\*

**Un Peuple-Un But-Une Foi**



Université des Sciences des Techniques et des Technologies de Bamako  
*Faculté de Médecine et d'Odontostomatologie*

**FMOS**

Année universitaire 2021 -2022

**THESE**

Thèse N° :..... /

**OBSERVANCE AUX TRAITEMENTS ARV CHEZ LES PVVIH ADULTES SUIVIES  
AU CENTRE DE SANTE DE REFERENCE DE SELINGUE**

Présenté et soutenu publiquement le.../.../2022 devant le jury de la Faculté de Médecine  
et d'Odontostomatologie

Par :

**Mme. Koné Mamou SAMAKE**

**Pour l'obtention du Grade de Docteur en Médecine (Diplôme d'Etat)**

**JURY**

**Président :** Pr. MINTA Daouda Kassoum

**Membre :** Dr. Kaly KEÏTA

**Co-Directeur :** Dr. Menta Djenebou Traoré

**Directeur :** Pr. Kaya Assetou Soukho

**DEDICACES**

*Toutes les lettres ne sauraient trouver les mots qu'il faut...*

*Tous les mots ne sauraient exprimer la gratitude, l'amour, le respect, la reconnaissance...*

*Je dédie ce travail,*

*« DIEU »*

*Le TOUT PUISSANT, le CLEMENT, le MISERICORDIEUX.*

*Nous te rendons grâce pour le don de notre vie, ton apport à la réalisation de ce travail et nous nous remettons à toi pour les défis à venir. Que ta gloire règne à jamais.*

*Que ce travail soit le reflet de ton amour incommensurable pour nous.*

*Permetts-nous de tirer un profit licite de ce travail et accorde-nous le savoir, la sagesse et les vertus qui rendront utile à l'humanité notre bref passage sur terre.*

*A notre prophète MOHAMED que la paix et le salut de Dieu soient sur lui.*

✓ *A mon père Bakary SAMAKE,*

*Je te remercie pour tout le soutien et l'amour que tu nous portes depuis notre enfance. Tu as développé en nous le sens de l'honneur, de la dignité, du courage, du travail bien fait, de la logique du rationnel, de la morale, de l'humilité et de la responsabilité. Merci pour tes prières, pour ton soutien inconditionnel aussi bien moral, affectif, matériel ou financier. A travers ce travail, j'espère te rendre aussi fier de moi que je le suis de toi. Que le Seigneur t'accorde longue vie et te garde en santé.*

✓ *A ma mère Salimata BAGAYOGO,*

*Femme affectueuse, femme généreuse, femme travailleuse, femme patiente, femme courageuse, femme vertueuse, telles sont les qualités qui font de toi une personne admirable. Tout ce que je suis aujourd'hui c'est à toi que je le dois. Que ce modeste travail soit l'exaucement de tes vœux tant formulés, le fruit de tes innombrables sacrifices, bien que je ne t'en acquitterai jamais assez. Puisse Dieu, le Très Haut, t'accorder santé, bonheur et longue vie et faire en sorte que jamais je ne te déçoive. Amen !!!*

✓ *A mon mari Sidiki KONE,*

*Merci pour ta présence à mes côtés, ta patience, tes conseils, tes encouragements, ton affection et pour tous les efforts que tu fais pour me rendre heureuse. Que le Seigneur veille sur toi, nous garde unis et nous aide à concrétiser nos projets.*

✓ **A ma grande sœur Kadiatou SAMAKE,**

*Autant de phrases et d'expressions aussi éloquentes soient-elles ne sauraient exprimer notre gratitude et notre reconnaissance. Je te dédie très affectueusement ce travail, tu m'as accompagné tout le long de mon cursus scolaire et universitaire. Tu as su nous inculquer le sens de la responsabilité, de l'optimisme et de la confiance en soi face aux difficultés de la vie. Tes conseils ont toujours guidé nos pas vers la réussite. Ta patience sans fin, ta compréhension et ton encouragement sont pour nous le soutien indispensable que tu as toujours su nous apporter. Que Dieu le tout puissant te préserve, t'accorde santé, bonheur, quiétude de l'esprit et te protège de tout mal.*

✓ **A Dr Cheick Oumar KAMISSOKO :**

*Vous avez initié ce travail, et je vous remercie de me l'avoir confié pour le réaliser. Votre disponibilité malgré vos multiples occupations, à me recevoir est très comble. Ce travail est votre effort personnel. Que DIEU vous récompense merci pour la formation, qu'Allah vous accorde le bonheur, la paix, la bonne santé, la longévité et le succès dans vos entreprises. Qu'il vous protège et votre famille. Amen !!!*

✓ **A Dr KEITA Djigui, Dr BAGAYOKO Mamadou Moussa, au Dr GUINDO Abdoulaye**

*Chers maîtres votre disponibilité constante à l'endroit de vos étudiants est exemplaire. Vous n'épargnez ni votre temps, ni vos forces pour prodiguer des soins aux malades. Merci pour vos aides et encouragements. Vos soutiens m'ont jamais fait défaut. Je vous en resterai très humble.*

✓ **A toutes les personnes vivant avec le VIH :**

*Combattants de la vie, l'espoir est réel.  
Que dans vos cœurs, triomphe l'amour et dans vos pensées, triomphe l'espérance.  
C'est à vous aussi que je dédie ce travail*

## REMERCIEMENTS

**Professeur Kaya Assetou SOUKHO** Votre sérieux, votre rigueur dans le travail, votre compétence et votre sens du devoir nous ont énormément marqué. Veuillez trouver ici l'expression de notre respectueuse considération et notre profonde admiration pour toutes vos qualités scientifiques et humaines. Et c'est l'occasion, notre cher maître de vous exprimer à mon nom propre et à celui de ma famille nos sincères remerciements.

**Docteur Menta Djénébou TRAORE**, tout ce travail est votre œuvre. Nous sommes parvenus à cette étape parce que vous avez su guider nos pas. Cher maître cela ne surprend guère ceux qui ont eu le privilège de vous côtoyer. Votre rigueur scientifique, votre amour du travail bien fait, votre humanisme, votre discrétion enviable, votre disponibilité constante et votre modestie illustrent vos qualités d'homme de science. Puisse Allah le TOUT PUISSANT nous permettre de vous imiter. C'est l'occasion, cher maître de vous exprimer à mon nom propre et à celui de ma famille nos sincères remerciements.

**Professeur Daouda Kassoum MINTA** : Nous avons apprécié dès le premier contact vos immenses qualités scientifiques et humaines. Nous garderons de vous l'image d'un homme de science et d'un enseignant soucieux de la formation de ses étudiants. Votre rigueur scientifique, votre amour pour le travail bien fait, et surtout votre honnêteté font de vous un maître respecté et un exemple à suivre. Recevez ici cher maître, notre profonde gratitude, que le Tout Puissant vous accorde une carrière longue et brillante.

**Docteur Kaly KEITA** :

Votre gentillesse, votre disponibilité, votre esprit de tolérance de partage et votre grande qualité humaine font de vous une personne admirable. Les mots me manquent pour exprimer ce que je ressens, merci pour votre soutien moral et matériel. Nous souhaitons beaucoup de succès et bonheur à vous et à votre famille. Que le Tout Puissant vous accorde une longue et une brillante carrière.

**Docteur Moustaph COULIBALY** : Merci pour votre connaissance, votre conseil, votre bonne humeur, et votre disponibilité. Notre séjour dans votre centre nous a permis d'apprécier en vous vos imminentes qualités humaines et scientifiques. Votre rigueur dans la démarche scientifique, et votre souci du travail bien fait. Veuillez accepter cher maître, l'expression de notre profonde gratitude et notre considération.

**Mon grand frère Dr Yacouba KONE**, ce travail est le fruit du suivi de tout genre que tu m'as fait l'objet. Ton soutien n'a jamais fait défaut. Merci de me donner le sens de ma vie

***Ma belle-mère : Mme Koné Oumou TOURE***

*Votre considération et votre présence à mon égard, aussi les encouragements et les conseils que vous m'apportez pour m'aider à aller de l'avant et à surmonter les épreuves difficiles. Merci pour le soutien, qu'Allah vous récompense. Amen !!!*

***Mes oncles et toutes mes tantes :*** *Ce travail est le fruit de vos remarques pertinentes et de vos bénédictions qui n'ont jamais manqué, recevez ici toute ma reconnaissance*

***Mes frères et sœurs : Nouhoum, Assim, Maimouna, Idrissa, Oumar, Ahoua et Adama***

*On ne choisit pas sa famille mais c'est un plaisir d'être votre sœur. Votre clairvoyance, votre persévérance et votre rigueur ont été pour moi un stimulant de réussite. Les mots me manquent pour vous remercier. Le lien de sang est sacré. Je suis fier de vous. Ensemble, nous constituons une vraie équipe Merci pour votre soutien. Que Dieu veille sur chacun de vous et garde notre famille soudée.*

***Mes cousins, cousines, neveux et nièces :***

*Votre venu en ce monde a inondé mon cœur de joie et de fierté. Que ce travail soit le testament de ma tendresse de mon affection particulièrement de ma dévotion pour vous. Qu'Allah vous accorde le bonheur dans la paix, la prospérité, le respect des valeurs humaines et morales, Amen.*

***Ma famille d'accueil depuis Kalaban Coro Nèrèkoro : Famille Alou BAGAYOGO,*** *Ta générosité, ton soutien et tes encouragements m'ont été d'un appui inestimable pour ce travail. Permets-moi de t'exprimer ma profonde gratitude. Particulièrement à ma tante chérie Mme Bagayogo Awa DIABATE, qui par vos conseils votre amour, votre soutien tant moral que matériel avez permis que ce travail s'élabore et voit le jour.*

***La famille Wodjouma SIDIBE ET Boubou CISSE*** depuis Selingué que ce travail soit un exemple de réussite pour vous.

***La famille Cheick Moctar TRAORE Kalaban Coro Adekene*** Vous m'avez toujours soutenu j'ai passé de très beaux moments en famille merci à vous tous.

***Mes amis, Virginie DENA, Dr Maimouna DIALLO, Dr Younoussa SANGARE, Mariam KEITA, Amadou COULIBALY :*** *Vous avez été mes compagnons de bataille durant ce cycle de médecine. J'ai passé les plus beaux moments avec vous, vous avez toujours été là pour me consoler permettez-moi à travers ce travail de vous dire combien je vous admire, merci énormément.*

***Tous mes maitres et maitresses de l'école primaire jusqu'à l'université :*** *c'est aujourd'hui que j'apprécie mieux le métier combien fatigant mais combien noble d'enseignant. Sans vous que sera l'humanité : une immense obscurité. Qu'Allah bénisse d'avantage cette profession.*

*Tout le personnel du Csréf de Sélingué, merci pour l'accueil chaleureux, la sympathie, la confiance et la collaboration face à tout ce que nous avons partagé ensemble.*

*Mes voisins, mes jeunes frères académiques qui, d'une quelconque manière, m'ont apporté leur soutien, leur attention, leurs encouragements, leur appui et leur assistance pour que je puisse mener à terme ce travail,*

## **HOMMAGES AUX MEMBRES DU JURY**

### **A notre Maître et Président du jury**

#### **Pr. Daouda Kassoum MINTA**

- Professeur titulaire de Maladies Infectieuses et Tropicales ;
- Directeur du centre d'excellence de lutte contre le VIH adultes ;
- Chargé de cours de parasitologie et thérapeutique à la FMOS ;
- Chercheur au DEAP/MRTC/FMOS-Mali ;
- Vice-président de la société Africaine de Pathologies Infectieuses ;
- Président de la société Malienne de contrôle des résistances au antimicrobiens (SOMARAM) ;
- Président du comité Scientifique VIH du Mali ;
- Coordinateur du DIU d'hygiène Hospitalière à la FMOS.

Honorable Maître,

Vous nous faites un grand honneur en acceptant de présider ce jury malgré vos multiples sollicitations.

Nous avons été marqués dès notre arrivée dans cette faculté par vos qualités pédagogiques, votre humeur constamment joviale et votre disponibilité. Votre simplicité et votre humilité sont des qualités qui font de vous un maître envié de tous. Trouvez ici l'expression de notre profonde gratitude et de notre profond respect. Puisse Allah le tout puissant, vous accorder une longue vie et une très bonne santé. Amen !!!

## **À notre Maître et membre du Jury**

### **Dr. Kaly KEITA**

- Spécialiste en médecine interne
- Praticien hospitalier au CHU du point G
- Membre de la Société de Médecine Interne du Mali (SOMIMA) ;
- Membre de la société africaine de médecine interne(SAMI) ;
- Membre de la société américaine de médecine interne générale

Cher Maître

Votre disponibilité, votre humilité, votre courage, et surtout votre rigueur dans le travail bien fait font de vous un homme admirable.

Nous sommes fiers et flattés que vous ayez accepté de juger ce travail.

Soyez rassuré de notre profonde et sincère gratitude pour tout ce que vous faites pour nous et pour les populations.



## **A notre Maître et CO-DIRECTRICE DE THESE**

### **Dr. MENTA Djénébou TRAORE**

- Spécialiste en médecine interne
- Maître-assistant en Médecine Interne à la FMOS
- Membre de la société Malienne de Médecine Interne
- Praticienne hospitalière au CHU du point G
- Diplômée de l'université paris 6 sur la prise en charge du VIH
- Diplômée de formation post-graduée en hépato-gastro-entérologie

Cher Maître

Votre abord facile, votre capacité intellectuelle, et votre rigueur dans le travail bien fait suscite l'admiration de tous. Nous sommes honorés de la spontanéité avec laquelle vous avez accepté de participer à cette thèse. Votre disponibilité permanente à servir autant que possible font de vous un exemple à suivre.

Veillez recevoir ici cher Maître le témoignage de toute notre reconnaissance, soyez rassuré de notre haute admiration et de notre profond respect.

## **A NOTRE MAITRE ET DIRECTRICE DE THESE**

### **Pr. KAYA Assetou SOUKHO**

- Spécialiste en Médecine interne de l'Université de Cocody (Cote d'Ivoire) ;
- Première femme professeur titulaire en Médecine interne à la FMOS au Mali ;
- Praticienne hospitalière dans le service de Médecine interne du CHU Point G
- Spécialiste en Endoscopie digestive ;
- Titulaire d'une attestation en épidémiologie appliquée ;
- Diplôme de cours d'épidémiologie pour cadres supérieurs de la santé du Mali
- Diplôme de formation post graduée en Gastro-Entérologie de l'Organisation Mondiale de Gastro-Entérologie (OMGE) à Rabat (Maroc) ;
- Titulaire d'un certificat de formation de la prise en charge du diabète et complications à Yaoundé (Cameroun) ;
- Membre du bureau de la Société de Médecine Interne du Mali (SOMIMA) ;
- Membre du bureau de la société africaine de médecine interne (SAMI).

Cher Maître

Nous avons été fascinés par votre grande simplicité, votre tendresse, votre générosité, votre disponibilité, votre facilité à transmettre et votre rigueur scientifique. En aucun moment nous n'avons manqué de votre assistance.

Vos qualités humaines, sociales, et scientifiques font de vous un maître admirable de tous.

Veillez trouver en cet ouvrage cher maître, toute notre gratitude.

Que le Tout Puissant vous garde aussi longtemps auprès de nous. Amen !!!

**LISTE DES ABREVIATIONS**

<b>ABC</b>	: Abacavir
<b>ADN</b>	: Acide Désoxyribonucléique
<b>ARN</b>	: Acide Ribonucléique
<b>ARV</b>	: Antirétroviraux
<b>ATV</b>	: Atazanavir
<b>AZT</b>	: Zidovudine
<b>CD4</b>	: Cluster of différenciation 4
<b>CDC</b>	: Center for Disease Control and prevention
<b>CMV :</b>	: Cytomégalovirus
<b>CSCOM</b>	: Centre de Santé Communautaire
<b>CSREF</b>	: Centre de Santé de Référence
<b>CV</b>	: Charge Virale
<b>d4T</b>	: Stavudine
<b>DDC</b>	: Zalcitabine
<b>DDI</b>	: Didanosine
<b>DLV</b>	: Delavirdine
<b>DRV</b>	: Darunavir
<b>DTG</b>	: Dolitégravir
<b>EBV</b>	: Epstein-Barr Virus
<b>EFV</b>	: Efavirenz
<b>ELISA</b>	: Enzyme Linked Immuno-Sorbent Assay
<b>FMPOS</b>	: Faculté de Médecine, de Pharmacie et d'Odontostomatologie
<b>FPV</b>	: Fusamprenavir
<b>FTC</b>	: Emtricitabine
<b>HTLV</b>	: Human T-Lymphocyte Virus
<b>IMAARV</b>	: Initiative Malienne d'Accès aux Antirétroviraux
<b>HTA</b>	: Hypertension artérielle
<b>INRT</b>	: Inhibiteur nucléosidique de la reverse transcriptase
<b>INNRT</b>	: Inhibiteur non nucléosidique de la reverse transcriptase
<b>INRSP</b>	: Institut National de la Recherche en Santé Publique
<b>IDV</b>	: Indinavir
<b>J0</b>	: Début de l'étude

<b>IP</b>	: Inhibiteur de protéase
<b>LPV/r</b>	: Lopinavir booster par le ritonavir
<b>M3</b>	: Suivi à 3 mois de l'étude
<b>M6</b>	: Suivi à 6 mois de l'étude
<b>NFV</b>	: Nelfinavir
<b>NVP</b>	: Névirapine
<b>OMS</b>	: Organisation Mondiale de la Santé
<b>PV/VIH</b>	: Personne Vivant avec le Virus de l'Immunodéficience Humaine
<b>SIDA</b>	: Syndrome d'Immunodéficience Acquise
<b>RAL</b>	: Raltégravir
<b>SQV</b>	: Saquinavir
<b>TARV</b>	: Traitement Antirétroviral
<b>3TC</b>	: Lamivudine
<b>VIH</b>	: Virus de l'Immunodéficience Humaine

**LISTE DES TABLEAUX**

Tableau I : Effets secondaires particuliers .....	22
Tableau II : Protocole du traitement ARV .....	24
Tableau III : Toxicité des antirétroviraux de première ligne et substitution recommandées... 25	
Tableau IV : Alternatives de seconde ligne possibles en fonction des schémas utilisés en première ligne et en cas de contre-indication ou de toxicité de l'une des molécules du schéma préférentiel. ....	26
Tableau V : Options de schémas thérapeutiques sont les suivantes.....	27
Tableau VI : Traitement ARV à proposer en cas de découverte de TB au cours du traitement ARV selon les lignes thérapeutiques.....	28
Tableau VII : Substitution selon les schémas de premières et deuxièmes lignes en cas de découverte d'une co-infection VIH/VHB .....	29
Tableau VIII : Avantages et inconvénients des méthodes de mesure de l'observance.....	30
Tableau IX : Récapitulatif des facteurs de risque d'inobservance [33] .....	32
Tableau X : Interprétation de l'IMC selon l'OMS [37] .....	41
Tableau XI : Stades de la classification du VIH selon l'OMS [38] .....	41
Tableau XII : Stades de la classification du VIH selon CDC [49].....	42
Tableau XIII : Répartition des patients selon le sexe.....	43
Tableau XIV : Répartition des patients selon les tranches d'âge.....	43
Tableau XV : Répartition des patients selon le statut matrimonial.....	44
Tableau XVI : Répartition des patients selon le régime matrimonial.....	44
Tableau XVII : Répartition des patients selon leur lieu de résidence.....	44
Tableau XVIII : Répartition des patients selon la profession.....	45
Tableau XIX : Répartition des patients selon le niveau d'instruction.....	45
Tableau XX : Répartition des patients selon l'indice de masse corporelle.....	46
Tableau XXI : Répartition des patients selon les comorbidités.....	46
Tableau XXII : Répartition des patients selon le Schéma utilisé.....	46
Tableau XXIII : Répartition des patients selon le niveau d'observance à J0 de l'étude.....	47

Tableau XXIV : Répartition des patients selon la Classification OMS à J0 de l'étude. **Erreur ! Signet non défini.**

Tableau XXV : Répartition des patients selon le nombre de prise manquée entre 2 rendez-vous à J0 de l'étude..... 47

Tableau XXVI : Répartition des patients selon le nombre de prise groupée entre 2 rendez-vous à J0 de l'étude..... 49

Tableau XXVII : Répartition des patients selon la survenue des effets secondaires à J0 de l'étude..... 50

Tableau XXVIII : Répartition des patients selon les types des effets secondaires à J0 de l'étude ..... 50

Tableau XXIX : Répartition des patients selon les causes d'inobservances à J0 de l'étude.... 51

Tableau XXX : Répartition des patients selon la charge virale à J0 de l'étude ..... 51

Tableau XXXI : Répartition des patients selon le niveau d'observance à M3 de l'étude..... 52

Tableau XXXII : Répartition des patients selon la classification de l'OMS à M3 de l'étude.. 53

Tableau XXXIII : Répartition des patients selon le nombre de prise manquée entre 2 rendez-vous à M3 de l'étude..... **Erreur ! Signet non défini.**

Tableau XXXIV : Répartition des patients selon le nombre de prise groupée entre 2 rendez-vous à M3 de l'étude..... 53

Tableau XXXV : Répartition des patients selon la survenue des effets secondaires à M3 de l'étude..... 55

Tableau XXXVI : Répartition des patients selon les types des effets secondaires à M3 de l'étude ..... 56

Tableau XXXVII : Répartition des patients selon les causes d'inobservance à M3 de l'étude ..... 56

Tableau XXXVIII : Répartition des patients selon le niveau d'observance à M6 de l'étude... 56

Tableau XXXIX : Répartition des patients selon la classification de l'OMS à M6 de l'étude 57

Tableau XL : Répartition des patients selon le nombre de prise manquée entre 2 rendez-vous à M6 de l'étude. .... 58

Tableau XLI : Répartition des patients selon le nombre de prise groupée entre 2 rendez-vous à M6 de l'étude ..... **Erreur ! Signet non défini.**

Tableau XLII : Répartition des patients selon la survenue des effets secondaires à M6 de l'étude .....	58
Tableau XLIII : Répartition des patients selon les types d'effets secondaires à M6 de l'étude..	60
Tableau XLIV : Répartition des patients selon les causes d'inobservance à M6 de l'étude ....	60
Tableau XLV : Répartition des patients selon la Charge virale à M6 de l'étude .....	60
Tableau XLVI : Relation entre le niveau d'observance et la classification de l'OMS à J0 de l'étude.....	61
Tableau XLVII : Relation entre le niveau d'observance et la prise du médicament conformément à la prescription du médecin à J0 de l'étude .....	61
Tableau XLVIII : Relation entre le niveau d'observance et la présence d'effets secondaires à J0 de l'étude .....	62
Tableau XLIX : Relation entre le niveau d'observance et les types d'effets secondaires à J0 .....	<b>Erreur ! Signet non défini.</b>
Tableau L : Relation entre le niveau d'observance et le taux de CD4 à J0 de l'étude .....	63
Tableau LI : Relation entre le niveau d'observance et la charge virale à J0 de l'étude .....	63
Tableau LII : Relation entre le niveau d'observance et la classification OMS à M3 de l'étude .....	64
Tableau LIII : Relation entre le niveau d'observance et le respect des rendez-vous du renouvellement des ordonnances à M3 de l'étude .....	64
Tableau LIV : Relation entre le niveau d'observance et la prise du médicament conformément à la prescription du médecin à M3 de l'étude .....	<b>Erreur ! Signet non défini.</b>
Tableau LV : Relation entre le niveau d'observance et la présence d'effets secondaires à M3 de l'étude.....	65
Tableau LVI : Relation entre le niveau d'observance et les types d'effets secondaires à M3 de l'étude.....	65
Tableau LVII : Relation entre le niveau d'observance et le taux de CD4 M3 de l'étude. ....	66
Tableau LVIII : Relation entre le niveau d'observance et la classification OMS à M6 de l'étude .....	66
Tableau LIX : Relation entre le niveau d'observance et le respect des rendez-vous du renouvellement des ordonnances à M6 de l'étude .....	67

Tableau LX : Relation entre le niveau d'observance et la prise du médicament conformément à la prescription du médecin à M6 de l'étude ..... 67

Tableau LXI : Relation entre le niveau d'observance et les types d'effets secondaires à M6 de l'étude..... 68

Tableau LXII : Relation entre le niveau d'observance et le taux de CD4 à M6 de l'étude. .... 68

Tableau LXIII : Relation entre le niveau d'observance et la charge virale à M6 de l'étude. .... **Erreur ! Signet non défini.**



## LISTE DES FIGURES

Figure 1 : Structure du virus de VIH.....	7
Figure 2 : Cycle du VIH.....	8
Figure 3 : Carte sanitaire de Selingué [36].....	38
Figure 4 : Répartition des patients selon le respect des rendez-vous du renouvellement des ordonnances à J0 de l'étude.....	48
Figure 5 : Répartition des patients selon la prise du médicament conformément à la prescription du médecin à J0 de l'étude .....	49
Figure 6 : Répartition des patients selon le taux de CD4 à J0 de l'étude .....	52
Figure 7 : Répartition des patients selon le respect des rendez-vous du renouvellement des ordonnances à M3 de l'étude .....	54
Figure 8 : Répartition des patients selon la prise du médicament conformément à la prescription du médecin à M3 de l'étude .....	55
Figure 9 : Répartition des patients selon le taux de CD4 à M3 de l'étude.....	57
Figure 10 : Répartition des patients selon le respect des rendez-vous du renouvellement des ordonnances à M6 de l'étude .....	59
Figure 11 : Répartition des patients selon la prise du médicament conformément à la prescription du médecin à M3 de l'étude .....	59
Figure 12 : Répartition des patients selon le taux de CD4 à M6 de l'étude.....	62

**SOMMAIRE**

INTRODUCTION.....	1
OBJECTIFS .....	4
Objectif général .....	4
Objectifs spécifiques .....	4
1. GENERALITES.....	5
1.1. Infection à VIH.....	5
1.1.1. Définition : .....	5
1.1.2. Epidémiologie : .....	5
1.1.3. Historique .....	5
1.1.4. Agent pathogène .....	7
1.1.5. Cycle de réplication virale .....	8
1.1.6. Modes de contaminations .....	9
1.1.7. Facteurs favorisants .....	10
1.2. Les principales manifestations cliniques :.....	10
1.2.1. Affections cutanéomuqueuses.....	10
1.2.2. Problèmes gynécologiques fréquents chez les femmes séropositives pour le VIH,.....	11
1.2.3. Infections parasitaires.....	12
1.2.4. Infections fongiques .....	13
1.2.5. Infections bactériennes .....	14
1.2.6. Cancers .....	14
1.3. Diagnostic.....	15
1.3.1. Diagnostic clinique .....	15
1.3.2. Diagnostic biologique .....	16
1.4. Classification clinique et immunologique .....	16
1.4.1. Classification 1993 du CDC d'Atlanta .....	16
1.4.2. Classification OMS de l'infection à VIH (révision 2007) .....	18

1.5.	Traitement antirétroviral .....	19
1.5.1.	But du traitement ARV .....	19
1.5.2.	Principes de base du traitement ARV : Conditions d'efficacité.....	20
1.5.3.	Tolérance .....	20
1.5.4.	Mode d'action des ARV et principaux médicaments disponibles .....	20
1.5.5.	Différentes classes antirétrovirales.....	21
1.5.6.	Interactions médicamenteuses .....	22
1.5.7.	Protocoles .....	24
1.5.8.	Nouveau protocole révisé de 2020 .....	24
1.5.9.	Traitement de la co-infection VIH/tuberculose, VIH/VHB, VIH/VHC .....	27
1.6.	Observance du traitement antirétroviral .....	29
1.6.1.	Définition .....	29
1.6.2.	Mesure de l'observance.....	30
1.6.3.	Facteurs de mauvaise observance .....	31
1.6.4.	Conséquences de l'inobservance.....	32
1.6.5.	Différents modes de non-observance identifiés .....	33
1.6.6.	Risques liés à une mauvaise observance thérapeutique .....	33
2.	METHODOLOGIE.....	35
2.1	Lieu et population d'étude.....	35
2.1.1	Cadre et lieu l'étude .....	35
2.1.2	Population d'étude.....	38
2.2	Type et période d'étude .....	38
2.3	Critère d'éligibilité	
2.3.1	Critère d'inclusion.....	38
2.3.2	Critère de non inclusion .....	39
2.4	Matériels et Méthodes .....	39
2.4.1	Technique .....	39

2.4.2	Outils de collecte .....	39
2.5	Variables .....	39
2.6	Définitions opérationnelles .....	40
2.7	Aspects éthiques .....	42
2.8	Analyse des données.....	42
3.	RESULTATS .....	43
3.1.	Résultats descriptifs.....	43
3.1.1.	Données sociodémographiques .....	43
3.1.2.	Données cliniques et paracliniques .....	46
3.2.	Résultats analytiques .....	63
3.2.1.	Résultats analytiques à J0 de l'étude .....	63
3.2.2.	Résultats analytiques à M3 de l'étude .....	66
3.2.3.	Résultats analytiques à M6 de l'étude .....	69
4.	COMMENTAIRES ET DISCUSSION .....	72
4.1.	Limites de notre étude .....	72
4.2.	Résultats globaux.....	72
4.3.	Données sociodémographiques .....	72
4.4.	Données cliniques et paracliniques.....	74
4.5.	Résultats analytiques.....	74
	CONCLUSION .....	76
	RECOMMANDATIONS .....	77
	REFERENCES .....	79
	ANNEXES .....	86

## **INTRODUCTION**

L'infection à VIH demeure un problème majeur de santé publique, c'est une infection rétrovirale chronique due à un virus de la famille des Rétroviridae qui agit par destruction du système immunitaire de l'organisme hôte. Il en résulte un syndrome dit syndrome d'immunodéficience acquise (SIDA) qui est le dernier stade de l'infection [1].

Le VIH peut se transmettre par le contact étroit et non protégé avec les liquides de l'organisme d'un sujet infecté : sang, lait maternel, sperme et sécrétions vaginales. La transmission hétérosexuelle est la plus prédominante dans les régions tropicales, en particulier en Afrique subsaharienne. Le pourcentage des adultes femmes de plus de 15 ans vivant avec le VIH reste stable depuis plusieurs années dans le monde de l'ordre de 50 %, mais il est de 58% en Afrique subsaharienne [2].

L'ONUSIDA estime qu'en 2009 ; 33.3 millions de personnes vivaient avec le VIH dans le monde, dont 30.8 millions d'adultes ; l'incidence de l'infection VIH était de 2.6 millions de personnes dont 2.1 millions d'adultes. L'Afrique subsaharienne, qui ne représente que 15 % de la population mondiale, demeure la région la plus durement touchée par l'épidémie à VIH avec 22.5 millions (68 %) de personnes infectées par le VIH [3].

Selon le rapport de l'OMS en 2013, ce fléau constitue aujourd'hui une pandémie avec 35.3 millions de séropositifs dans le monde et l'Afrique subsaharienne 25 millions de personnes vivant avec le VIH. Avec une séroprévalence de 1.3% en 2006 selon l'EDS IV, le Mali à l'instar des autres pays d'Afrique au Sud du Sahara n'est pas épargné par le VIH [4].

En 2017, 36.9 millions de personnes vivaient avec le VIH et 1.8 millions de personnes ont été nouvellement infectées dans le monde [5].

En 2018 et en juin 2019 ; 37.9 millions de personnes vivaient avec le VIH dont 36.2 millions d'adultes ; 1.7 millions de personnes ont été nouvellement infectées avec 1.6 millions d'adultes. La fin de juin 2019 ; 24.5 millions de personnes avaient accès au traitement antirétroviral [6].

La mise en place de l'initiative malienne d'accès aux antirétroviraux (IMAARV) en 2001 dans le but d'améliorer la qualité de la prise en charge des personnes vivant avec le VIH a permis l'effectivité de la gratuité de la prise en charge des personnes infectées par le VIH et le SIDA depuis juillet 2004, avec la mise en place des sites de traitement ARV qui était au nombre de 3 en 2001 ; 75 en 2009, et 95 en 2018 sur toute l'étendue du territoire Malien [7].

Le traitement antirétroviral est efficace pour diminuer la mortalité, le risque de SIDA, le risque de transmission et pour améliorer la qualité de vie mais aucune guérison. Le principe du traitement est de supprimer la réplication virale et de récupérer des CD4 (moyenne = 100/an) [8].

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. Selon les études publiées, la non observance chez les patients adultes infectés par le VIH se situe entre 33 % et 88 %, et une observance d'au moins 95 % est requise pour garantir une suppression virale continue et complète. Cependant, en l'absence de standard de référence, l'observance est très difficile à estimer. Des facteurs liés au patient, au traitement et au temps affectent l'observance. On sait aussi que, pour chaque individu, l'observance est toujours susceptible de se modifier. L'observance à long terme des traitements antirétroviraux en Afrique est une question essentielle [9].

L'observance du traitement ARV est un élément essentiel du succès du traitement, tant au niveau du programmatique qu'individuel. Dans les pays développés, des études ont montré une corrélation entre le degré d'observance et l'amélioration des résultats virologiques, immunologiques et cliniques. En l'absence de mesure de la charge virale pour détecter de façon précoce un échec thérapeutique, l'observance devient un élément clé pour retarder ou empêcher la survenue de résistances aux médicaments et assurer une pérennité maximale aux schémas thérapeutiques de première intention. Toute stratégie visant à améliorer l'observance doit être basée sur la sensibilisation des patients avant le début et après le démarrage du traitement, et l'évaluation de leur niveau de compréhension du traitement. Le conseil en matière d'observance comprend l'apport d'informations de base sur l'infection par le VIH et ses manifestations, les bénéfices et les effets secondaires liés à la prise d'ARV, la façon de prendre les médicaments. Le succès de l'observance dépend de la réduction du nombre de comprimés, le packaging des comprimés, la fréquence des prises, l'absence de contraintes d'ordre alimentaire, l'intégration des ARV dans le mode de vie du patient, et la participation de parents, amis ou membres de la communauté pour fournir au patient un soutien [10].

Une observance du traitement de 95% est nécessaire pour atteindre les résultats d'impact thérapeutiques qui sont : prolonger la vie, diminuer la fréquence des affections opportunistes, arrêter ou ralentir la réplication virale, restaurer ou améliorer l'immunité. L'observance peut être évaluée par des méthodes directes : auto-questionnaires comportant des questions ouvertes et neutres, échelles visuelles analogiques. Ces méthodes comportent un risque de surestimation

et des méthodes indirectes : décomptes de comprimés ou dosages sanguins de la charge virale et du taux de CD4 [11].

La commune de Baya est dotée d'une structure de prise en charge du VIH depuis 2011(Csréf de Sélingué) avec la dispensation des antirétroviraux. De nos jours, le Csréf est appuyé dans la prise en charge par 02 CSCOM et 02 ONG. Le dépistage se fait au Csréf à travers les dons de sang, les demandes des consultations et volontaires. Certains bilans pour l'initiation et le suivi des patients sous ARV ne sont pas disponibles (CV, PCR, Urée, Créatinémie et Transaminases). L'évaluation de l'observance n'est pas systématique chez les PVVIH au Csréf de Sélingué. Les moyens de mesures et les déterminants de l'observance ainsi que les moyens pour diminuer le nombre de non observant sont mal connus par les PVVIH à Selingué. C'est pourquoi, il nous semble pertinent d'étudier l'observance du traitement dans le centre de sante de référence de Selingué.

### **Question de recherche**

Le faible niveau de l'observance aux ARV au sein de la cohorte des PVVIH au Csréf de Selingué est-il dû à l'indisponibilité des moyens d'évaluation et de renforcement de l'observance thérapeutique des ARV ?

### **Hypothèse de recherche**

Le faible niveau de l'observance aux ARV au sein de la cohorte des PVVIH au Csréf de Selingué serait due à l'indisponibilité des moyens d'évaluation et de renforcement de l'observance thérapeutique des ARV.

## **OBJECTIFS**

### **Objectif général**

Etudier l'observance thérapeutique des ARV chez les adultes suivis au CS Réf de Selingué.

### **Objectifs spécifiques**

1. Déterminer le profil sociodémographique des patients ;
2. Répertorier les protocoles thérapeutiques antirétroviraux en cours ;
3. Evaluer le niveau de l'observance des PVVIH ;
4. Identifier les déterminants de l'observance du traitement ARV.



## 1. GENERALITES

### 1.1. Infection à VIH

#### 1.1.1. Définition : [12]

Le VIH est un rétrovirus qui affaiblit le système immunitaire et le rend incapable de lutter contre les infections. Le VIH favorise aussi d'autres maladies, qui peuvent, à plus ou moins long terme, entraîner la mort.

#### 1.1.2. Epidémiologie : [13]

En 2020 ; 37.6 millions [30.2 millions-45.0 millions] de personnes vivraient avec le VIH dont 35.9 millions [28.9 millions-43.0 millions] d'adultes. Environ 1.5 millions [1.1 millions-2.1 millions] de personnes étaient nouvellement infectées par le VIH, contre 2.8 millions [2.0 millions-3.9 millions] en 1998. Depuis 2010, les nouvelles infections au VIH ont diminué de 30 %, passant de 2,1 millions [1,5 million-2,9 millions] à 1,5 million [1,1 million-2,1 millions] en 2020. À la fin décembre 2020, 27.4 millions [26.5 millions-27.7 millions] de personnes avaient accès au traitement antirétroviral, soit une augmentation de 7.8 millions [6.9 millions-7.9 millions] par rapport à 2010.

#### 1.1.3. Historique [14]

**Robert Gallo**, qui a découvert en 1980 le premier rétrovirus humain, considère le HTLV-1 comme la cause probable du Sida.

**Luc Montagnier**, spécialiste des Oncornavirus (Institut Pasteur de Paris), cherche à mettre en évidence la rétro transcriptase dans une culture de cellules infectées :

En janvier 1983 on excise à l'hôpital de la Pitié (Paris) un ganglion cervical chez un homme de 33 ans, qui présente des troubles mineurs mais suffisants pour suspecter le Sida (la lymphadénopathie est un symptôme précoce du Sida). Les lymphocytes sont mis en culture avec de l'IL-2. Au quinzième jour une activité rétro transcriptase est observée. Mais la culture s'épuise. Le virus est alors propagé à une culture de lymphocytes T non infectés. L'activité de l'enzyme est retrouvée, elle augmente, puis diminue.

En culture, HTLV-1 incite les lymphocytes T à se multiplier et augmente de ce fait la production de rétro transcriptase. Le virus hypothétique se comporte différemment : il n'active pas les lymphocytes T, il les tue. Le virus est identifié au microscope électronique et il ne ressemble pas au HTLV-1.

Montagnier informe Gallo de ses résultats. Ce dernier lui envoie des anticorps anti-HTLV qui ne réagissent pas avec le rétrovirus isolé.

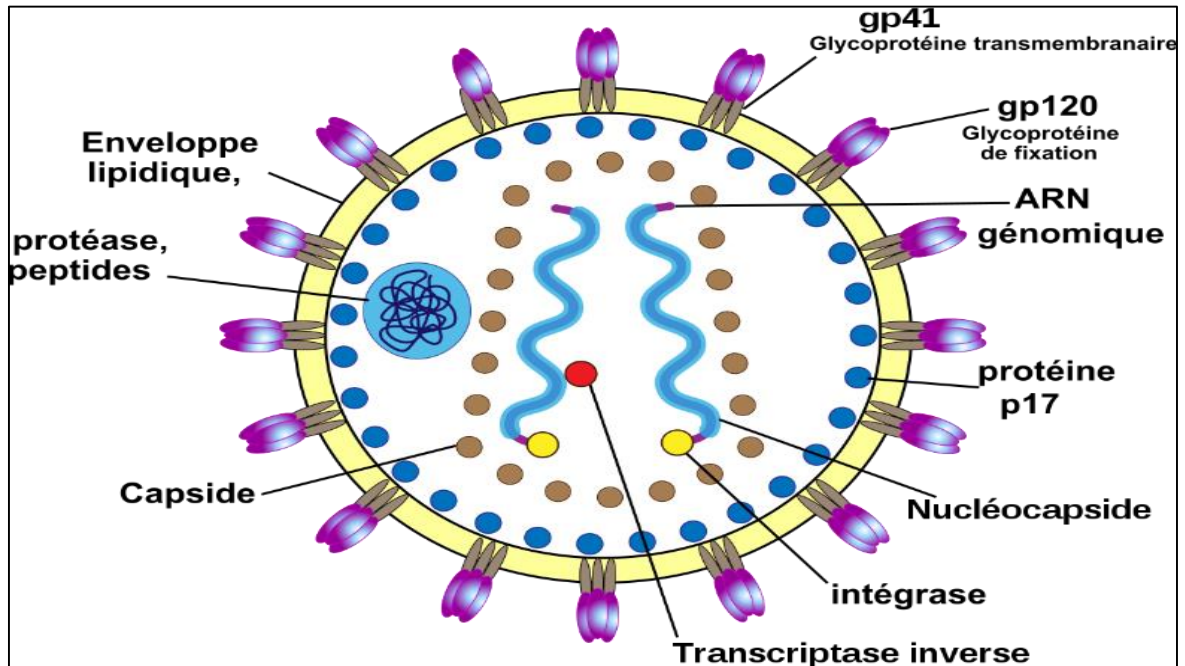
Le premier rétrovirus "français" provenait d'un malade sans Sida avéré. Montagnier démontre la présence de ce même virus chez les malades affectés des formes les plus diverses du Sida. L'équipe française prouve que le virus attaque **les lymphocytes T4**, mais qu'au lieu de les immortaliser comme le fait le virus HTLV, **il les détruit**. Ce virus ne peut être un Oncovirus mais un Lentivirus. Après sa découverte, le virus a porté des noms divers. On s'est accordé en 1986 pour lui donner le nom de virus de l'immunodéficience humaine (**VIH** ou **HIV**).

Au Mali [15]

Le Premier cas de SIDA fut déclaré en 1985 à l'hôpital Gabriel Toure. La prévalence du VIH /SIDA est de 1,7% avec une estimation de 170 milles personnes vivants avec le virus ;45 milles orphelins et 10304 cas de SIDA notifiés de 1985 à 2002. Les femmes sont les plus touchées par l'épidémie, avec un taux global de 2% contre 1,3% chez les hommes. Le groupe d'âge le plus touché est celui de 30- 34 ans pour les deux sexes. En milieu urbain 97%, ont entendu parler du SIDA mais 22% ignorent qu'il y a un moyen de l'éviter ; tandis qu'en milieu rural si 88% en ont entendu parler jusqu'à 54% ignorent qu'il y a un moyen de l'éviter. Il existe une grande disparité entre le milieu urbain et le milieu rural ; en milieu urbain, Koulikoro apparait la région la plus touchée 4,5% compare à Ségou qui en milieu rural présente une séroprévalence de 2,2%. Les deux virus ont été identifié dans le pays avec une prédominance du VIH1 dans l'échantillon retenu.

### 1.1.4. Agent pathogène [16]

#### ✓ Structure du virus



**Figure 1 : Structure du virus de VIH en replication.**

Le Virus d'Immunodéficience humaine (VIH) est un virus à ARN faisant partie du sous-groupe des lentivirus. Deux types sont actuellement connus le VIH-1 le plus commun (Europe, Amérique, Asie, Afrique) et le VIH-2 (Afrique de l'Ouest). Malgré sa grande variabilité génétique, on retrouve sur la molécule d'ARN trois gènes principaux communs à tous les autres rétrovirus :

- ✓ Le gène gag (responsable de la synthèse des protéines de capsid et de core)
- ✓ Le gène pol (pour la transcriptase inverse, l'intégrase et la protéase virale)
- ✓ Le gène env (pour les protéines de l'enveloppe)

Les cellules cibles du virus sont les cellules porteuses à leur surface de la molécule CD4, ayant une haute affinité avec la glycoprotéine d'enveloppe du VIH, la gp120, on retrouve parmi elles les lymphocytes T CD4+, les monocytes-macrophages, les cellules folliculaires dendritiques, les cellules de Langerhans cutanées et les cellules micro gliales cérébrales [17].

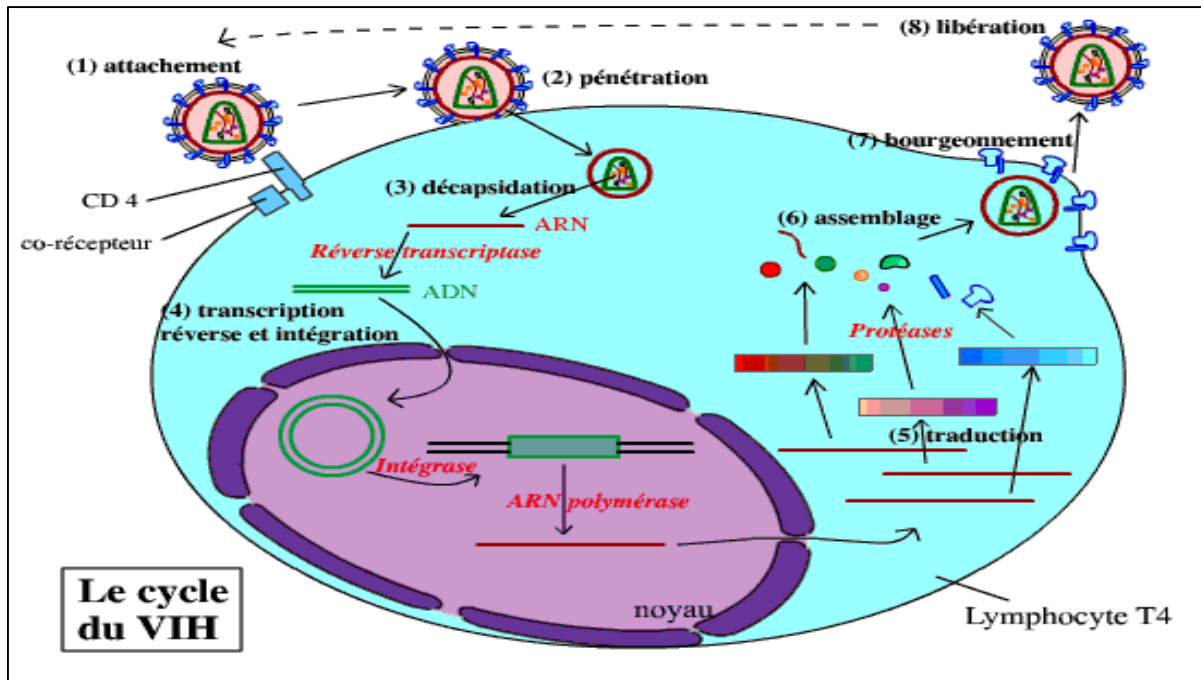


Figure 2 : Le cycle du VIH

### 1.1.5. Cycle de réplication virale [17]

#### La réplication virale se fait en 6 étapes :

- ✓ Pénétration du virus dans les cellules cibles : victime. – le virus pénètre dans le lymphocyte CD4 après reconnaissance (par la glycoprotéine gp120 de l'enveloppe du virus) des molécules (ou récepteurs) CD4 présentes à la surface du lymphocyte ;

Après pénétration, le virus libère à l'intérieur du lymphocyte les 3 enzymes virales (transcriptase inverse, protéase et intégrase) et l'ARN qu'il contient.

- ✓ Synthèse d'ADN pro viral : à l'intérieur du lymphocyte, l'ARN du VIH est transformé en ADN (appelé ADN pro viral) grâce à la transcriptase inverse.
- ✓ Intégration de l'ADN pro viral à l'ADN du lymphocyte :
  - l'ADN pro viral du VIH est intégré à l'ADN lymphocytaire grâce à l'intégrase ;
  - à ce stade, le virus est appelé provirus.
- ✓ Transcription de l'ADN en ARN et formation de protéines virales :
  - à l'intérieur du noyau, l'ADN viral est transformé en ARN ;
  - l'ARN viral sort du noyau, puis des protéines virales sont synthétisées par l'intermédiaire des ARN messagers.

Clivage des protéines virales : les protéines virales sont découpées par la protéase en protéines de plus petite taille.

- ✓ Assemblage des protéines virales et formation de nouveaux virus : les protéines virales clivées sont assemblées autour de l'ARN pour former de nouveaux virus, qui sortent par bourgeonnement à l'extérieur de la cellule et sont libérés dans la circulation sanguine ; ils vont infecter d'autres cellules.

### **1.1.6. Modes de contaminations [18]**

Trois liquides biologiques peuvent de grandes quantités de virus : le sang, le sperme, les sécrétions vaginales

- ✓ **Transmission sexuelle** : sperme et sécrétions vaginales

Tout rapport sexuel par une PVVIH est à risque potentiel de transmission du VIH avec un risque décroissant selon le type de rapport sexuel : anal réceptif > anal insertif > vaginal réceptif > vaginal insertif > fellation réceptive. Un seul rapport non protégé peut suffire pour transmettre la maladie

Les facteurs augmentant le risque de transmission : rapport anal, lésion génitale, saignement coexistence d'une infection sexuellement transmissible, quantité de virus important dans les sécrétions génitales corrélée à une charge virale élevée, absence de préservatif masculin ou féminin

- ✓ **Transmission par le sang et ses dérivés**

Transfusion sanguine et transplantation : risque quasi nul depuis les sérologies obligatoires et l'utilisation des tests moléculaires pour le dépistage lors des dons du sang et d'organes.

Partage de matériel d'injection contamine par le sang : baisse de l'infection par le VIH chez les usagers de drogues intraveineuses suite aux mesures de prévention (mise à disposition de matériel à usage unique)

Accident professionnel d'exposition au sang(AES) : risque faible mais variable selon le niveau de la charge virale plasmatique VIH chez la personne source et la nature de l'exposition au sang (profondeur de la pique /coupure, type d'aiguille, pique intravasculaire ou IM ou SC).

- ✓ **Transmission mère-enfant (TME)**

Essentiellement dans la période périnatale (accouchement et allaitement) ou en cas de primo-infection pendant la grossesse. Facteurs augmentant le risque de TME : infection VIH stade SIDA, charge virale plasmatique élevée chez la mère.

### 1.1.7. Facteurs favorisants [19-20]

- *Les infections sexuellement transmissibles (IST)* (Rapports sexuels non protégés, partenaires multiples)
- *Les mutilations de l'appareil génital* (Excision, circoncision, perçage d'orteil, tatouillage)
- Le degré d'infectiosité de l'hôte (charge virale, stade de la maladie)
- *L'insertion de plantes, d'objets, de préparations diverses et douches vaginales*
- Les vulnérabilités culturelles (lévirat, sororat, polygamie)
- La pauvreté, viol
- Les facteurs liés au genre (femmes plus exposées biologiquement et économiquement).

## 1.2. Les principales manifestations cliniques : [21]

### 1.2.1. Affections cutanéomuqueuses

Les principales affections cutanéomuqueuses sont d'origine fongique ou virale. Les affections cutanéomuqueuses associées au VIH/SIDA sont : la dermite séborrhéique de la face, du cuir chevelu, plus rarement du torse, le prurigo d'évolution chronique ou récidivante, les folliculites, le zona, les verrues, les condylomes, le molluscum contagiosum, les candidoses buccales ou génitales, la leucoplasie chevelue de la langue. L'OMS a publié un bulletin sur les lésions buccales en tant qu'indicateurs d'infection par le virus de l'immunodéficience humaine et comme facteurs prédictifs de la progression de la maladie à VIH vers le syndrome d'immunodéficience acquise (SIDA). *Les manifestations buccales font partie des indicateurs les plus précoces et les plus importants d'infection à VIH.* Au niveau international sept lésions cardinales (candidose orale, leucoplasie orale chevelue, sarcome de Kaposi, érythème gingival linéaire, gingivite ulcéronécrosante, périodontite ulcéronécrosante et lymphome non hodgkinien) ont été identifiées, présentant une forte association avec les infections à VIH. Ces lésions se rencontrent dans les pays développés, comme dans les pays en développement. Elles peuvent constituer une indication forte d'infection à VIH et s'observent chez la majorité des personnes infectées par ce virus.

#### ✓ **Dermite séborrhéique**

Dermatose chronique qui se traduit par une desquamation sur fond érythrosique parfois limitée au nez, front, cuir chevelu. Des localisations au niveau du thorax et des zones riches en glandes sébacées sont possibles. La dermite séborrhéique affecte 40% des sujets séropositifs et jusqu'à 80% des malades au stade sida. Elle fait partie des signes précoces de l'infection à VIH. Les récurrences sont fréquentes. Il semble que la dermite séborrhéique soit plus fréquemment retrouvée chez la femme que chez l'homme.

### ✓ **Candidose buccale**

C'est une infection des muqueuses buccales par un champignon du genre *Candida*. Il est saprophyte, il existe chez l'Homme sain dans les muqueuses de la cavité buccale, de l'intestin et du vagin. Les infections à *Candida* sont opportunistes, la levure devenant pathogène quand certains facteurs favorisants sont présents

### ✓ **Leucoplasie orale chevelue**

Ou leucoplasie poilue est une hyperplasie épithéliale de la muqueuse buccale apparaissant sous la forme d'une tache blanche souvent ondulée ou poilue et causée par le virus d'Epstein-Barr (EBV), appelé aussi Herpes virus hominis 4, chez les sujets infectés par le VIH. La leucoplasie poilue est *plus fréquente chez les hommes infectés par le VIH que chez les femmes*

### ✓ **Manifestations hématologiques**

Il s'agit de thrombopénie, anémie et leucopénie généralement asymptomatiques que l'on retrouve dans les deux sexes.

## **1.2.2. Problèmes gynécologiques fréquents chez les femmes séropositives pour le VIH,**

### ▪ **Dysplasies et cancer du col utérin**

Les femmes infectées par le VIH ont, par rapport aux femmes non contaminées, une prévalence et une *incidence* plus grandes d'être infectées par le papillomavirus humain. Les dysplasies du col de l'utérus ou lésions malpighiennes intraépithéliales ou néoplasies cervicales intra-épithéliales (CIN) constituent la pathologie organique la plus fréquente du col utérin.

**Le cancer du col utérin est le plus fréquent chez les femmes séropositives et depuis 1993,** le carcinome cervical infiltrant fait partie des critères d'entrée dans la maladie SIDA.

### ▪ **Troubles menstruels**

Les femmes infectées par le VIH peuvent éprouver des changements dans leurs règles, allant d'une irrégularité du cycle menstruel à un écoulement menstruel plus abondant ou moins important, voire l'arrêt complet des règles. Mais de nombreuses facteurs peuvent aussi donner lieu à des changements dans le cycle menstruel

### ▪ **Leucorrhées**

La vaginose bactérienne *est la cause la plus fréquente de leucorrhées* chez la femme en âge de concevoir, chez la femme infectée par le VIH 18 à 42% les vulvovaginites mycosiques sont fréquentes ; on retrouve une prévalence de 3 à 15% dans cette population. La prévalence des

vaginites à trichomonas varie de 9,4% à 29,5%, alors qu'elle est de 8,2% à 23,4% chez les femmes séronégatives

#### ▪ **Ulcérations génitales d'origine infectieuse**

La syphilis est très contagieuse puisque 30 à 40% des partenaires d'une personne infectée développent l'infection dans les 30 jours suivant le rapport sexuel. Elle augmenterait le risque de transmission de l'infection à VIH de 2 à 5 fois.

Le chancre mou constitue un facteur de risque majeur pour la transmission du VIH et sont le symptôme le plus fréquent devant les écoulements génitaux.

L'herpès génital est le plus souvent dû à Herpès simplex virus de type 2 (HSV2). Les patient(e)s porteurs du virus Herpès simplex de type 2 ont une plus grande vulnérabilité (risque multiplié par 3) au VIH par rapport à des individus indemnes

Le zona vulvaire est une manifestation de résurgence du virus varicelle-zona. Il accompagne souvent l'infection à VIH et est lié à la progression de la maladie.

### **1.2.3. Infections parasitaires**

#### ✓ **Pneumocystose pulmonaire**

La pneumocystose, actuellement considérée comme une mycose due à un champignon atypique, est non seulement la manifestation du SIDA la plus fréquente (60% en l'absence de prophylaxie) mais aussi la manifestation inaugurale la plus courante. Elle se manifeste par une pneumopathie interstitielle ne répondant pas au traitement antibiotique habituel.

#### ✓ **Toxoplasmose cérébrale**

Elle correspond à la réactivation de kystes intracérébraux de *Toxoplasma gondii* avec formation de lésions de masse dans l'encéphale, chez des patients chroniquement infectés par ce protozoaire, lors d'une chute des lymphocytes CD4 en dessous de 150/mm<sup>3</sup>

#### ✓ **Cryptosporidiose**

Chez les sujets immunodéprimés, *Cryptosporidium parvum* détermine une réaction inflammatoire lympho-plasmocytaire et polynucléaire de la lamina propria responsable d'une diarrhée sécrétoire cholériforme aqueuse, non sensible aux solutions glucosées, très résistante au traitement, souvent terminale. Les diarrhées chroniques sont responsables d'une perte de poids chez le patient VIH positif avec moins de 200 lymphocytes CD4/mm<sup>3</sup> et peuvent être accompagnées d'une cholangite



### ✓ **Microsporidiose**

Chez l'homme, plusieurs genres ont été identifiés : *Encephalitozoon Sp* et *Enterocytozoon Sp* sont les plus courants et sont responsables de diarrhée chez les patients infectés par le VIH. Au cours du sida, elle atteint principalement les sujets très immunodéprimés, dont le taux de lymphocytes CD4 sanguin est inférieur à 50 par mm<sup>3</sup>. En Europe et en Amérique du Nord, des taux d'infection atteignant 30% ont été observés chez des sujets atteints du sida et présentant une diarrhée chronique responsable de diarrhées d'importance variable avec nausées, vomissements et perte de poids importante.

### ✓ **Isosporose**

L'isosporose est une coccidiose intestinale affectant plus particulièrement les sujets immunodéprimés en zones tropicales et subtropicales. Elle entraîne des diarrhées non sanglantes avec céphalées, fièvre, douleurs abdominales, déshydratation, perte de poids, hyper éosinophilie sanguine inconstante. Des cas d'isosporose extra-intestinale ont été rapportés chez des patients atteints de sida (atteinte des ganglions mésentériques et médiastinaux, rate, foie, sinus, cholédoque).

## **1.2.4. Infections fongiques**

### ✓ **Candidose œsophagienne**

La symptomatologie peut être variée mais n'est pas spécifique de l'œsophagite à candida : dysphagie ; odynophagie ; douleurs rétro-sternales ; épi gastralgies ; régurgitations.

### ✓ **Cryptococcose**

La cryptococcose survient, selon les régions, chez 2 à 30% des personnes infectées par le virus de l'immunodéficience humaine, principal facteur favorisant l'infection. C'est une infection typiquement opportuniste chez les malades atteints du sida, qui survient à un stade de déficit immunitaire profond.

### ✓ **Mucormycose**

La mucormycose est rare lors de l'infection à VIH. Des facteurs de risque ont été identifiés. Il s'agit d'un taux bas de cellules lymphocytes CD4, d'une neutropénie, de l'utilisation de drogues par voie intraveineuse. L'infection peut se développer insidieusement ou au contraire progresser rapidement avec une évolution fulminante

### 1.2.5. Infections bactériennes

Les infections bactériennes sont une cause fréquente de morbidité chez les patients infectés par le VIH, avec une incidence beaucoup plus élevée que dans la population générale. Les pneumopathies bactériennes récidivantes constituent un critère de SIDA depuis 1993. L'incidence des infections à pneumocoque, chez les patients malades du SIDA, est 100 fois supérieure à celle de la population générale. La tuberculose est due chez les sujets infectés par le VIH soit : à la réactivation d'une infection tuberculeuse latente ; à une nouvelle infection évoluant rapidement vers une maladie active (tuberculose primitive progressive) ; à des épisodes secondaires d'une réinfection

Les mycobactéries atypiques associées à l'infection à VIH sont *Mycobacterium avium* intracellulaire, *Mycobacterium kansasii* et *Mycobacterium xenopi*.

### 1.2.6. Cancers

#### ✓ Cancers « classant sida »

Ces tumeurs malignes ont en commun, sur le plan étiologique, la caractéristique d'être *associées et probablement causées par des virus à ADN du groupe herpès (EBV, HHV8) et papillomavirus*. L'immunodépression cellulaire induite par le VIH favoriserait la persistance et l'oncogénicité de ces agents pathogènes.

#### ✓ Maladie de Kaposi

*La maladie de Kaposi est la tumeur maligne la plus fréquente chez les sujets infectés par le VIH*. Son développement est lié à l'infection par l'herpès virus humain 8 (HHV8). S'il existe sous des formes indépendantes du virus du SIDA, il se développe particulièrement chez les individus co-infectés par le VIH et l'HHV8. L'épidémie de SIDA a donc provoqué une explosion du nombre de cas de sarcomes de Kaposi, notamment dans les régions d'Afrique où l'HHV8 existe de façon endémique.

#### ✓ Lymphomes

Depuis 1985, le lymphome malin non hodgkinien (LMNH) est identifié comme une complication de l'évolution de l'infection à VIH et définit le stade de sida. L'hétérogénéité de ce type de tumeurs se traduit par des présentations cliniques, anatomopathologiques, immunologiques et cytogénétiques variées et, de ce fait, par un pronostic très différent d'une forme à l'autre. L'Organisation mondiale de la santé a établi une classification de ces syndromes lymphoprolifératifs avec leurs caractéristiques cliniques et biologiques. Ils sont classés en fonction du type cellulaire impliqué dans la prolifération maligne.

### ✓ **Cancers « non classant sida »**

La maladie de Hodgkin (MH) est la tumeur maligne la plus fréquente parmi les cancers non associés à l'infection à VIH. Elle correspond à une prolifération maligne ganglionnaire caractérisée par la présence de cellule de Sternberg Furman. Elle a augmenté chez les patients contaminés par le VIH après 1996.

## **1.3.Diagnostic**

### **1.3.1. Diagnostic clinique [22]**

#### ✓ **Primo-infection**

La primo-infection par le VIH correspond à la période d'invasion virale survenant dans les 10 à 12 jours après l'infection, avec l'infection des deux principales catégories de cellules cibles, les lymphocytes T CD4+ et les monocytes-macrophages seront infectés. Les réponses immunes antivirales apparaissent aussi au cours de cette période qui a plusieurs spécificités : une présentation clinique très variable d'un individu à l'autre. Elle est symptomatique une fois sur deux environ, pouvant associer fièvre, adénopathies avec angine, éruption, méningite, voire encéphalite. Un syndrome mononucléosique peut donc être le signe d'une primo-infection à VIH. Cette phase est marquée par un premier pic, très élevé, de virémie (antigénémie p24 positive et ARN viral plasmatique très élevé).

#### ✓ **Période de latence clinique**

La période asymptomatique, qui sépare la primo-infection et le SIDA, n'est pas une période d'infection virale latente : le taux de lymphocytes T CD4+ sanguins ne retrouve pas son niveau initial même s'il se corrige partiellement au début de cette phase en même temps qu'apparaissent les anticorps neutralisants et les lymphocytes T CD8+ cytotoxiques spécifiques du virus. Durant cette phase de latence clinique, la baisse des lymphocytes T CD4+ procède lentement pour s'accélérer lors du passage au stade de SIDA. Il existe une véritable répllication virale à l'état d'équilibre avec une persistance de lymphocytes sanguins circulants infectés.

#### ✓ **SIDA (Syndrome d'Immunodéficience Humaine)**

Le passage des lymphocytes T CD4+ circulants sous la barre des 200/mm<sup>3</sup> de sang (normale : environ 1000/mm<sup>3</sup>), marque l'entrée dans le SIDA, en moyenne après 10 ans d'évolution, sans traitement. Le SIDA est caractérisé par la survenue d'infections opportunistes, ou d'une encéphalite à VIH (marquée par un état de démence), ou de cancers dont il existe trois types liés à des virus : le sarcome de Kaposi (HHV-8), des lymphomes B (EBV), des cancers Anogénitaux, notamment des cancers du col utérin et anaux (HPV16 et 18).

### 1.3.2. Diagnostic biologique

#### ✓ Dépistage [23]

Les anticorps anti-VIH sont décelables entre quatre à six semaines après l'exposition dans plus de 95 % des cas et après trois mois dans 99 % des cas. L'antigène p24 est détectable dans les premières semaines suivant l'infection ; il apparaît généralement entre les jours 14 et 22. Les épreuves de quatrième génération combinent la détection des anticorps anti-VIH 1 et 2 avec celle de l'Ag p24. Le test de dépistage rapide pour le VIH détecte uniquement les anti-VIH 1 et 2. La période fenêtre est équivalente à celle d'un test de troisième génération.

#### ✓ Le test ELISA [24]

C'est le test utilisé en première intention, lors des tests de dépistage. Son principe de fonctionnement est assez simple. On met dans les petits puits d'une grille des « morceaux » de VIH, des antigènes. Quand on met du sérum d'un patient dans les puits, si celui-ci contient des anticorps anti VIH, ce qui veut dire si le patient est atteint par le VIH, ces anticorps vont se fixer à l'antigène. On ajoute ensuite un autre anticorps, dirige celui-ci contre l'anticorps du patient. On y a préalablement fixe une enzyme capable de colorer un produit spécifique a l'origine incolore. Ainsi, s'il y a eu fixation d'anticorps à partir du sérum du patient, l'enzyme pourra être fixée et donc activée et colorera le puits en rose. S'il n'y a pas d'anticorps dans le serum du patient, le puits restera incolore.

### 1.4. Classification clinique et immunologique [25]

#### 1.4.1. Classification 1993 du CDC d'Atlanta

##### ▪ Catégorie A

Un ou plusieurs des critères listés ci-dessous chez un adulte ou un adolescent infecté par le VIH, s'il n'existe aucun des critères de la catégorie B ou C :

- \_ Infection VIH asymptomatique
- \_ Lymphadénopathie persistante généralisée
- \_ Primo infection VIH symptomatique
- \_ Le nombre de CD4 >500/mm<sup>3</sup> (> 29%)

##### ▪ Catégorie B

Manifestations cliniques chez un adulte ou un adolescent infecté par le VIH, ne faisant pas partie de la catégorie C et qui répondent au moins à l'une des conditions suivantes :

- \_ Angiomatose bacillaire
- \_ Candidose oropharyngée
- \_ Candidose vaginale, persistante, fréquente ou qui répond mal au traitement

- \_ Dysplasie du col (modérée ou grave), carcinome in situ
- \_ Syndrome constitutionnel : fièvre (38°5 C) ou diarrhée supérieure à 1 mois
- \_ Leucoplasie chevelue de la langue
- \_ Zona récurrent ou envahissant plus d'un dermatome
- \_ Purpura thrombocytopénique idiopathique
- \_ Listériose
- \_ Neuropathie périphérique
- \_ Le nombre de CD4200 à 499/ mm<sup>3</sup> (14-28%)

▪ **Catégorie C**

Cette catégorie correspond à la définition de sida chez l'adulte. Lorsqu'un sujet a présenté une des pathologies de cette liste, il est classé définitivement dans la catégorie C :

- \_ Candidose bronchique, trachéale ou extra pulmonaire
- \_ Candidose de l'œsophage
- \_ Cancer invasif du col
- \_ Coccidiodomycose disséminée ou extra pulmonaire
- \_ Cryptococcose extra pulmonaire
- \_ Cryptosporidiose intestinale évoluant depuis plus d'un mois
- \_ Infection à CMV (autre que foie, rate, ganglions)
- \_ Rétinite à CMV
- \_ Encéphalopathie due au VIH
- \_ Infection herpétique, ulcères chroniques supérieures à 1 mois ; ou bronchique, pulmonaire ou œsophagienne
- \_ Histoplasmosse disséminée ou extra pulmonaire
- \_ Isosporidiose intestinale chronique (supérieure à un mois)
- \_ Sarcome de Kaposi
- \_ Lymphome de Burkitt
- \_ Lymphome immunoblastique
- \_ Lymphome cérébrale primaire
- \_ Infection à Mycobacterium tuberculosis, quelle que soit la localisation (pulmonaire ou extra pulmonaire)
- \_ Infection à mycobactérie identifiée ou non, disséminée ou extra pulmonaire
- \_ Pneumonie à pneumocystis carinii
- \_ Pneumopathie bactérienne récurrente
- \_ Leuco-encéphalite multifocale progressive

- \_ Septicémie à salmonelle non typhi récurrente
- \_ Syndrome cachectique dû au VIH
- \_ Toxoplasmose cérébrale
- \_ Le nombre de CD4 < 200 /mm<sup>3</sup> (< 14%)

#### **1.4.2. Classification OMS de l'infection à VIH (révision 2007)**

##### **▪ Stade clinique 1**

Patient asymptomatique

Adénopathies persistantes généralisées

##### **▪ Stade clinique 2**

Perte de poids < 10% du poids corporel

Zona (au cours des 5 dernières années)

Manifestations cutanéomuqueuses mineures (dermite séborrhéique, prurigo, ulcérations buccales, chéilite angulaire, atteinte fongique des ongles)

Infections récidivantes des voies aériennes supérieures

##### **▪ Stade clinique 3**

Perte de poids supérieure à 10% du poids corporel

Diarrhée chronique inexplicée > 1 mois

Fièvre prolongée inexplicée > 1 mois

Candidose buccale persistante (muguet)

Leucoplasie chevelue buccale

Tuberculose pulmonaire au cours de l'année précédente

Infection bactérienne sévère (pneumopathie, Pyo myosite, ostéoarthrite, méningite...)

Stomatite ulcérée nécrosante aigüe

Anémie persistante (hb < 8g/dL) / Neutropénie chronique < 500/mm<sup>3</sup> / Thrombopénie chronique < 50000/mm<sup>3</sup>

##### **▪ Stade clinique 4**

Syndrome cachectisant dû au VIH (>10% du poids corporel, associée à une diarrhée chronique inexplicée ou une asthénie chronique ou une fièvre prolongée inexplicée)

Pneumocystose

Pneumonie bactérienne récurrente sévère

Toxoplasmose cérébrale

Cryptosporidiose avec diarrhée > 1 mois  
 Cryptococcose extra pulmonaire  
 Cytomégalovirose  
 Herpes virale cutanéomuqueuse > 1 mois ou viscérale  
 Leucoencéphalite multifocale progressive  
 Mycose endémique généralisée (histoplasmosse, coccidiodomycose)  
 Candidose œsophagienne, trachéale, bronchique ou pulmonaire  
 Mycobactériose atypique disséminée  
 Septicémie à salmonella non typhi récurrente  
 Tuberculose extra pulmonaire  
 Lymphome malin  
 Sarcome de Kaposi  
 Encéphalopathie à VIH  
 Leishmaniose américaine réactivée (méningo-encéphalite ou myocardite)  
 Néphropathie symptomatique associée au VIH.

## **1.5. Traitement antirétroviral**

### **1.5.1. But du traitement ARV [26]**

Les objectifs du traitement antirétroviral sont les suivants :

- \_ Maintenir en santé aussi longtemps que possible les personnes infectées par le VIH
- \_ Réduire la morbidité et la mortalité causées par le VIH ;
- \_ Supprimer la réplication virale à long terme ;
- \_ Améliorer la fonction immunitaire ;
- \_ Améliorer la qualité de vie ;
- \_ Prévenir la résistance du virus aux médicaments ;
- \_ Éviter la toxicité médicamenteuse ;
- \_ Conserver des options thérapeutiques pour l'avenir
- \_ Prévenir la transmission du VIH.

La suppression de la réplication virale et une charge virale indétectable ont comme effet de diminuer le risque de résistance du virus, d'améliorer la fonction immunitaire et de retarder la progression de la maladie. Le moyen le plus sûr d'obtenir la suppression durable de la réplication du VIH est d'utiliser une combinaison d'antirétroviraux efficaces avec lesquels le patient n'a jamais été traité ou qui n'entraînent pas de résistance croisée avec les antirétroviraux

déjà pris. Le traitement antirétroviral devrait être offert à tous les adultes vivant avec le VIH dans le but d'améliorer leur santé

### **1.5.2. Principes de base du traitement ARV : Conditions d'efficacité**

Le traitement ARV empêche le VIH de se multiplier (répliquer) mais ne permet pas de le détruire.

Le traitement ARV est efficace à condition d'associer systématiquement 3 médicaments différents (trithérapie).

Le traitement ARV doit être pris à vie, sans interruption, et en respectant les consignes de prise. S'il ne diminue pas suffisamment la réplication (multiplication) du VIH, le traitement ARV peut entraîner l'apparition de virus résistants, source d'échec thérapeutique.

### **1.5.3. Tolérance**

Comme tout traitement, le traitement ARV peut provoquer des effets indésirables ; ces effets indésirables peuvent survenir précocement ou à plus long terme et être bénins ou graves. Le nombre ou la sévérité des effets indésirables ne sont pas liés à la puissance antivirale du traitement. Sous ARV, la survenue d'effets indésirables peut compromettre le bon suivi du traitement par le patient.

### **1.5.4. Mode d'action des ARV et principaux médicaments disponibles**

Les ARV agissent sur le VIH en interférant avec les étapes de son cycle de réplication. Les principaux ARV disponibles ont comme action de bloquer une enzyme virale impliquée dans le cycle de réplication du VIH : il s'agit des inhibiteurs de la transcriptase inverse, qui bloquent l'enzyme transcriptase inverse, et des inhibiteurs de la protéase (IP), qui bloquent l'enzyme protéase. Selon leur structure chimique, les inhibiteurs de la transcriptase inverse se répartissent en deux catégories :

- les inhibiteurs nucléosidiques de la transcriptase inverse ou INTI (appelés aussi « analogues nucléosidiques » ou, en raccourci, NUC comme « nucléosidiques ») ;
- les inhibiteurs non nucléosidiques de la transcriptase inverse ou INNTI (appelés aussi « analogues non nucléosidiques » ou, en raccourci, non-NUC comme « non-nucléosidiques »).

Les inhibiteurs de la protéase nécessitent l'administration conjointe d'un booster, c'est-à-dire d'un médicament (le ritonavir le plus souvent) capable de potentialiser leur efficacité en augmentant leurs concentrations dans le sang : on parle alors d'inhibiteur de protéase boosté.



### 1.5.5. Différentes classes antirétrovirales [27]

Principales classes de Médicaments

Les inhibiteurs de la transcriptase inverse (INTI, INtTI, INNTI)

Les inhibiteurs de la protéase virale (IP)

Les inhibiteurs de fusion (IF)

Inhibiteurs de l'intégrase

#### ➤ Les inhibiteurs de la transcriptase inverse

Inhibiteurs nucléosidiques (INTI)/Inhibiteurs nucléotidiques (INtTI)

Inhibiteurs non nucléosidiques (INNTI)/Inhibiteurs non nucléotidiques de la transcriptase inverse (INTI)

Abacavir (ABC) Ziagen®

Didanosine (ddI) Videx®

Lamivudine (3TC) Epivir®

Stavudine (d4T) Zerit

Emtricitabine (FTC) Emtriva

Zalcitabine (ddC) Hivid

Zidovudine (AZT) Retrovir

#### ➤ Combinaison de INTI /INtTI

Zidovudine+lamivudine (Combivir®)

Abacavir+lamivudine (Epzicom®)

Zidovudine+lamivudine+abacavir (Trizivir®)

Emtricitabine+tenofovir (Truvada®)

#### ➤ Inhibiteurs nucléotidiques de la transcriptase inverse (INtTI)

Ténofovir (TDF) Viread®

#### ➤ Inhibiteurs non nucléosidiques de la transcriptase inverse (INNTI)

Efavirenz (EFV) Stocrin®, Sustiva®

Névirapine (NVP) Viramune®

Delavrdine (DLV) Rescriptor

#### ➤ Les inhibiteurs de la protéase (IP)

Indinavir (IDV) Crixivan ®

Lopinavir (LPV) /ritonavir

Darunavir

Nelfinavir(NFV) Viracept ®

Ritonavir (RTV) Norvir ®

Saquinavir (SQV) Invirase ®

Atazanavir (ATV) Reyataz ®

Fosamprenavir (FPV) Lexiva ®

➤ **Les inhibiteurs de fusion (IF)**

Enfurvitide (T-20) Fuzeon

**1.5.6. Effets secondaires**

▪ Effets secondaires généraux

Nausée, anémie, vomissement, diarrhée, perte d'appétit, maux de tête, sécheresse, perte de cheveux, exanthème ou éruptions cutanées, insomnie, fatigue.

▪ Effets secondaires particuliers

**Tableau I : Effets secondaires particuliers**

Molécules	Effets secondaires
AZT	Anémie hémolytique
ABC	Réaction d'hyper sensibilité
d4T, ddI, ddC	Neuropathie périphérique
EFV	Système nerveux (confusion, cauchemars, problèmes psycho)
Névirapine (NVP),Efavirenz (EFV)	Steven's Jonhson
Névirapine (NVP),Efavirenz (EFV), moins souvent didanosine (ddI)	Hépatite aiguë
Tous les INTIs	Acidose lactique
Indinavir, Darunavir	Lithiase rénale
ddI, d4T,3TC	Pancréatite
DTG	Troubles du sommeil, dépressions, vertiges

**1.5.6. Interactions médicamenteuses**

**Stavudine (d4T)**

Ne jamais utiliser en même temps que AZT (antagonisme),

Administrer en cas d'intolérance à AZT, ddI

Neuropathie périphérique, pancréatite, acidose lactique

### **Lamivudine (3TC)**

Non recommander en monothérapie,

A utiliser surtout en association avec un autre INTI (exemple AZT)

### **Didanosine (ddI)**

Indinavir prendre au moins 2 h avant ou après IDV

### **Abacavir (ABC)**

Alcool

### **Névirapine**

Baisse de la concentration des contraceptifs oraux (ethinyl estradiol) : augmentent le risque de grossesse

Ajuster les doses des IP

Kétoconazole diminution de la concentration de 63%.

Fluconazole peut doubler la dose de NVP.

Les deux peuvent causer des rashes et la toxicité hépatique

Rifampine et rifabutin peuvent diminuer le niveau

### **Efavirenz (EFV)**

Peut diminuer la concentration des contraceptifs oraux (ethinylestradiol) mais il est important d'utiliser les méthodes de barrière en plus,

Ajuster les doses avec les IPs

Dose à augmenter à 800mg avec la prise de Rifampicine dans le cadre du traitement de la tuberculose

### **Ritonavir (RTV)**

Utiliser comme « booster » des IP à dose réduite

Exemple : IDV posologie normale = 800 mg TID PO Contre 100 mg RTV + 800 mg IDV BID PO .

### ➤ **Les inhibiteurs de l'intégrase [28]**

Raltégravir Isentress®

Elvitegravir/ cobicistat

Dolitégravir Tivicay®

### 1.5.7. Protocoles thérapeutique des ARV selon l'OMS [29]

**Tableau II : Le protocole du traitement ARV de première intention chez l'adulte, l'adolescent, la femme enceinte et allaitante, et l'enfant.**

Traitement de première intention	Schémas thérapeutiques de première intention privilégiés	Schémas de première intention de remplacement
Chez l'adulte, l'adolescent, la femme enceinte et allaitante, co-infection tuberculose ou hépatite B	TDF + 3TC (ou FTC) + EFV	AZT + 3TC + EFV AZT + 3TC + NVP TDF + 3TC (ou FTC) + NVP
Chez l'adolescent de 10 à 19 ans 35kg	TDF + 3TC (ou FTC) + EFV	AZT + 3TC + EFV AZT + 3TC + NVP TDF + 3TC (ou FTC) + NVP ABC + 3TC + EFV (ou NVP)
Chez enfant de 3 à 10 et adolescent < 35kg	ABC + 3TC + EFV	ABC + 3TC + NVP AZT + 3TC + EFV AZT + 3TC + NVP TDF + 3TC (ou FTC) + EFV TDF + 3TC (ou FTC) + NVP
Chez l'enfant < 3 ans	ABC (ou AZT) + 3TC + LPV/r	ABC + 3TC + NVP AZT + 3TC + NVP

### 1.5.8. Nouveau protocole révisé de 2020 [30]

L'OMS recommande aux pays de faire passer tous les patients éligibles à des régimes de TARV qui contiennent du dolutegravir (DTG) au lieu de l'éfavirenz (EFV). Les schémas thérapeutiques à base de DTG sont associés à une diminution des effets secondaires, des interactions médicamenteuses et des abandons, à une suppression rapide de la charge virale et à une barrière génétique élevée contre la résistance. L'efficacité et la tolérance supérieures, combinées à la disponibilité d'un comprimé de combinaison à dose fixe (FDC) , font du ténofovir, lamivudine et dolutegravir (TLD) un régime de première ligne optimal

### ❖ 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 préférentiel 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 préférentiel suivant :

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

Toutefois, le schéma ci-dessous sera prescrit sur accord de la patiente suite aux explications sur l'éventualité de la toxicité associée au Dolutégravir par le prestataire.

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

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

ARV 1ère LIGNE	Toxicité la plus fréquente	Molécule en substitution
DTG	Troubles neurologiques	Raltégravir
TDF	Toxicité rénale	TAF
EFV	Troubles neuropsychiatriques persistants	ATV/r

### ❖ Schéma de première ligne pour le vih-2 ou co-infection VIH-1+VIH-2 ou VIH-1 du groupe O

Chez les adultes et adolescents

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

Le schéma PRÉFÉRENTIEL est le suivant :

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

Le schéma ALTERNATIF est le suivant :

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

### **Chez les adolescentes et femmes en âge de procréer**

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

Le schéma préférentiel 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)

### **✓ Schémas proposés en deuxième ligne thérapeutique**

2 inhibiteurs nucléosidiques/nucléotidiques de la transcriptase inverse + 1 inhibiteur de protéase boosté

Les IP préférentiels sont : Atazanavir/ritonavir (ATV/r) ou Lopinavir/ritonavir (LPV/r).

**Tableau IV : Les alternatives de seconde ligne possibles en fonction des schémas utilisés en première ligne et en cas de contre-indication ou de toxicité de l'une des molécules du schéma préférentiel.**

Schémas 1ère ligne	Schémas 2ème ligne	Schémas 2 <sup>ème</sup> ligne alternatifs
TDF / 3TC / DTG	AZT / 3TC + ATV/r	AZT / 3TC + DRV/r
TDF / 3TC / EFV400	AZT / 3TC + DTG	AZT / 3TC + LPV/r
TDF / 3TC+ RAL	AZT / 3TC + ATV/r	AZT / 3TC + DRV/r

### **✓ Schémas thérapeutiques de 3ème ligne**

Les patients en échec virologique de 2ème ligne doivent être gérés en fonction du résultat du test de génotypage de résistance.

**Tableau V : Les options de schémas thérapeutiques sont les suivantes**

Schémas 1ère ligne	Schémas 2ème ligne	Schémas de 3ème ligne
TDF / 3TC / DTG	AZT / 3TC + ATV/r (ou LPV/r)	DRV/r + DTG (50 mg BID) + ABC/3TC ou ABC
TDF / 3TC / EFV 400	AZT / 3TC + DTG	DRV/r + DTG (50 mg BID) + 1 ou 2 INTI*
TDF / 3TC + RAL	AZT / 3TC + ATV/r	DRV/r + DTG (50 mg BID) + 1 ou 2 INTI*

### 1.5.9. Traitement de la co-infection VIH/tuberculose, VIH/VHB, VIH/VHC

#### ➤ Traitement de la co-infection VIH/tuberculose chez l'adulte et l'adolescent

Le traitement antirétroviral doit être systématique chez toute personne vivant avec le VIH et présentant une tuberculose active. Il doit être initié dans un délai de 7 à 14 jours après le début du traitement anti-tuberculose.

Il existe des interactions médicamenteuses entre les INNTI, les IP et la Rifampicine.

Les patients co-infectés TB/VIH n'ayant aucune contre-indication au Dolutégravir seront traités par le schéma suivant :

Ténofovir (TDF) + Lamivudine (3TC) + Dolutégravir (DTG) (50 mg 2 fois par jour) \*

Pour les patients ayant une contre-indication au Dolutégravir, il sera préféré un inhibiteur de protéase boosté en raison de la résistance naturelle aux INNTI supérieure à 10%.

#### **Le schéma de première ligne suivant sera proposé :**

Ténofovir (TDF) + Lamivudine (3TC) + Atazanavir/ritonavir (ATV/r)

L'initiation du traitement antirétroviral se fera selon les modalités suivantes :

**Tuberculose révélatrice d'une infection à VIH :** Commencer d'abord par le traitement anti-tuberculose, puis le TARV dès que possible à partir du 8ème jour sans excéder 14 jours ;

En cas de découverte de la tuberculose sous traitement ARV, adapter et continuer le traitement ARV.

#### **En cas de tuberculose chez un patient VIH-2**

Les patients co-infectés TB/VIH n'ayant aucune contre-indication au Dolutégravir seront traités par le schéma suivant :

Ténofovir (TDF) + Lamivudine (3TC) + Dolutégravir (DTG) (50 mg 2 fois par jour) \*

Pour les patients ayant une contre-indication au Dolutégravir, il sera préféré un inhibiteur de protéase boosté.

**Le schéma de première ligne suivant sera proposé :**

Ténofovir (TDF) + Lamivudine (3TC) + Atazanavir/ritonavir (ATV/r)

**Tableau VI : Traitement ARV à proposer en cas de découverte de TB au cours du traitement ARV selon les lignes thérapeutiques**

<b>Première ligne</b>	
<b>Schémas ARV en cours</b>	<b>Commentaires</b>
TDF / 3TC / DTG	Maintenir le même traitement en donnant le DTG 50 mg deux fois par jour
TDF / 3TC / EFV 400	Ténofovir (TDF) + Lamivudine (3TC) + ATV/r
TDF / 3TC / RAL	Maintenir le même traitement en donnant le RAL 400 mg deux fois par jour Il n'est pas recommandé d'utiliser le RAL600 ou 800 mg.
<b>Deuxième ligne</b>	
<b>Schémas ARV en cours</b>	<b>Commentaires</b>
AZT / 3TC +ATV/r (ou LPV/r)	Maintenir le même traitement
AZT / 3TC + DTG	Maintenir le même traitement en donnant le DTG 50 mg deux fois par jour.



➤ **En cas de co-infection VIH et virus de l'hépatite B**

**Tableau VII : Substitution selon les schémas de premières et deuxièmes lignes en cas de découverte d'une co-infection VIH/VHB**

<b>Première ligne</b>	
<b>Schémas ARV en cours</b>	<b>Commentaires</b>
TDF / 3TC / DTG	Maintenir le même traitement
TDF / 3TC / EFV 400	Maintenir le même traitement
TDF / 3TC + RAL	Maintenir le même traitement
<b>Deuxième ligne</b>	
<b>Schémas ARV en cours</b>	<b>Commentaires</b>
AZT / 3TC + ATV/r (ou LPV/r)	Maintenir le même traitement en rajoutant le TDF En cas de contre-indication au TDF le remplacer par le TAF
AZT / 3TC + DTG	Maintenir le même traitement

**NOTE :** Pour les patients sous 3ème ligne traitement ARV, un schéma thérapeutique sera proposé à la suite d'une concertation du Comité Scientifique VIH.

➤ **En cas de co-infection VIH et virus de l'hépatite C**

Un traitement antirétroviral doit être mis en route chez tout patient co-infecté par le VIH et le VHC.

Il s'agit d'un traitement efficace à la fois sur le VIH et le VHC. Le patient sera référé vers un centre spécialisé.

## **1.6.Observance du traitement antirétroviral**

### **1.6.1. Définition [31]**

L'observance du traitement antirétroviral (TARV) doit se concevoir comme le respect par le patient de la prescription médicamenteuse, le degré de concordance entre les recommandations du médecin et les comportements des malades. La plupart des études montrent que 40 à 60% des patients ont un niveau d'observance inférieur 90%. Cependant, l'efficacité du traitement passe par un taux d'observance supérieur ou égal à 95%

### 1.6.2. Mesures de l'observance [32]

Il existe plusieurs méthodes de mesure de l'observance. Ces méthodes sont choisies selon les objectifs de l'étude. Voici le tableau résumant dix méthodes de mesure proposées dans la littérature inspirée par Farmer, ainsi que leurs principaux avantages et inconvénients

**Tableau VIII : Avantages et inconvénients des méthodes de mesure de l'observance**

Méthodes	Avantages	Inconvénients
Dosage du/des Médicaments	Vérification de l'utilisation récente	Limites à l'utilisation récente Variation de la cinétique intra et inter-patients
Marqueurs biologiques	Vérification de l'utilisation récente	Limites à l'utilisation récente Variation de la cinétique intra et inter-patients
Observation directe du Patient	Vérification de l'utilisation	Impraticable en ambulatoire
Entretien	Facile à utiliser, peu coûteux	Influencé par la façon de poser les questions et l'habileté de l'intervieweur
Carnet	Seules données dont la source est le patient apportant des informations sur le rythme des prises	Risque de surestimation Le patient doit penser à remplir et ramener son carnet
Auto-questionnaire	Facile à utiliser, validé, peut permettre d'expliquer le comportement du patient	Pas de données quantitatives La précision dépend de l'outil
Dénombrement	Facile à utiliser, peu coûteux	Pas de données sur le rythme des prises, le patient peut oublier ou modifier les médicaments restants
Registre de délivrance Manuel	Non invasif	Limité par les possibilités locales
Registre de délivrance Electronique	Non invasif, données à long terme, échantillon de grande taille	Connaissance de la base de données indispensable, pertinence des variables enregistrées
Pilulier électronique	Données précises sur le rythme des prises	Coûteux, abondance de données, intrusif

### 1.6.3. Facteurs de mauvaise observance [33]

Il existe 4 grandes classes de facteurs influençant l'adhésion thérapeutique :

- les facteurs liés au patient : âge, sexe, psychopathologie, comorbidités, fonctions cognitives,
- les facteurs liés au traitement : effets indésirables, voie d'administration, posologie, durée, coût, poly médication,
- les facteurs liés à l'environnement : supports social et financier, attitude vis-à-vis du traitement, accompagnement dans la prise du traitement, impact social de la maladie,
- les facteurs liés au médecin : relation médecin malade, information du patient, suivi continu et global, conviction des bénéfices du traitement.

#### ▪ Les facteurs liés aux patients

L'âge aux deux extrêmes de la vie est un facteur de mauvaise observance.

Les femmes sont plus observantes que les hommes.

La présence d'un délire est facteur de mauvaise observance.

En revanche, les données concernant les symptômes négatifs sont contradictoires.

Les comorbidités addictives sont fortement prédictives de mauvaise observance.

#### ▪ Les facteurs liés au médecin

Toutes les études démontrent l'importance de la relation médecin-malade qui dépend du temps passé en consultation avec le patient. L'utilisation de la psychoéducation (8 séances) améliore l'adhésion au traitement et réduit les taux de rechute

#### ▪ Les facteurs liés au traitement

La relation entre la survenue d'effets indésirables et l'observance est complexe. La survenue précoce d'effets indésirables entraîne une mauvaise observance mais elle est le signe d'une bonne adhésion au traitement. En effet les effets indésirables sont présents si le patient prend bien le traitement. Le problème du délai d'action de la molécule est à prendre en compte : les effets indésirables apparaissent en général avant les effets bénéfiques. Lorsqu'une rechute survient parfois plusieurs mois après l'arrêt du traitement, il est difficile pour le patient de comprendre la nécessité de reprendre ce traitement.

**Tableau IX : Récapitulatif des facteurs de risque d'inobservance [34]**

Acteurs	Facteurs
Le patient	Âge Contraintes socioprofessionnelles Connaissances et croyances Niveau d'anxiété et statut émotionnel
La maladie	Intensité des symptômes Gravité, pronostic Durée (chronique, aigu...) Nature (psychiatrie, cardiovasculaire...)
Le traitement	Efficacité, sécurité (profil iatrogène ou effets secondaires) Galénique Nombre de prise journalière Durée Co-médications Coût
Le médecin	Relation de confiance Motivation, force de conviction Communication
Le système de soins	Isolement relatif du médecin Coordination entre les soignants Dossiers médicaux électroniques Financement en fonction des performances

#### 1.6.4. Conséquences de l'inobservance

##### ✓ Au niveau individuel [34]

L'inobservance tend à augmenter chez l'individu : la durée des maladies (10-20 % des cas), le nombre d'arrêts de travail pour raison de santé (5-10 %), la fréquence des visites chez le médecin ou le spécialiste (5-10 %), la survenue d'effets secondaires [129], ou la perte d'efficacité du traitement, la durée des hospitalisations (en moyenne de 3 jours), ainsi que la fréquence des.

##### ✓ Sur le plan de l'efficacité générale de la prise en charge sur le plan épidémiologique [34]

L'inobservance peut impacter l'état de santé de l'ensemble de la population.

D'une part, elle va empêcher la prévalence des maladies guérissables de réduire. D'autre part, elle va interférer négativement avec le contrôle de l'incidence.

### ✓ **Conséquence de mauvaise observance sur le plan clinique [35]**

La non observance entraîne un risque plus élevé d'hospitalisation, de passage aux urgences, d'actes médico-légaux et de mauvaise qualité de vie. Il n'existe pas de corrélation entre observance et chômage, nombre de jours d'hospitalisation, et handicap physique.

L'échec du traitement antirétroviral entraîne :

- Aggravation de la maladie ;
- Réapparition des infections opportuniste ;
- Altération de la relation soignant-soigné ;
- Résistances virales.

#### **1.6.5. Différents modes de non-observance identifiés [35]**

- 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

#### **1.6.6. Risques liés à une mauvaise observance thérapeutique [36]**

Les pathologies chroniques (HTA, tuberculose, greffe d'organe...) sont particulièrement impactées par l'observance. Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), la proportion de malades chroniques respectant leur traitement n'était que de 50 % dans les pays développés. La sous-utilisation chronique de médicaments peut conduire à un mauvais contrôle des symptômes de la maladie traitée (l'apparition de mutation du VIH ou de la tuberculose avec des résistances aux traitements, ...). En revanche, une bonne adhérence aux traitements ayant une balance bénéfico-risque favorable serait associée à une mortalité plus faible. L'observance est améliorée par plusieurs facteurs :

- un schéma d'administration simple et des modalités de prise bien comprises ;
- l'éducation des patients à leur traitement ;
- sa bonne tolérance et une bonne compréhension du risque d'effet(s) indésirable(s) ;
- et l'efficacité du traitement.

Une bonne observance thérapeutique est essentielle pour permettre une réponse thérapeutique satisfaisante et pour éviter les complications iatrogènes, que la maladie traitée soit aiguë ou chronique. Les raisons de l'inobservance sont multifactorielles et nécessitent un dialogue du patient avec ses professionnels de santé et de bien comprendre les bénéfices attendus et les risques encourus.

## **2. METHODOLOGIE**

### **2.1 Lieu et population d'étude**

#### **2.1.1 Lieu d'étude**

Notre étude s'est déroulée dans le service de médecine du centre de santé de référence de la commune de Baya du district Sanitaire de Selingué.

- **Présentation du district**

- **Aperçu général de la commune de Baya**

Selingué fut érigé en chef-lieu d'arrondissement après les indépendances et connu son essor à partir du début des années 1980 avec la construction du premier barrage hydroélectrique du Mali inauguré le 11 Décembre 1982. La commune rurale de Baya créée par la loi N° 96 – 059 du 04 Novembre 1996 qui décrète l'institution de toutes les communes rurales en République du Mali. Sur le plan sanitaire, la construction du barrage a suscité la construction d'un centre de santé afin d'atténuer l'impact des maladies hydriques du lac d'eau. Ainsi Selingué a fait l'objet de beaucoup d'études et de recherches surtout connues avec l'ouverture de l'unité de recherche annexe de l'INRSP dont le premier dirigeant fut le feu Pr Ogobara DOUMBO.

Le district de Selingué est situé en pleine zone inondée du lac d'eau artificiel du barrage de Selingué ; zone de confluence du Wassoulou-Balé avec le Sankarani tous des affluents du fleuve Niger. Il s'agit de la zone frontière pré guinéenne et à l'Ouest de Bamako, distant d'environ 135 kilomètre de ce dernier. Il est limité : à l'Est par le district de Ouéléssebougou, au Sud-Est par le district de Bougouni, au Sud par le district de Yanfolila, à l'Ouest par la République de Guinée Conakry. Avec une population de 112 287 habitants selon le micro plan 2019, pour une superficie de 4200 km<sup>2</sup> ; la population est composée principalement de Malinké, Bambara, Bozo, Dogon, Peulh. Le district compte actuellement quatre communes rurales. La commune de Baya compte onze (11) villages et des dizaines de hameaux ainsi que des campements de pêche. Le chef-lieu de la commune est Kangaré dans laquelle se situe le centre de santé de référence.

➤ **Présentation du Centre de Santé de Référence de Selingué**

Le Centre de Santé de Référence de Selingué a été créé en 2001. Actuellement il est sur un nouveau site qui a été inauguré en fin décembre 2009 et s'étend sur une superficie de 3 hectares.

➤ **Les données du district sanitaire de Selingué**

Le district sanitaire de Selingué regroupe un Centre de Santé de Référence et onze (11) aires de santé organisée en centre de santé communautaire (CSCOM) et géré par des associations de santé communautaire (ASACO). Ces CSCOM adhèrent au système de référence/évacuation. La zone sanitaire de Selingué abrite également des dispensaires et maternités rurales.

➤ **Personnel en activité dans le district**

- **Les personnels du CSREF de Selingué**

01 Médecin Santé Publique ; 01 Médecin de Famille/Communautaire ; 03 Médecins généralistes ; 01 Assistant médical en sante publique, 01 Assistant médical Ophtalmologie, 01 Assistant de Biologie médical, 01 Technicien supérieur de santé au Labo, 03 Techniciens de santé Labo, 01 Technicienne en biochimie, 01 Technicien supérieur de santé Hygiène assainissement, 05 Techniciens supérieurs de santé sage-femme, 04 Techniciens de santé Infirmières Obstétriciennes, 11 Techniciens de santé, 02 Aides-Soignants, 02 Matrones, 03 Chauffeurs, 01 Comptable ; 01 Secrétaire, 01 Caissière, 03 Manœuvres, 01 Gérant DRC, 02 Gérants DV

- **Les personnels des CSCOM**

01 Médecin généraliste, 04 Techniciens supérieurs de santé, 05 Infirmières Obstétriciennes, 07 Techniciens de santé, 17 Matrones, 07 Aides-Soignants, 10 Gérants

➤ **Configuration du Centre de Santé de Référence de Selingué (CSRF)**

Situé en plein centre de la commune à Kangaré entre l'école fondamentale et l'ODRS. Il comprend :

• **Un bloc du bureau des entrées**

Composé d'un guichet, une salle de garde pour les gérants (DV) et les chauffeurs et une toilette.

• **Un bloc administratif**

Une salle de réunion, un secrétariat, un bureau pour le médecin chef, deux bureaux de médecin, le bureau du gestionnaire, le bureau du chef de personnels, le bureau du chargé SIS, le bureau d'hygiéniste, le bureau du chargé PEV, une salle d'archives et deux toilettes.



- **Un bloc Radiographie –Laboratoire –Médecine**

Une Unité d'accueil, Trois salles de consultation, trois salles d'attente, une salle de soins, une salle d'urgence, une salle pour l'odontostomatologie, deux salles équipées pour le laboratoire, une salle équipée pour l'ophtalmologie, deux (2) pharmacies et quatre (4) toilettes.

- **Un bloc Maternité**

Une salle de gynécologie, le bureau de la sage -femme maîtresse, une salle d'examen, une salle d'attente, une salle de travail, une salle de lavage des nouveaux nés, une salle de soins des nouveaux nés, une salle de garde, deux salles pour les accouchées contenant sept (7) lits, une salle pour les césariées (quatre lits) et deux toilettes.

- **Un bloc de chirurgie générale**

Comporte un bloc septique, un bloc aseptique, une salle de lavage des mains, une salle de réveil, une salle de préparation pour le chirurgien, une salle de préparation des malades, une salle d'anesthésie et réanimation, une salle de soins, une salle d'attente, une salle de garde, une salle de stérilisation, le bureau du chirurgien, le bureau du major de la chirurgie et enfin deux toilettes.

- **Deux blocs d'hospitalisation**

- Hospitalisation chirurgie : deux (2) salles pour hommes contenant quatre (4) lits, deux (2) salles pour femmes (4 lits) une salle pour enfants (5 lits), une salle de pansement, deux salles de garde et une toilette.
- Hospitalisation médecine : une salle pour Hommes (4 lits), une salle pour femmes (4 lits), trois (3) salles pour enfants (5lits).

➤ **Carte sanitaire de Selingué [37]**



**Figure 3 : Carte sanitaire de Selingué [36]**

### 2.1.2 Population d'étude

Elle a été constituée par les adultes vivants avec le VIH/SIDA suivis au centre de santé de référence de Selingué.

### 2.2 Type et période d'étude

Il s'agissait d'une étude descriptive avec un recueil prospectif des données du Janvier 2020 au Juin 2020, soit une période de 6 Mois.

### 2.3 Echantillonnage

Pendant la période d'étude, tous les malades répondant à nos critères ont été retenu.

### 2.4 Critère d'éligibilité

#### 2.4.1 Critère d'inclusion

Ont été inclus dans notre étude tous les patients de plus de 15 ans vivants avec le VIH/SIDA qui étaient sous traitement ARV au centre de santé de référence de Selingué

#### 2.4.2 Critère de non inclusion

N'ont pas été inclus dans notre étude :

Les enfants de moins de 15 ans ;

Les adultes dépistés séropositifs en dehors de la période d'étude ;

Les adultes sous traitement ARV qui avaient refusé de participer à notre étude.

### 2.5 Matériels et Méthodes

#### 2.5.1 Technique

- les données étaient recueillies à partir :
  - d'un interrogatoire adressé aux patients;
  - les dossiers individuels des patients ;
  - les bulletins d'analyses biologiques ;
  - et du registre de renouvellement des ordonnances ARV ;
- Puis enregistrées sur une fiche d'enquête.

#### 2.5.2 Outils de collecte

Les données étaient recueillies sur une fiche d'enquête individuelle, anonyme d'une part à partir d'un questionnaire adressé aux malades, et d'autre part à transcription des réponses émanant dans des registres de renouvellement et des ordonnances ARV.

### 2.6 Variables

Notre questionnaire comporte les variables suivantes :

- **Les données socio- démographiques ;**
  - sexe
  - âge
  - profession /occupation
  - statut matrimonial
  - régime matrimonial
  - résidence
  - niveau d'instruction
  - nationalité
- **Données cliniques**
  - poids

- taille
- IMC
- pathologies observées au cours du traitement
- protocole thérapeutique en cours
- ligne thérapeutique en cours
- effets indésirables des produits
- délai de mise au traitement ARV
- **Evaluation de l'observance**
  - bonne observance
  - mauvaise observance
- **Données immuno-virologiques**
  - type de VIH
  - taux de CD4 à l'inclusion de l'étude, à M3 et à M6 de l'étude
  - charge virale à l'inclusion de l'étude et à M6 de l'étude
- **Stade OMS – Stade CDC**

## 2.7 Définitions opérationnelles

- **Bonne observance** : se définit comme étant le degré de concordance entre le comportement d'un individu et les recommandations médicales qui correspondent à 100% des prises, ou prise supérieure ou égale à 95% de la dose prescrite sans prise manquée ni groupée.
- **Mauvaise observance** : Correspond à une prise inférieure à 95% du nombre de prises médicamenteuses prescrites et ou avec des prises manquées ou groupées.
  - **Prises manquées** : correspondent à l'omission d'au moins une prise dans la journée ou dans le mois.
  - **Prises groupées** : correspondent à la prise d'au moins deux doses en une seule fois dans la journée.
  - **Prise inférieure à 95%** : correspond
    - A 3 prises ou plus manquées dans le mois pour ceux qui ont un protocole thérapeutique d'une prise par jour ;
    - A 6 prises ou plus manquées dans le mois pour ceux qui ont un protocole thérapeutique de deux prises par jour.
  - **Dose en excès** : est la prise d'une dose supérieure à la celle prescrite.
  - **Dose insuffisante** : est quand la dose prise est inférieure à la celle prescrite.
    - **Indice de Masse Corporelle**

L'IMC est un indice simple calculé à partir du poids et de la taille d'une personne poids (kg) / [taille (m) x taille (m)]. Il constitue 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.

**Tableau X : Interprétation de l'IMC selon l'OMS [38]**

IMC	Interprétation
Moins de 16,5	Dénutrition ou anorexie
Entre 16,5 et 18,5	Maigreur
Entre 18,5 et 25	Poids idéal
Entre 25 et 30	Surpoids
Entre 30 et 35	Obésité modérée
Entre 35 et 40	Obésité sévère
Au-delà de 40	Obésité massive

- **Stades cliniques selon l'OMS**

Les symptômes qui répondent aux critères diagnostique d'une maladie sont présents

**Tableau XI : Les stades de la classification du VIH selon l'OMS [39]**

Stade I	Stade II	Stade III	Stade IV
-Asymptomatique -Pas de perte de poids. -Pas de symptômes ou seulement lymphadénopathie généralisée persistante. -Echelle de performance 1 : pati activité normale.	<b>Maladie de faible gravité.</b> - Perte de poids entre 5 et 10% de la masse corporelle -Manifestations cutanéomuqueuses mineures, zona dans les cinq dernières années, infections urinaires à répétition, sinusites ou otites bactériennes. - Echelle de performance 2 : patient symptomatique, activité normale.	<b>Maladie de gravité modérée.</b> - Perte de poids > 10% ; - Diarrhée chronique inexplicée ; - Fièvre prolongée inexplicée > à 1 mois ; - Candidose buccale (muguet) ; - Tuberculose pulmonaire au cours de l'année écoulée, infections bactériennes graves (pneumonie) ; - Echelle de performance 3 : patient alité pendant moins de la moitié	<b>Maladie grave (SIDA)</b> - Syndrome cachectique dû au VIH, - Diarrhée > 1 mois, - Pneumopathie - Toxoplasmose cérébrale, - Infection par HSV - Candidose de l'oesophage, - Tuberculose - Septicémie à salmonelle non typhique, - Sarcome de kaposi, - Echelle de performance 4 : patient alité pendant plus de la moitié de la journée durant le

		de la journée durant le dernier mois.	dernier mois.
--	--	---------------------------------------	---------------

- **Stades CDC**

Système de classification médicale utilisé par les Centers for Disease Control and prevention des Etats-Unis pour classer les maladies et les infections par le VIH.

**Tableau XII : Les stades de la classification du VIH selon CDC [40]**

Nombre de CD4/mm <sup>3</sup>	Catégories cliniques		
	<b>A</b> Asymptomatiques Primo-infection	<b>B</b> Symptomatiques sans critères A ou C	<b>C</b> SIDA
> 500/mm <sup>3</sup>	A1	B1	C1
200-499/mm <sup>3</sup>	A2	B2	C2
< 200/mm <sup>3</sup>	A3	B3	C3

## 2.8 Aspects éthiques

- Les patients étaient reçus dans la confidentialité.
- Un numéro anonyme était attribué à chaque dossier.
- L'accès aux dossiers était limité aux prescripteurs.

## 2.9 Analyse des données

Les données ont été saisies **sur Word et Excel version 2016**, traitées et analysées grâce au logiciel **SPSS statistics version 20**.

### 3. RESULTATS

#### 3.1. Résultats descriptifs

Pendant la période de notre étude, nous avons recueilli un échantillon de 163 patients suivis sous ARV au centre de santé de référence de Selingué.

##### 3.1.1. Données sociodémographiques

**Tableau XIII : Répartition des patients selon le sexe.**

Sexe	Effectif	Pourcentage (%)
Masculin	39	23,9
<b>Féminin</b>	<b>124</b>	<b>76,1</b>
<b>Total</b>	<b>163</b>	<b>100</b>

Le sexe ratio était égal à 0,31.

**Tableau XIV : Répartition des patients selon les tranches d'âge.**

Tranche d'âge	Effectif	Pourcentage (%)
15 à 24 ans	26	16,0
<b>25 à 34 ans</b>	<b>63</b>	<b>38,7</b>
35 à 44 ans	47	28,8
45 à 54 ans	21	12,9
> 55 ans	6	3,7
<b>Total</b>	<b>163</b>	<b>100</b>

L'âge compris entre 25-34 ans représentait 38,7%.

L'âge moyen était  $33,5 \pm 10,5$  ans avec des extrêmes de 16 ans et de 71 ans.

**Tableau XV : Répartition des patients selon le statut matrimonial.**

<b>Statut matrimonial</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage (%)</b>
Célibataire	18	11
<b>Marié</b>	<b>110</b>	<b>67,5</b>
Divorcé	11	6,7
Veuf (veuve)	18	6,7
Séparé (é)	6	3,7
<b>Total</b>	<b>163</b>	<b>100</b>

Les mariés représentaient 67,5% de nos patients.

**Tableau XVI : Répartition des patients selon le régime matrimonial.**

<b>Régime matrimonial</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage (%)</b>
<b>Polygamie</b>	<b>87</b>	<b>53,4</b>
Monogamie	58	35,6
Non applicable*	18	11
<b>Total</b>	<b>163</b>	<b>100</b>

\*= célibataire

La polygamie représentait 53,4%.

**Tableau XVII : Répartition des patients selon leur lieu de résidence.**

<b>Résidence</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage(%)</b>
Selingué	71	43,6
<b>Hors Selingué</b>	<b>92</b>	<b>56,4</b>
<b>Total</b>	<b>163</b>	<b>100</b>

Les patients habitants hors de la ville de Selingué représentaient **56,4%**.



**Tableau XVIII : Répartition des patients selon la profession/occupation.**

<b>Profession/Occupation</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage (%)</b>
<b>Femme au foyer</b>	<b>75</b>	<b>46,0</b>
Vendeuse ambulante	23	14,1
Professionnel de sexe	21	12,9
Orpailleur	17	10,4
Cultivateur	16	9,8
Autres*	8	4,9
Agent de santé	3	1,8
<b>Total</b>	<b>163</b>	<b>100</b>

\*=Mécanicien (1), Artisan (1), Menuisier (1) Enseignant (2), Maçon (2), Elève /Etudiant (1).

Les femmes au foyer représentaient 46,0%.

**Tableau XIX : Répartition des patients selon le niveau d'instruction.**

<b>Niveau d'instruction</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage(%)</b>
<b>Non scolarise</b>	<b>107</b>	<b>65,6</b>
Primaire	32	19,6
Secondaire	11	6,7
Ecole coranique	11	6,7
Supérieur	2	1,2
<b>Total</b>	<b>163</b>	<b>100</b>

Les non scolarisés représentaient 65,6%.

### 3.1.2. Données cliniques et paracliniques

**Tableau XX : Répartition des patients selon l'indice de masse corporelle.**

IMC	Effectif	Pourcentage (%)
Maigreur	29	17,8
<b>Poids idéal</b>	<b>109</b>	<b>66,9</b>
Surpoids	24	14,7
Obésité modérée	1	0,6
<b>Total</b>	<b>163</b>	<b>100</b>

Le poids idéal représentait 66,9% des cas

**Tableau XXI : Répartition des patients selon les comorbidités.**

Comorbidités	Effectif (n= 21)	Pourcentage (%)
Tuberculose	10	47,6
Hépatite B	8	38,1
Autres *	3	14,3

\*= Diabète (1) HTA (2).

Les patients qui avaient manifesté la tuberculose associée au VIH au cours de l'étude était majoritaire avec un taux 47,6 %.

**Tableau XXII : Répartition des patients selon le Schéma utilisé.**

Schéma utilisé	Effectif	Pourcentage (%)
<b>TDF/3TC/EFV</b>	<b>159</b>	<b>97,5</b>
AZT/3TC/EFV	4	2,5
<b>Total</b>	<b>163</b>	<b>100</b>

Le schéma thérapeutique TDF/3TC/EFV avait représenté 97,5% des cas.

**Tableau XXIII : Répartition des patients selon le niveau d'observance à J0 de l'étude**

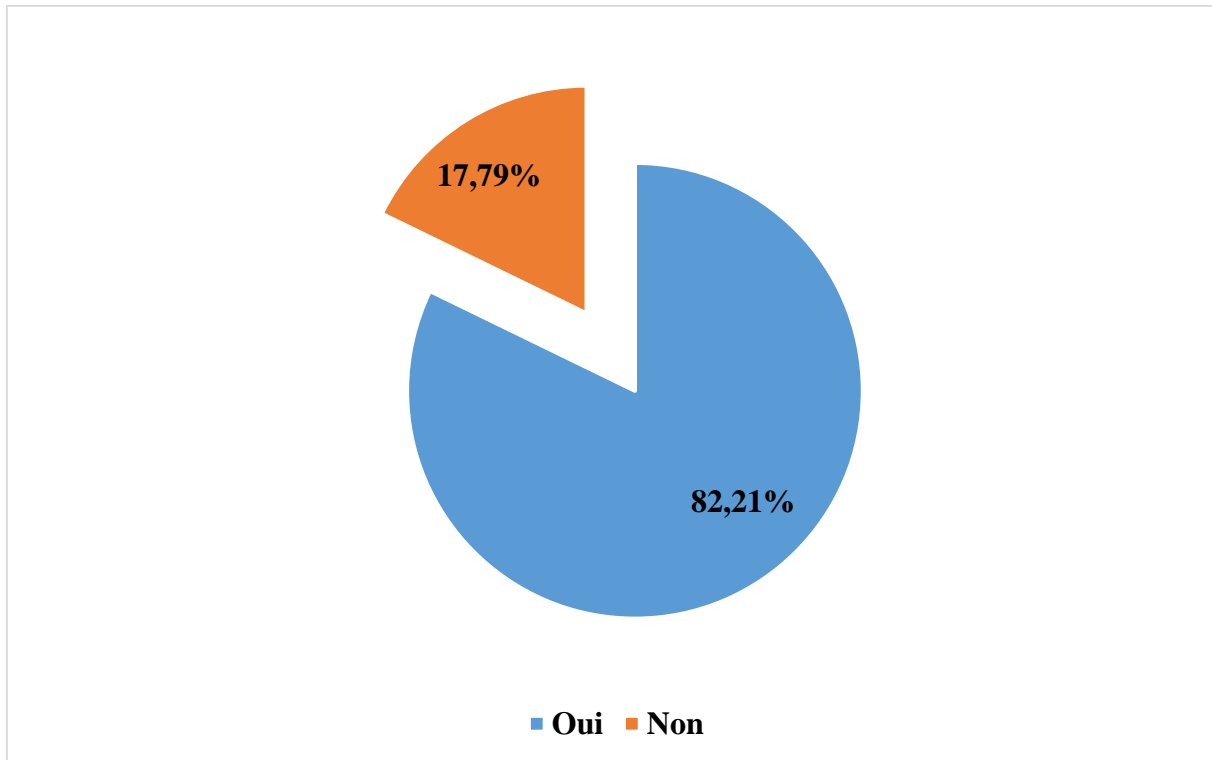
<b>Le niveau d'observance à J0 de l'étude</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage (%)</b>
<b>Bonne</b>	<b>125</b>	<b>76,7</b>
Mauvaise	38	23,3
<b>Total</b>	<b>163</b>	<b>100,0</b>

La bonne observance représentait 76,7% des cas.

**Tableau XXIV : Répartition des patients selon la Classification OMS à J0 de l'étude**

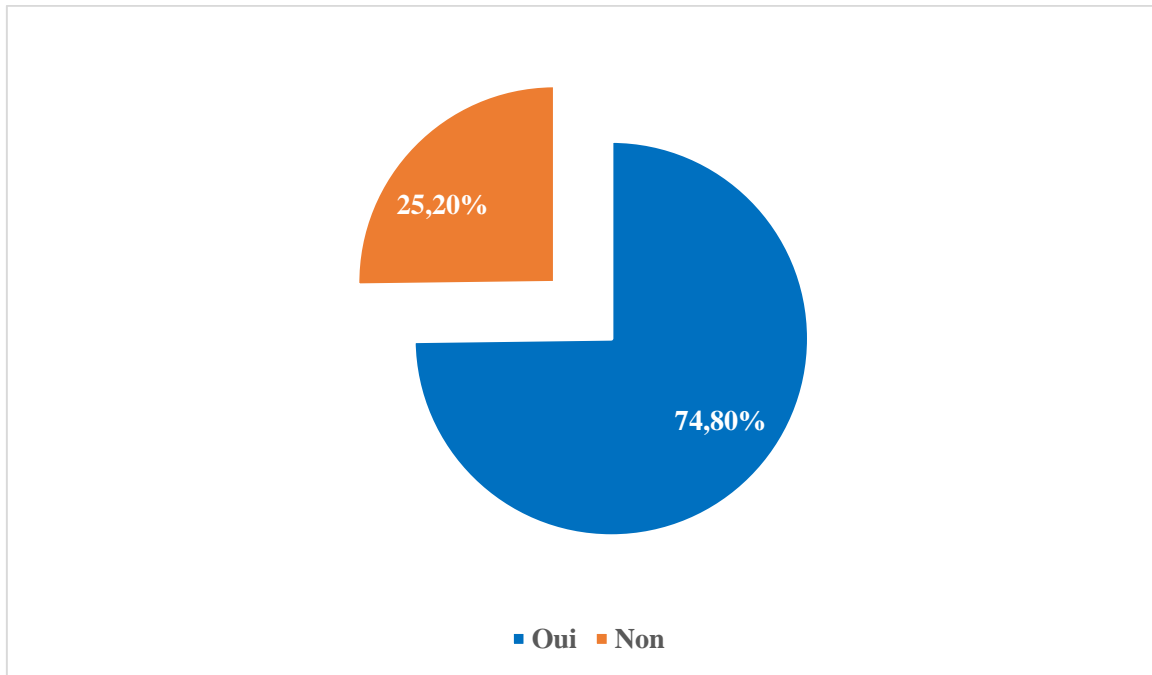
<b>Stade OMS à J0 de l'étude</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage (%)</b>
Stade I	96	58,9
Stade II	48	29,4
Stade III	16	9,8
Stade IV	3	1,8
<b>Total</b>	<b>163</b>	<b>100,0</b>

Le Stade I de la Classification OMS était retrouvé chez 58,9% des patients au début de l'étude.



**Figure 4 : Répartition des patients selon le respect des rendez-vous du renouvellement des ordonnances à J0 de l'étude**

Les rendez-vous du renouvellement des ordonnances étaient respectés dans 82,2% chez les patients.



**Figure 5 : Répartition des patients selon la prise du médicament conformément à la prescription du médecin à J0 de l'étude**

La prise du médicament conformément à la prescription représentait 74,8% des cas.

**Tableau XXV : Répartition des patients selon le nombre de prise manquée entre 2 rendez-vous à J0 de l'étude**

Nombre de prise manquée d'un rendez-vous à un autre à J0	Effectif	Pourcentage (%)
Aucune	102	62,6
<b>Supérieur ou égal à trois</b>	<b>32</b>	<b>19,6</b>
Inferieur à trois	29	17,8
<b>Total</b>	<b>163</b>	<b>100,0</b>

Près de 20% de nos patients ont manqué plus de 3 prises de leur médicament

**Tableau XXVI : Répartition des patients selon le nombre de prise groupée entre 2 rendez-vous à J0 de l'étude**

<b>Nombre de prise groupée d'un rendez-vous à un autre à J0</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage (%)</b>
Aucune	154	94,5
<b>Supérieur ou égal à trois</b>	<b>8</b>	<b>4,9</b>
Inferieur à trois	1	,6
<b>Total</b>	<b>163</b>	<b>100,0</b>

Le nombre de prise groupée supérieur à trois était retrouvé dans près de 5% des cas

**Tableau XXVII : Répartition des patients selon la survenue des effets secondaires à J0 de l'étude**

<b>Effets secondaires à J0</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage (%)</b>
Non	121	74,2
<b>Oui</b>	<b>42</b>	<b>25,8</b>
<b>Total</b>	<b>163</b>	<b>100,0</b>

Plus du quart de nos patients ont présenté un effet secondaire soit un taux de 25,8% des cas.

**Tableau XXVIII : Répartition des patients selon les types des effets secondaires à J0 de l'étude**

<b>Types d'effets secondaires J0</b>	<b>Effectif (n=42)</b>	<b>Pourcentage (%)</b>
Nausées	15	35,7
Céphalées	7	16,7
Prurit	6	14,3
Diarrhée	3	7,1
Vomissement	2	4,8
Douleur Abdominale	1	2,4
Autres*	8	19
Total	42	100

\*= Insomnie (2) Trouble du cycle menstruel (2) vertige (2) cauchemars (2)

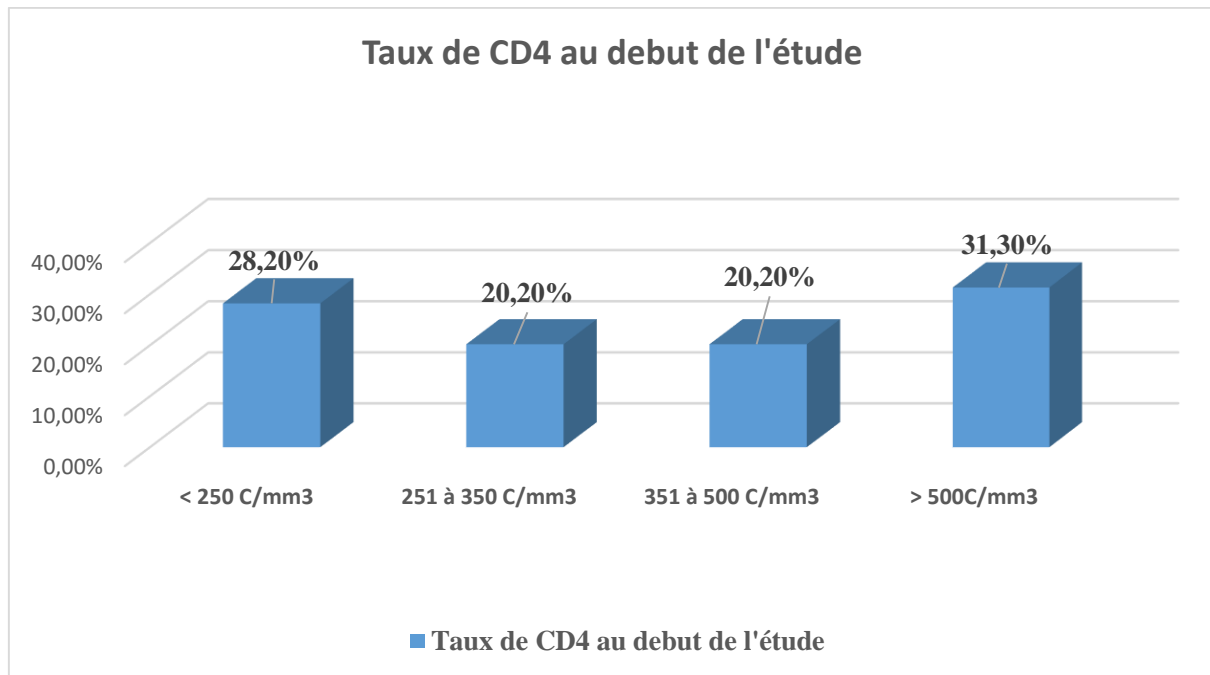
Les nausées étaient fréquentes chez nos patients à 35,7% parmi les types d'effets secondaires.

**Tableau XXIX : Répartition des patients selon les causes d'inobservances à J0 de l'étude**

<b>Causes d'inobservance à J0 de l'étude</b>	<b>Effectif (n=38)</b>	<b>Pourcentage (%)</b>
Oubli	15	39,5
Refus pour effets secondaires	9	23,7
Voyage	7	18,4
Refus non justifier	3	7,9
Autres*	4	10,5
Total	38	100

\*= Manque de moyens de déplacement (1) Manque moyen financier (1) Travaux champêtre (2)

L'oubli était retrouvé chez 39,5% des inobservants.



**Figure 6 : Répartition des patients selon le taux de CD4 à J0 de l'étude**

Le taux de CD4  $>500/\text{mm}^3$  représentait 31,3% des cas.

**Tableau XXX : Répartition des patients selon la charge virale à J0 de l'étude**

Charge virale J0 de l'étude	Effectif	Pourcentage (%)
Non fait	67	41,1
<1000 copies/ml	51	31,3
$\geq 1000$ copies/ml	45	27,6
Total	163	100,0

La charge virale <1000 copies/ml représentait 31,3% des cas selon l'OMS.



**Tableau XXXI : Répartition des patients selon le niveau d'observance à M3 de l'étude**

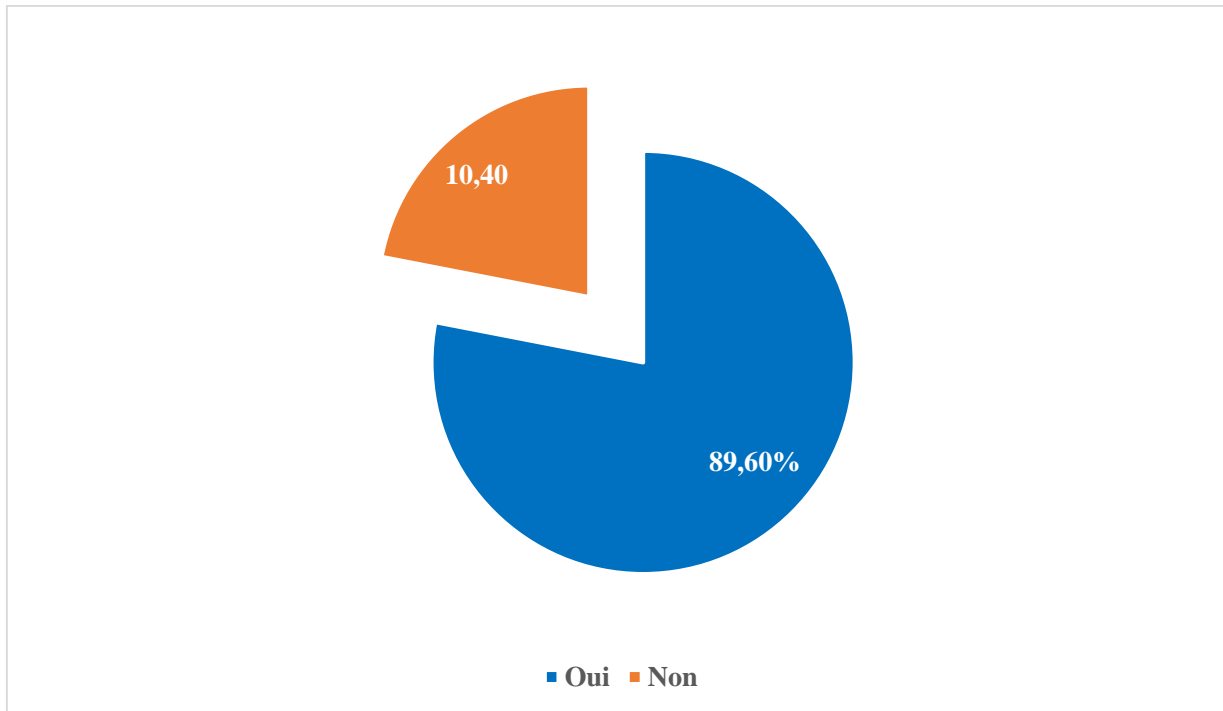
Niveau d'observance M3 de l'étude	Effectif	Pourcentage (%)
Bonne	135	82,8
Mauvaise	28	17,2
Total	163	100,0

L'observance était bonne chez 82,8% de nos patients à M3 de l'étude.

**Tableau XXXII : Répartition des patients selon la classification clinique de l'OMS à M3 de l'étude**

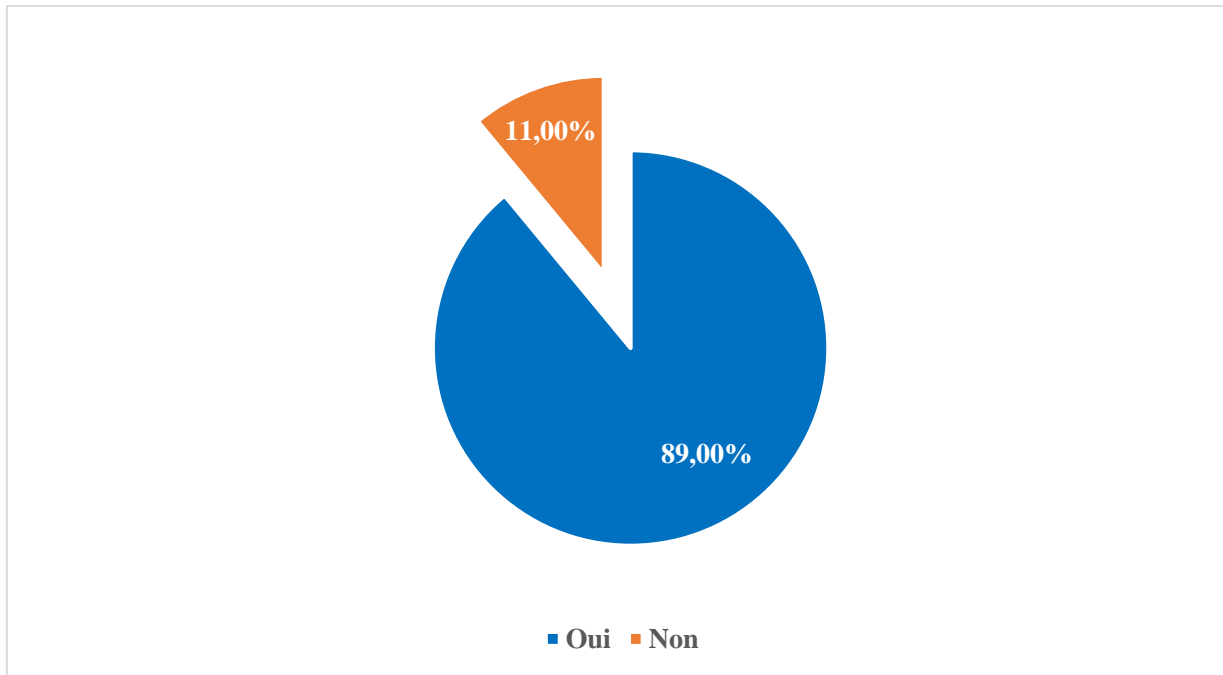
Stade clinique OMS à M3 de l'étude	Effectif	Pourcentage (%)
Stade I	124	76,1
Stade II	30	18,4
Stade III	9	5,5
Total	163	100,0

Le stade I de la classification clinique de l'OMS à M3 de l'étude avait représenté 76,1% des cas.



**Figure 7 : Répartition des patients selon le respect des rendez-vous du renouvellement des ordonnances à M3 de l'étude**

Le respect des rendez-vous du renouvellement des ordonnances à M3 représentait 89,6% des cas.



**Figure 8 : Répartition des patients selon la prise du médicament conformément à la prescription du médecin à M3 de l'étude**

La prise du médicament conformément à la prescription du médecin à M3 de l'étude a représenté 89% des cas.

**Tableau XXXIII : Répartition des patients selon le nombre de prise manquée entre 2 rendez-vous à M3 de l'étude**

Nombre de prise manquée à M3 de l'étude	Effectif	Pourcentage (%)
Aucune	116	71,2
<b>Supérieur ou égal à trois</b>	<b>24</b>	<b>14,7</b>
Inferieur à trois	23	14,1
Total	163	100,0

Les patients qui ont manqué plus de 3 prises manquées à M3 de l'étude a représenté chez 14,7% des patients.

**Tableau XXXIV : Répartition des patients selon le nombre de prise groupée entre 2 rendez-vous à M3 de l'étude**

<b>Nombre de prise groupée à M3</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage (%)</b>
Aucune	157	96,3
<b>Inferieur à trois</b>	<b>6</b>	<b>3,7</b>
<b>Total</b>	<b>163</b>	<b>100,0</b>

La prise groupée d'une à trois avait représenté 3,7% des cas à M3 de l'étude.

**Tableau XXXV : Répartition des patients selon la survenue des effets secondaires à M3 de l'étude**

<b>Effets secondaires à M3</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage (%)</b>
Non	139	85,3
Oui	<b>24</b>	<b>14,7</b>
Total	163	100,0

Près de 15% de nos patients avaient présenté des effets secondaires à M3 de l'étude.

**Tableau XXXVI : Répartition des patients selon les types des effets secondaires à M3 de l'étude**

<b>Types d'effets secondaires M3</b>	<b>Effectif</b> (n=24)	<b>Pourcentage (%)</b>
<b>Nausées</b>	<b>10</b>	<b>41,7</b>
Autres*	5	20,8
Diarrhées	3	12,5
Prurit	3	12,5
Douleur abdominale	2	8,3
Céphalées	1	4,2
Total	24	100

\*= Insomnie (2) Trouble du cycle menstruel (2) Vertige (1)

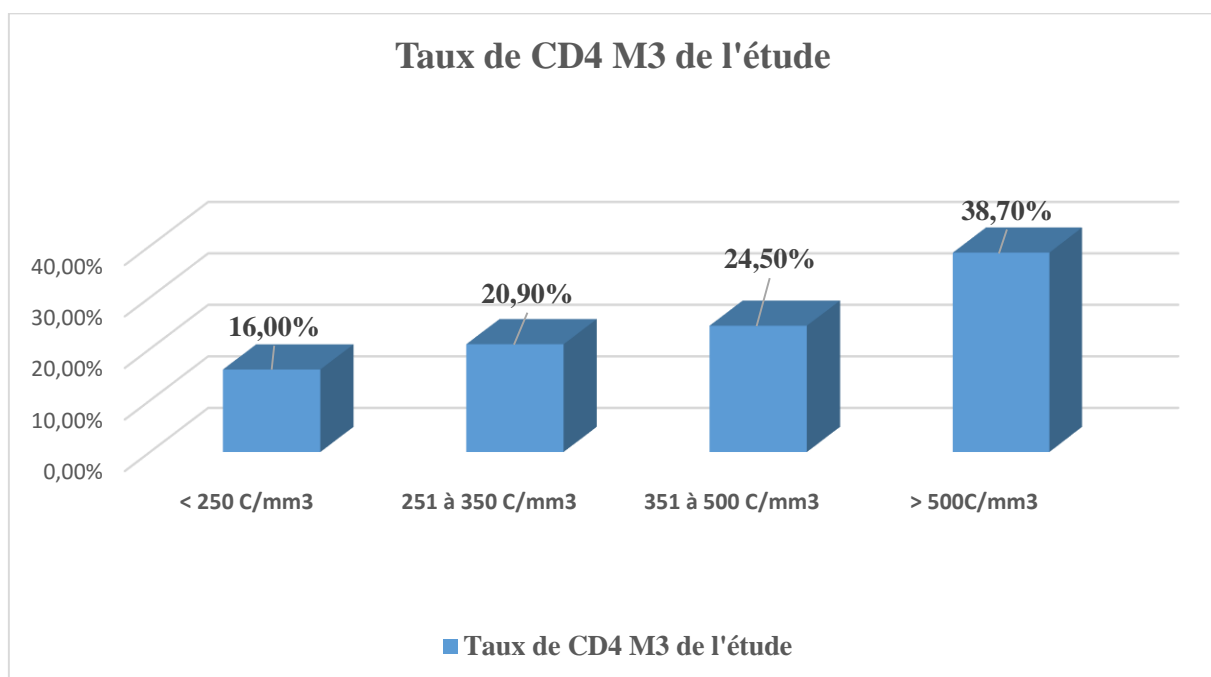
Les nausées étaient rencontrées chez 41,7% des patients qui ont présenté des effets secondaires à M3 de l'étude.

**Tableau XXXVII : Répartition des patients selon les causes d'inobservance à M3 de l'étude**

Causes d'inobservance M3 de l'étude	Effectif (n=28)	Pourcentage (%)
<b>Oubli</b>	<b>12</b>	<b>42,9</b>
Refus pour effet indésirable	6	21,3
Voyage	4	14,3
Autres*	4	14,3
Refus Non Justifier	2	7,1
Total	28	100

\*= Manque de moyen de déplacement (2) manque de soutien familial (1) Travaux champêtres (1)

L'oubli a représenté 42,9% des cas chez les inobservants.

**Figure 9 : Répartition des patients selon le taux de CD4 à M3 de l'étude.**

Le taux de CD4 >500cellules/mm<sup>3</sup> représentait 38,7% des cas.

**Tableau XXXVIII : Répartition des patients selon le niveau d'observance à M6 de l'étude.**

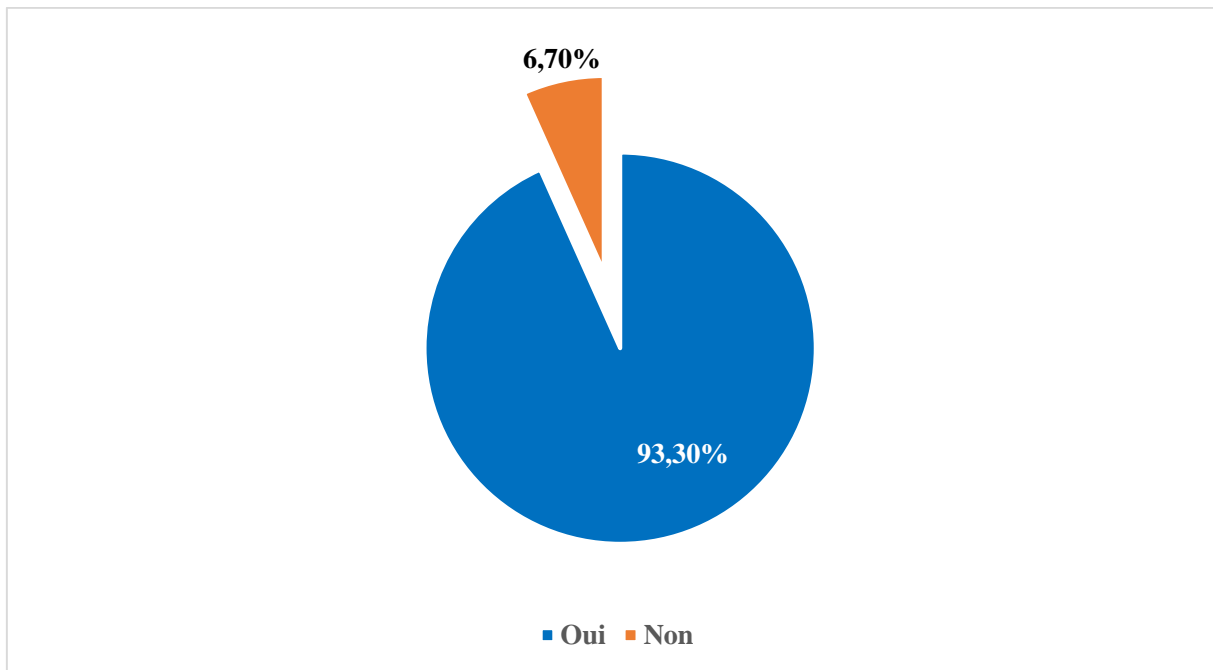
Niveau d'observance à M6 de l'étude	Effectif	Pourcentage (%)
Bonne	<b>156</b>	<b>95,7</b>
Mauvaise	7	4,3
Total	163	100,0

L'observance était bonne dans 95,7% des cas.

**Tableau XXXIX : Répartition des patients selon la classification clinique de l'OMS à M6 de l'étude**

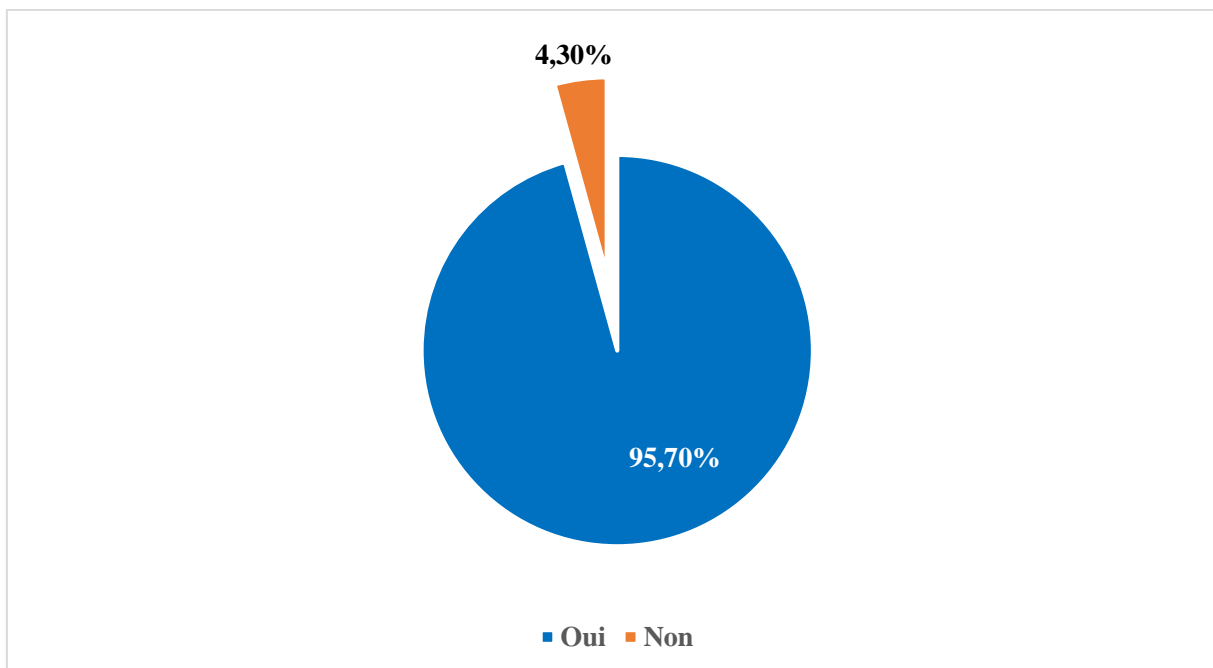
Stade clinique de l'OMS à M6 de l'étude	Effectif	Pourcentage (%)
Stade I	141	86,5
Stade II	18	11,0
Stade III	4	2,5
Total	163	100,0

Près de 90% de nos patients étaient de stade I de la classification de l'OMS à M6 de l'étude.



**Figure 10 : Répartition des patients selon le respect des rendez-vous du renouvellement des ordonnances à M6 de l'étude**

Le respect des rendez-vous du renouvellement des ordonnances était de 93,3% des cas à M6 de l'étude.



**Figure 11 : Répartition des patients selon la prise du médicament conformément à la prescription du médecin à M6 de l'étude**

La prise du médicament conformément à la prescription du médecin représentait 95,7% des cas.

**Tableau XL** : Répartition des patients selon le nombre de prise manquée entre 2 rendez-vous à M6 de l'étude

Nombre de prise manquée à M6	Effectif	Pourcentage (%)
Aucune	139	85,3
<b>Inferieur à trois</b>	<b>16</b>	<b>9,8</b>
Supérieur ou égal à trois	8	4,9
Total	163	100,0

Les patients ayant manqué une à trois prises entre 2 rendez-vous à M6 de l'étude était de 9,8%.

**Tableau XLI** : Répartition des patients selon le nombre de prise groupée entre 2 rendez-vous à M6 de l'étude

Nombre de prise groupée à M6	Effectif	Pourcentage (%)
Aucune	160	98,2
<b>Inferieur à trois</b>	<b>3</b>	<b>1,8</b>
Total	163	100,0

Les patients ayant fait une à trois prises groupées entre 2 rendez-vous était de 1,8%.

**Tableau XLII** : Répartition des patients selon la survenue des effets secondaires à M6 de l'étude

Effets secondaires à M6	Effectif	Pourcentage (%)
Non	152	93,3
Oui	11	6,7
Total	163	100,0

La présence des effets secondaires était rencontrée dans 6,3 % des cas à M6 de l'étude.



**Tableau XLIII : Répartition des patients selon les types effets secondaires à M6 de l'étude**

Types d'effets secondaires à M6	Effectif (n=11)	Pourcentage (%)
Nausées	5	45,5
Prurit	3	27,3
Autres*	2	18,2
Céphalées	1	9
Total	11	100

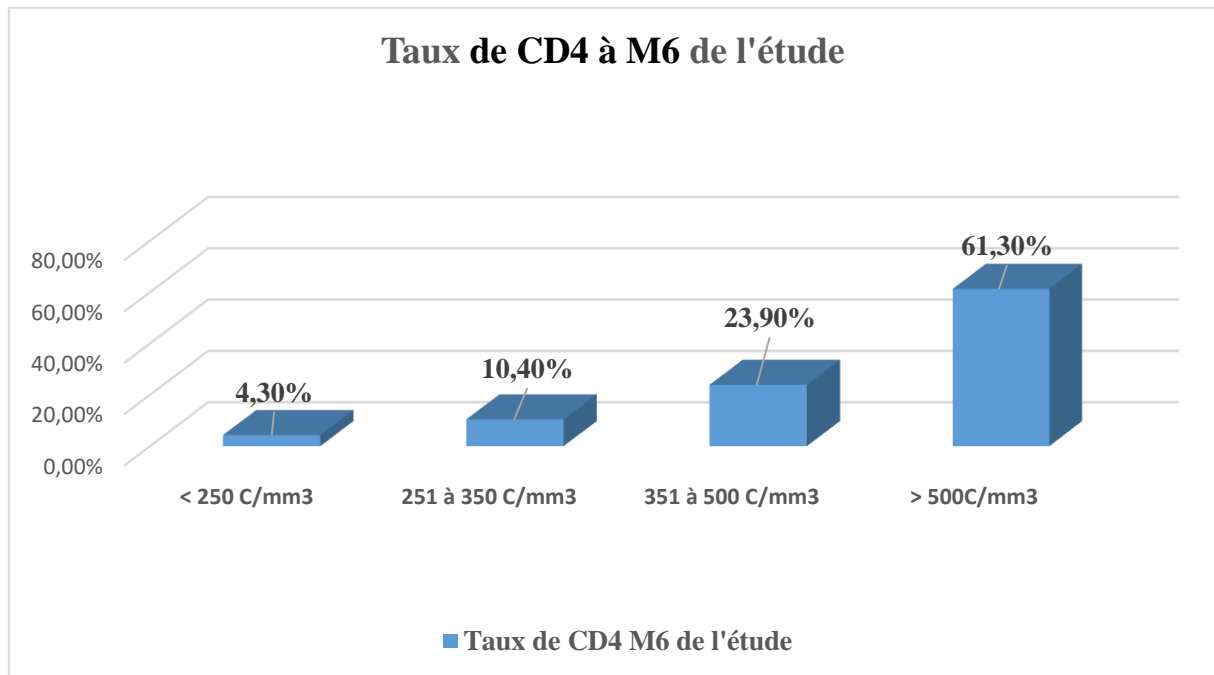
\* Insomnie (1) Asthénie (1)

Les nausées étaient retrouvées chez près de 50% des patients qui ont présenté des effets secondaires à M6 de l'étude.

**Tableau XLIV : Répartition des patients selon les causes d'inobservance à M6 de l'étude**

Causes d'inobservance M6 de l'étude	Effectif (n=7)	Pourcentage (%)
Oubli	4	57,1
Voyage	2	28,6
Refus pour effets secondaires	1	14,3
Total	7	100

L'oubli était retrouvé chez plus de la moitié des patients inobservant à M6 de l'étude.



**Figure 12 : Répartition des patients selon le taux de CD4 à M6 de l'étude.**

Le taux de CD4 >500/mm3 représentait 61,3% des cas.

**Tableau XLV : Répartition des patients selon la Charge virale à M6 de l'étude**

Charge virale à M6 de l'étude	Effectif	Pourcentage (%)
<1000 Copies/ml	<b>98</b>	<b>60,1</b>
≥1000 Copies/ml	16	9,8
Non fait	49	30,1

La Charge virale <1000 Copies/ml avait représenté 60,1% des cas selon l'OMS.

### 3.2.Résultats analytiques

#### 3.2.1. Résultats analytiques à J0 de l'étude

**Tableau XLVI : Relation entre le niveau d'observance et la classification de l'OMS à J0 de l'étude**

Niveau d'observance à J0 de l'étude	Classification selon OMS				Total N (%)
	Stade I	Stade II	Stade III	Stade IV	
Bonne	95(76,0%)	28(22,4%)	2(1,6%)	0(0,0%)	125(100,0%)
Mauvaise	1(2,6%)	20(52,6%)	14(36,8%)	3(7,9%)	38(100,0%)
Total	96(58,9%)	48(29,4%)	16(9,8%)	3(1,8%)	163(100,0%)

Le niveau d'observance avait une relation statistiquement significative avec la classification de l'OMS avec  $p = 0,00$ .

**Tableau XLVII : Relation entre le niveau d'observance et la prise du médicament conformément à la prescription du médecin à J0 de l'étude**

Niveau d'observance à J0 de l'étude	Prise du médicament conformément à la prescription du médecin		Total N (%)
	OUI	NON	
Bonne	115(92,0%)	10(8,0%)	125(100,0%)
Mauvaise	7(18,4%)	31(81,6%)	38(100,0%)
Total	122(74,8%)	41(25,2%)	163(100,0%)

Le niveau d'observance avait une relation statistiquement significative à la prise du médicament conformément à la prescription du médecin avec  $p = 0,00$ .

**Tableau XLVIII : Relation entre le niveau d'observance et la survenue d'effets secondaires à J0 de l'étude**

Niveau d'observance à J0 de l'étude	Effets secondaires à J0		Total N (%)
	OUI	NON	
Bonne	27(21,6%)	98(78,4%)	125(100,0%)
Mauvaise	15(39,5%)	23(60,5%)	38(100,0%)
Total	42(25,8%)	121(74,2%)	163(100,0%)

Il existait une relation statistiquement significative entre le niveau d'observance et la présence des effets secondaires avec  $p = 0,02$ .

**Tableau XLIX : Relation entre le niveau d'observance et les types d'effets secondaires à J0**

Types d'effets secondaires à J0 de l'étude	Le niveau d'observance à J0 de l'étude		Total N (%)
	Bonne	Mauvaise	
Nausée	8(53,3%)	7(46,7%)	15(100,0%)
Vomissement	1(50,0%)	1(50,0%)	2(100,0%)
Diarrhée	2(66,7%)	1(33,3%)	3(100,0%)
Céphalée	5(71,4%)	2(28,6%)	7(100,0%)
Prurit	4(66,7%)	2(33,3%)	6(100,0%)
Douleur Abdominale	1(100,0%)	0(0,0%)	1(100,0%)
Autres	6(66,7%)	3(33,3%)	9(100,0%)

Le niveau d'observance n'était pas lié aux types des effets secondaires avec  $p = 0,29$ .

**Tableau L : Relation entre le niveau d'observance et le taux de CD4 à J0 de l'étude.**

Niveau d'observance à J0 de l'étude	Taux de CD4 à J0 de l'étude				Total N (%)
	<250/mm <sup>3</sup>	251 à 350	351 à 500/mm <sup>3</sup>	>500/mm <sup>3</sup>	
Bonne	11(8,8%)	30(24,0%)	33(26,4%)	51(40,8%)	125(100,0%)
Mauvaise	35(92,1%)	3(7,9%)	0(0,0%)	0(0,0%)	38(100,0%)
Total	46(28,2%)	33(20,2%)	33(20,2%)	51(31,3%)	163(100,0%)

Le niveau d'observance avait une relation avec le taux de CD4,  $p = 0,00$

**Tableau LI : Relation entre le niveau d'observance et la charge virale à J0 de l'étude.**

Niveau d'observance à J0 de l'étude	Charge virale à J0 de l'étude			Total N (%)
	<1000 copie/ml	>1000 copie/ml	Non fait	
Bonne	51(40,8%)	17(13,6%)	57(45,6%)	125(100,0%)
Mauvaise	0(0,0%)	28(73,7%)	10(26,3%)	38(100,0%)
Total	51(31,3%)	45(27,6%)	67(41,1%)	163(100,0%)

Il existait une relation statistiquement significative entre le niveau d'observance et la charge virale avec  $p = 0,00$ .

### 3.2.2. Résultats analytiques à M3 de l'étude

**Tableau LII : Relation entre le niveau d'observance et la classification OMS à M3 de l'étude**

Niveau d'observance M3 de l'étude	Stade clinique OMS			Total N (%)
	Stade I	Stade II	Stade III	
Bonne	119(87,5%)	17(12,5%)	0(0,0%)	136(100,0%)
Mauvaise	5(18,5%)	13(48,1%)	9(33,3%)	27(100,0%)
Total	124(76,1%)	30(18,4%)	9(5,5%)	163(100,0%)

Le niveau d'observance était lié à la classification de l'OMS avec  $p = 0,00$ .

**Tableau LIII : Relation entre le niveau d'observance et le respect des rendez-vous du renouvellement des ordonnances à M3 de l'étude**

Niveau d'observance M3 de l'étude	Respect des rendez-vous M3		Total N (%)
	Oui	Non	
Bonne	131(96,3%)	5(3,7%)	136(100,0%)
Mauvaise	15(55,6%)	12 (44,4%)	27(100,0%)
Total	146(89,6%)	17(10,4%)	163(100,0%)

Il y'avait une relation entre le niveau d'observance et le respect des rendez-vous du renouvellement des ordonnances avec  $p = 0,00$ .

**Tableau LIV : Relation entre le niveau d'observance et la prise du médicament conformément à la prescription du médecin à M3 de l'étude**

Niveau d'observance M3 de l'étude	Prise du médicament conforme à la prescription M3		Total N (%)
	OUI	NON	
Bonne	128(94,1%)	8(5,9%)	136(100,0%)
Mauvaise	17(63,0%)	10(37,0%)	27(100,0%)
Total	145(89,0%)	18(11,0%)	163(100,0%)

Le niveau d'observance était lié à la prise du médicament conforme de la prescription du médecin avec  $p = 0,00$

**Tableau LV : Relation entre le niveau d'observance et la survenue d'effets secondaires à M3 de l'étude**

Niveau d'observance M3 de l'étude	Effets secondaires à M3		Total N (%)
	Oui	Non	
Bonne	16(11,8%)	120 (88,2%)	136(100,0%)
Mauvaise	8(29,6%)	19 (70,4%)	27(100,0%)
Total	24(14,7%)	139(85,3%)	163(100,0%)

Le niveau d'observance était lié à l'existence des effets secondaires avec  $p = 0,01$ .

**Tableau LVI : Relation entre le niveau d'observance et les types d'effets secondaires à M3 de l'étude**

Types d'effets secondaires M3	Niveau d'observance M3 de l'étude		Total N (%)
	Bonne	Mauvaise	
Nausées	5(50,0%)	5(50,0%)	10(100,0%)
Diarrhées	2(66,7%)	1(33,3%)	3(100,0%)
Céphalées	1(100,0%)	0 (0,0%)	1(100,0%)
Prurit	3(100,0%)	0 (0,0%)	3(100,0%)
Douleur abdominale	1(50,0%)	1 (50,0%)	2(100,0%)
Autres	4(80,0%)	1(20,0%)	5(100,0%)

IL n'y avait pas de lien entre le niveau d'observance et les types des effets secondaires avec  $p = 0,06$ .

**Tableau LVII : Relation entre le niveau d'observance et le taux de CD4 M3 de l'étude.**

Niveau d'observance M3 de l'étude	Taux de CD4 M3 de l'étude				Total
	< 250c/mm <sup>3</sup>	251- 350c/mm <sup>3</sup>	351- 500c/mm <sup>3</sup>	>500c/mm <sup>3</sup>	
Bonne	8(5,9%)	28(20,6%)	37(27,2%)	63(46,3%)	136(100,0%)
Mauvaise	18(66,7%)	6(22,2%)	3(11,1%)	0(0,0%)	27(100,0%)
Total	26(16,0%)	34(20,9%)	40(24,5%)	63(38,7%)	163(100,0%)

Il y avait une relation entre le niveau d'observance et le taux de CD4 à M3 de l'étude avec  $p = 0,00$



### 3.2.3. Les résultats analytiques à M6 de l'étude

**Tableau LVIII : Relation entre le niveau d'observance et la classification OMS à M6 de l'étude**

Niveau d'observance à M6 de l'étude	Stade OMS M6 de l'étude			Total N (%)
	Stade I	Stade II	Stade III	
Bonne	141(90,4%)	15(9,6%)	0(0,0%)	156(100,0%)
Mauvaise	0(0,0%)	3(42,9%)	4(57,1%)	7(100,0%)
Total	141(86,5%)	18(11,0%)	4(2,5%)	163(100,0%)

Le niveau d'observance était lié à la classification de l'OMS avec  $p = 0,00$ .

**Tableau LIX : Relation entre le niveau d'observance et le respect des rendez-vous du renouvellement des ordonnances à M6 de l'étude**

Niveau d'observance à M6 de l'étude	Respect des rendez-vous M6		Total N (%)
	Oui	Non	
Bonne	148(94,9%)	8(5,1%)	156(100,0%)
Mauvaise	4(57,1%)	3(42,9%)	7(100,0%)
Total	152(93,3%)	11(6,7%)	163(100,0%)

Il y'avait un lien statistique entre le niveau d'observance et le respect des rendez-vous du renouvellement des ordonnances avec  $p = 0,00$ .

**Tableau LX : Relation entre le niveau d'observance et la prise du médicament conformément à la prescription du médecin à M6 de l'étude**

Niveau d'observance à M6 de l'étude	Prise du médicament conforme à la prescription M6		Total N (%)
	OUI	NON	
Bonne	151(96,8%)	5(3,2%)	156(100,0%)
Mauvaise	5(71,4%)	2(28,6%)	7(100,0%)
Total	156(95,7%)	7(4,3%)	163(100,0%)

Le niveau d'observance était statistiquement lié à la prise du médicament conformément à la prescription du médecin avec  $p = 0,00$ .

**Tableau LXI : Relation entre le niveau d'observance et les types d'effets secondaires à M6 de l'étude**

Types d'effets secondaires à M6	Le niveau d'observance à 6 mois de l'étude		Total N (%)
	Bonne	Mauvaise	
Nausées	3(60,0%)	2(40,0%)	5(100,0%)
Céphalées	1(100,0%)	0(0,0%)	1(100,0%)
Prurit	3(100,0%)	0(0,0%)	3(100,0%)
Autres	2(100,0%)	0(0,0%)	2(100,0%)

Le niveau d'observance n'était pas statistiquement lié aux types des effets secondaires avec  $p = 0,06$ .

**Tableau LXII : Relation entre le niveau d'observance et le taux de CD4 à M6 de l'étude.**

Niveau d'observance à M6 de l'étude	Taux de CD4 M6 de l'étude				Total N (%)
	<250C/mm3	251 à 350/mm3	351 à 500/mm3	>500/mm3	
Bonne	0 (0,0%)	17 (10,9%)	39 (25,0%)	100 (64,1%)	156 (100,0%)
Mauvaise	7 (100,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	7 (100,0%)
Total	7 (4,3%)	17 (10,4%)	39 (23,9%)	100 (61,3%)	163 (100,0%)

Il y'avait une relation statistique entre le niveau d'observance et le taux de CD4 avec  $p = 0,00$ .

**Tableau LXIII : Relation entre le niveau d'observance et la charge virale à M6 de l'étude**

Niveau d'observance M6 de l'étude	Charge virale M6 de l'étude			Total N (%)
	<1000 Copies/ml	>1000 Copies/ml	Non fait	
Bonne	98(62,8%)	13(8,3%)	45(28,8%)	156(100%)
Mauvaise	0(0,0%)	3(42,9%)	4(57,1%)	7(100%)
Total	98(60,1%)	16(9,8%)	49(30,1%)	163(100%)

Le niveau d'observance était statistiquement lié à la charge virale avec  $p = 0,00$ .

#### 4. COMMENTAIRES ET DISCUSSION

- Notre étude, descriptive, transversale et analytique avec un recueil prospectif des données, a été menée pour apprécier l'observance thérapeutique chez les PVVIH adultes sous ARV au CS Réf de Selingué. La présente étude était la première à évaluer l'observance des patients suivis sous ARV au Csréf de Selingué.

##### 4.1. Les limites de notre étude

- Absence d'études similaires réalisées au Csréf de Selingué.
- Il n'existe pas une méthode de référence pour évaluer l'observance. Cependant, certaines méthodes sont plus fiables que d'autres.
- L'irrégularité des patients aux visites.
- L'indisponibilité temporaire ou permanente de certains examens complémentaires : taux de CD4, charge virale ; urée, ionogramme, transaminases.
- La non évaluation de l'observance de certains patients à cause du refus, ou l'inaccessibilité des patients logeant très loin du centre.

##### 4.2. Les résultats globaux

- Le niveau d'observance était de 76,6% à au début de l'étude, 82,8% à 3 mois et à 95,7% à 6 mois de l'étude chez les patients qui ont bien suivi le traitement.
- Les patients classés stade A selon la classification CDC et stade I selon la classification OMS étaient mieux observant.
- Le taux de lymphocytes CD4<250/mm<sup>3</sup> était à 28,2% au début de l'étude ; 16% à 3mois de l'étude et 4,3% à 6mois.
- Le taux de CD4>500/mm<sup>3</sup> suivait une progression de 31,3% au début à 38,7% à 3 mois et à 61,3% à 6 mois ; de la même que la charge virale <1000copies de 31,3% au début à 60,1% à 6 mois.

Les patients qui n'avaient pas réalisé de charge virale due au manque de ce bilan au CS Réf au début de l'étude était 41,1% et à 6mois de l'étude 30,1% respectivement.

##### 4.3. Les données sociodémographiques

###### ✓ Sexe

Plus de la moitié de nos patients était des femmes 76,1% Cette prédominance féminine avait été trouvée par Diakité [41] et Doumbia [42] qui ont noté 74,5%et 61,9% respectivement.

La vulnérabilité de la femme à l'infection au VIH s'explique par sa constitution biologique, 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, le rôle

favorisant les IST, est leur faible niveau d'alphabétisation. Dans plusieurs pays les jeunes femmes ont des niveaux d'information et des connaissances relatives au SIDA inférieur à ceux des hommes. Au mali le niveau de connaissances liées au VIH des jeunes femmes est estimé à moins de 10%.

#### ✓ **Age**

Les jeunes adultes [25–34 Ans] ont été les plus représentés 38,7%. Cette tranche a été retrouvée à Bamako par M Diallo [43] et en France [44] soit 52,22% de l'échantillon. Dans notre étude l'âge moyen a été de  $33,5 \pm 10,5$  ans avec des extrêmes de 16 et 71 ans. Ce résultat est comparable à ce trouvé à Kayes par Karabinta et al [45] leurs moyenne d'âge était 34,8 ans

#### ✓ **Résidence**

Plus de la moitié de nos patients vivaient hors de la ville de Selingué soit 56,4%. Ce résultat était différent de celui de SAMAKE [46] qui a trouvé 75,0% des patients vivants en zone urbaine. Cela pourrait s'expliquer par la mobilité de la population à la recherche des zones minières et agricoles fertiles.

#### ✓ **Statut matrimonial**

La plupart des patients de notre étude étaient mariés soit 67,5%. Ce résultat est comparable à celui de Maiga [47] et *FOMO KOUEGOUE* [48] qui ont trouvé *respectivement* 70,2% et 75,9 %.

#### ✓ **Régime matrimonial**

La polygamie était prédominante avec 53,4%. Ce même résultat a été trouvé au centre de santé de référence de la commune V de Bamako à l'Unité de Soins d'Accompagnement et de Conseil par Mariko [49] qui avait trouvé 53% de régime polygamique.

#### ✓ **Profession**

Les femmes au foyer étaient retrouvées dans 46,0% ; résultat superposable à ceux de OUMAR [50] qui a trouvé 51,9% en VIH1+2 et 45,7% en VIH2 des ménagères.

#### ✓ **Niveau d'instruction**

Les non scolarisés étaient plus fréquentes avec 65,6%. Ce même résultat a été retrouvé par KORKOSS [51] qui a trouvé 67,4% des non scolarisés.

#### **4.4. Les données cliniques et paracliniques**

##### **✓ Type du VIH**

L'infection à VIH1 était prédominante à 100% dans notre étude. Cette tendance a été retrouvée dans les travaux de Traoré et al [52] et NIAMBELE [53] dont 94,2% et 97,8% ont été ressorti. Ceci pourrait s'expliquer par la faible prévalence du VIH2 en Afrique, de plus le VIH1 serait le sérotype prédominant au Mali.

##### **✓ Le schéma thérapeutique utilisé**

La majorité des patients étaient sous le schéma TDF/3TC/EFV soit 97,5%. Un constat similaire avait été fait par NIAMBELE [53] qui avait noté 71,1%. Ce schéma est le plus utilisé dans les pays en développement recommandé par l'OMS à cause de son faible coût et de son efficacité démontrée par des études.

##### **✓ La co-infection**

La co-infection tuberculose/VIH était 47,6%. Ce résultat est supérieur à ceux trouvés en Côte d'Ivoire par Sanogo et al [54] qui était de 20%.

##### **✓ Niveau d'observance**

Le niveau d'observance était bon de 76,6% à J0 ; 82,8% à M3 et 95,7% à M6. Ce résultat était comparable à celui de l'étude de Sidibé [55] à Sikasso et de BAGAYOKO [56] à Bamako qui ont trouvé respectivement 71,7% et 88,5% de bonne observance. Ceci s'explique par l'étude de l'observance globale dans les 2 cas.

##### **✓ Respect des rendez-vous du renouvellement des ordonnances**

Dans notre étude 82,2% à J0 ; 89,6% à M3 et 93,3% à M6 des patients respectaient le rendez-vous des renouvellements de l'ordonnance. Ce résultat est supérieur à celui de DEMBELE [57] qui avait trouvé 73,3% de respect des rendez-vous des renouvellements de l'ordonnance.

##### **✓ Prise des médicaments conformément à la prescription du médecin**

La prise des médicaments conformément à la prescription du médecin était retrouvée dans 74,8% à J0 ; 89% à M3 et 95,7% à M6 dans notre étude. Ce résultat comparable à celui de Dagnoko [58] qui avait trouvé 91,7% de prise des médicaments conformément à la prescription.

#### ✓ **Le taux de CD4**

Le taux de CD4 > 500 cellule à M6 était retrouvé dans 61,3% des cas pendant notre étude. Ce résultat est proche à celui de Dagnoko [58] qui avait trouvé 55,6% de CD4>500cellule à M6.

#### ✓ **Causes d'inobservance**

Oubli était retrouvé chez 39,5% à J0 ; 42,9% à M3 et 57,1% à M6 de nos patients qui était la principale cause d'inobservance au cours de l'étude ; Cette même attitude a été observé à Gao par ISSOUFI [59] et à Kinshasa par **Benilde Bepouka Izizag et al [60]** qui avait noté respectivement 45,2% et 52,5% des cas d'oubli comme principale cause d'inobservance chez leur patient.

#### ✓ **Effets secondaires**

-Les nausées étaient rencontrés chez 35,7% à J0 ; 41,7% à M3 ; 45,5% à M6 de nos patients. Un constat similaire a été fait à Gao par ISSOUFI [59] qui avait noté 49%.

-Les patients qui n'avaient pas présenté d'effet secondaire étaient plus observants. Ce même résultat a été trouvé à Kinshasa par le groupe de travail **Benilde Bepouka Izizag et al [60]** ; Dans plusieurs recherches, les auteurs s'accordent pour dire que plus les effets indésirables sont importants, moins le patient en aura plus il aura tendance à être observant [60].

### **4.5.Résultats analytiques**

#### ✓ **La relation entre le niveau d'observance et le taux de CD4**

L'observance était statistiquement liée au taux de CD4 avec un p significatif à 0,001 dans notre étude. Ce même résultat a été retrouvé au CHU du Point G par MBAGA [61] chez qui P = 0,001. Les patients qui avaient un taux de CD4 élevé avaient une bonne observance comparée à ceux qui avaient un taux de CD4 bas.

## CONCLUSION

Nous avons mené une étude observationnelle, transversale à visée qualitative dans le service de médecine au centre de santé de référence de Selingué de janvier 2020 au juin 2020.

Il s'agissait :

- d'une population d'adultes jeunes avec un âge moyen de  $33,5 \pm 10,5$  ans
- le sexe ratio à 0,31 en faveur des femmes.
- L'échantillon était uniquement de type I et la majorité était observant. Ce taux de bonne observance augmentait progressivement, Ce qui nous permet d'affirmer une bonne observance chez les PV VIH adultes suivies au CS Réf de Selingué.
- le protocole thérapeutique le plus utilisé était 2INTR+1INNTR.
- les causes d'observance les plus fréquentes étaient l'oubli et la présence des effets secondaires.
- l'effets secondaire le plus rencontré était la nausée.

L'insuffisance en personnels ; la mise en place des clubs d'observance, la multiplicité des sites d'orpaillages et la rupture fréquente des intrants de laboratoire (CV ; CD4) ont été les principales difficultés rencontrées dans la prise en charge des PV VIH.

Nous pouvons retenir que l'observance au traitement antirétroviral est un facteur incontournable à la prise en charge correcte de la maladie VIH/SIDA.

L'étude de l'observance au traitement ARV, bien que difficile à évaluer, nous interpelle sur les solutions à apporter pour son amélioration et l'adhésion des patients au traitement. L'observance du traitement est un moyen efficace pour l'atteinte des objectifs 90X90X90 avant 2020 et 95X95X95 avant 2030 de l'ONU Sida.



## RECOMMANDATIONS

### Au Ministère de la Santé et du Développement Social :

- De mettre à la disposition du corps médical les moyens pour évaluer les paramètres de l'observance, la qualité de vie des patients et de l'impact des médicaments ;
- Sensibiliser la population en intensifiant l'information, l'éducation, la Communication en vue de promouvoir la prévention de l'infection à VIH ;
- Multiplier les programmes de sensibilisation pour les dépistages volontaires ;
- Créer des activités génératrices de revenus pour les PVVIH/SIDA ;
- Encourager la formation des médecins prescripteurs, des pharmaciens dispensateurs et de tout autre acteur impliqué dans la prise en charge des PVVIH/SIDA ;
- Assurer la formation des praticiens en éducation thérapeutique ;
- Etendre la décentralisation de l'IMAARV pour une couverture nationale efficiente ;
- Equiper les laboratoires publics pour la réalisation des examens complémentaires.

### Aux personnels médicaux du centre de santé de référence de Selingue

- Proposer le dépistage systématique à la population et particulièrement les femmes enceintes ;
- Faire un bon counseling avant tout traitement ARV pour garantir une meilleure observance ;
- Evaluation constante de l'observance ;
- Renforcement des séances d'aide à l'observance et d'éducation thérapeutique ;
- Etre constamment à l'écoute des patients ;
- Convaincre le patient pour qu'il puisse partager sa séropositivité avec au moins un parent, son conjoint s'il existe ou un ami afin qu'il soit adhérent au traitement ;
- Traiter efficacement des infections opportunistes.

### A tous les patients sous ARV

- Observer les posologies et les heures de prise des médicaments ;
- Respecter les rendez-vous prescrits par les médecins ;
- Faire les examens complémentaires demandés par les médecins ;
- Accepter son statut, vivre positivement, ne pas tenir compte de ceux que les autres penseront ;
- Partager son statut avec son conjoint, ou un membre de la famille en qui on a confiance pour améliorer la qualité de l'observance ;
- Etre convaincu de l'efficacité des médicaments ;

- Participer à un groupe de parole ou une association communautaire des PVVIH.

### **A la Population**

- Engagement des leaders d'opinion pour réduire la stigmatisation des PVVIH ;
- Assurer un accompagnement psycho-social des PV VIH.

## REFERENCES

### 1. BARRY, MC, SIDIBE, S, DIALLO, ML, DIALLO, FB, BAH, AB.

Echecs thérapeutiques chez des enfants infectés par le VIH au service de pédiatrie de l'hôpital national Ignace Deen de Conakry/ Treatment failure among HIV infected children follow-up in pediatric service in the Ignace Deen National Hospital in Conakry. Rev int sc méd Abj -RISM- 2019 ;21(1):44-49, <http://www.revues-ufhb-ci.org>.

### 2. Aubry, P, Gaüzère, BA.

Infection par le VIH/Sida et tropiques. Médecine Tropicale 2019 ; 20 :1-19 , <http://www.medecinotropicale.com>; consulté le 16/1/2020

### 3. Kouanda, S, Yameogo, WMS, Berthe, A, Bila, BFK, Bocoum Y, Somda, A, Doulougou, B, et al

Self-disclosure of a HIV-positive serostatus : Factors favoring disclosure and conséquences for persons living with HIV/AIDS in Burkina Faso. Rev. Epidemiol Sante Pub 2012 ;60,3 :221-8.

### 4. DAOU A, DIALLO B, KELLY B, DAO S, TRAORE AK, TRAORE A et al

Evaluation des activités du programme de prévention de la transmission mère enfant du VIH dans la région de Ségou au Mali. Rev ml SC et Tech 2018 ; 20 :87-100.

### 5. Pelletier SJ.

La prophylaxie préexposition (PrEP) pour la prévention du VIH chez les hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes (HARSAH) à Bouaké, en Côte d'Ivoire, Mémoire de Maîtrise Santé Publique (M. Sc.), Québec, Canada, 2019, p 143. <http://www.corpus.ulaval.ca> consulté le 7/10/2019.

### 6. M Sylla, A Maiga, A Traoré, Y Diarra, HA Traoré, D B Traoré et al.

Statistiques mondiales sur le VIH, Genève, ONUSIDA 2019 ; [1-7] ; <http://www.unaids.org>; consulté le 22/12/201.

### 7. COMITE SECTORIEL DE LUTTE CONTRE LE SIDA

Rapport annuel de prise en charge antirétrovirale du VIH et du SIDA, Bamako (Mali) : CSLS 2016 ; <http://www.fast-trackcities.org> ; consulté le 16/1/2020.

### 8. Tattevin P.

Infection VIH : généralités, et traitement ARV dans les PED en 2014 ; CHU Pontchaillou, Rennes, Corevih 2014 ; <http://www.corevih-bretagne.fr>; consulté le 16/1/2020

### 9. Bastard, M, Basty, Koita Fall, M, et le groupe d'étude de la Cohorte ANRS 1215.

Observance à long terme au traitement antirétroviral au Sénégal, Soc. Pathol. Exot, 2014 ; 107 : 241-3.

**10. Organisation mondiale de la Santé.**

Traitement antirétroviral de l'infection à VIH chez l'adulte et l'adolescent en situation de ressources limitées : vers un accès universel, Genève, OMS 2008 ; <http://www.who.int/vih/pub> ; consulté le 16/1/2020

**11. Mbopi-Kéou, F-X, Djomassi, LD, Monebenimp, F.**

Etude des facteurs liés à l'observance au traitement antirétroviral chez les patients suivis à l'Unité de Prise En Charge du VIH/SIDA de l'Hôpital de District de Dschang, Cameroun. Pan African Medical journal 2012 ; 12 : 55

**12. Organisation mondiale de la Santé.**

Infection par le VIH in maladies infectieuses. Genève, OMS 2019 477- 481 ; <http://www.who.int/vih/pub> ; consulté le 16/06/2021.

**13. Organisation des Nations Unies.**

Statistiques mondiales sur le VIH IN *Estimations épidémiologiques préliminaires de l'ONUSIDA 2021*. Genève, ONUSIDA 2021 ; [1-6] ; <http://www.unaids.org>; consulté le 24/06/2021.

**14. JC Lemahieu et A Decoster**

Les rétrovirus, Bretagne corevih 2005, [www.corevih971](http://www.corevih971) consulte le 22/01/2020

**15. ONUSIDA/OMS.**

Le point sur l'épidémie du VIH/SIDA. Genève Décembre 2007 consulté le 16/06/2021.

**16. ASSOCIATION DES PROFESSEURS DE PATHOLOGIES INFECTIEUSES ET TROPICALES**

Infection à VIH et SIDA, Grenoble, APPIT 2003. <http://www-sante.ujf-grenoble.fr/SANTE/> consulté le 22/01/2020

**17. S Anagonou, RC Kouly Tine.**

Virologie, immunologie et histoire naturelle de l'infection à VIH, tome 2, édition Doin Pays-Bas : Novembre 2011 ; 5-19.

**18. COLLEGE UNIVERSITAIRES DE MALADIES INFECTIEUSES ET TROPICALES.**

Infection à VIH, Paris CMIT 2020 p 193-210 <https://epipo.fr/ouvrages-du-CMIT.php> consulté le 30/06/2020.

**19. Patricia Fener, Claire Criton.**

Facteurs de risque de l'infection à VIH/sida chez la femme. Paris INIST-CNRS 2017 ; 125 p consulté le 22/08/2020.

**20. Agence de la santé publique du Canada**

RISQUE DE TRANSMISSION DU VIH : SOMMAIRE DES DONNÉES SCIENTIFIQUES ; ASPC Ottawa 2012 ; [ccdic-clmti@phac-aspc.gc.ca](mailto:ccdic-clmti@phac-aspc.gc.ca) consulte le 15/08/2021

**21. P, Fener, C, Criton.**

Manifestations cliniques et biologiques de l'infection à VIH/sida chez la femme. Paris INIST-CNRS 2017 ; 125 p consulté le 24/06/2020.

**22. Véronique, AF, C, Charpentier, B, Visseaux.**

Virus de l'immunodéficience humaine (VIH). Paris sfm ; 2017, p22. [www.sfm-microbiologie.org](http://www.sfm-microbiologie.org) consulte le 25/01/2020.

**23. A Bruneau, JG Baril, S Dufresne, C Fortin, G Lambert, Bernard Lessard et al**

Guide pour la prophylaxie et le suivi après une exposition au VIH, au VHB et au VHC, Québec, DCMSSS ; Janvier 2019. [www.msss.gouv.qc.ca](http://www.msss.gouv.qc.ca) consulte le 25/01/2020.

**24. V, MARCHAIS.**

Le VIH et le SIDA , Pauline NOUVELLON, France : Angers ; Juillet 2012 <http://www.unspf.fr/> <http://www.anepf-online.com/> <http://www.unf3s.org/> consulte le 25/01/2020.

**25. D, Satcher et al.**

Classification des manifestations cliniques et anomalies biologiques édition JAMA, Genève 1993 <https://www.chu-clermontferrand.fr> consulté le 09/06/2020.

**26. La Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux.**

La thérapie antirétrovirale pour les adultes infectés par le VIH. Québec DCMSSS 2019. [www.msss.gouv.qc.ca](http://www.msss.gouv.qc.ca) consulté le 11/03/2021.

**27. Ministre de la Santé Publique et de la Population d'Etat Haïti**

Médicaments Antirétroviraux (ARV) Classification et caractéristiques. Haïti, MSPPEH 2018 <https://fmp.ueh.edu.ft> consulté le 22/06/2020.

**28. AM, TABURET, R, GARRAFFO, G, PEYTAVIN, C, SOLAS.**

Prise en charge médicale des personnes vivant avec le VIH Annexe pharmacologique. Paris 2018 p27 <http://aidsinfo.nih.gov/guidelines> consulté le 25/08/2022.

**29. Organisation Mondiale de la Sante.**

VIH/Sida : Lignes directrices unifiées ARV 2013. Suisse, OMS 2013 ; p91-154. <https://www.who.int> consulté le 09/06/2020.

**30. Organisation Mondiale de la Sante.**

Normes et protocoles de prise en charge antirétrovirale du VIH et du SIDA. Suisse, OMS 2020 ; p97 ; consulté le 19/02/2021.

**31. Oumar AA, Dao S, Diamoutene A, Coulibaly S, Koumare B, Maiga II et al.**

Les Facteurs associés à l'observance du traitement antirétroviral à l'hôpital du Point G « Factors associated with antiretroviral treatment observance at Point G hospital ». Mali Médical 2007 ; 22(1) : 25-29.

**32. Davy Eng.**

Recherche de facteurs spécifiques influençant l'observance aux traitements Antirétroviraux chez les patients âgés de 18-49 ans dans la cohorte de Médecins du Monde à Phnom Penh, au Cambodge, Mémoire de Maîtrise en Sciences (M.Sc.), Cambodge, 2007 p133.

**33. P. VANDEL**

Observance, L'Encéphale, Besançon 2007 ; 33 (3) : 399-401

**34. LOUCHEZ A.**

L'observance thérapeutique – présentation du concept, moyens de promotions et évaluation d'inégalités d'accès à l'ETP, Thèse Phar, Lille, 2017, p127, E080.

**35. SP Eholié, PM Girard, E Bissagnéné, JM Dariosecq, A Inwoley, PS Sow et al.**

Mémento Thérapeutique du VIH/SIDA en Afrique. Doin, Paris 2009 ; 2<sup>e</sup> édition p307.

**36. Bret, Rennes.**

Risques liés à une mauvaise observance thérapeutique. Paris RFCRP 2019

<https://www.rfcrpv.fr> consulté le 14/08/2021.

**37. E Alirol, L Brum, F Chappuis, K Day, L Flevaud RT Horst et al.**

Développement communautaire pour la lutte contre les maladies tropicales. Yanfolila, MSF 1995 ; p167 consulté le 22/08/2021.

**38. Direction générale de la santé Canada.**

Indice de masse corporelle Ottawa DGS 2013 <http://www.hc-sc.gc.ca> consulté le 22/08/2021

**39. A Sepou, A Soumouk, P Mbessan, J NdoYo, AMCS Yanza.**

Guide pratique pour la prise en charge intégrée des Infections opportunistes liées au VIH/SIDA, Bangui MSPPLCVIH 2008 ; p67 ; consulté le 14/08/2021.

**40. Haute Autorité de la Santé.**

Infection par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH). Paris, HAS 2007 ; p36 <http://www.sante.gouv.fr> consulté le 14/08/2021.

**41. DIAKITE, M M.**

Pratiques sexuelles et observance thérapeutique des personnes vivant avec le VIH à l'USAC du centre de santé de référence de la commune V du district de Bamako. These Med, USTTB, FMOS, Bamako ; 2010, p107, 10M433.

**42. DOUMBIA, C B.**

Evolution de la charge virale à 6 mois chez les patients immunodéprimés au VIH1 sous traitement ARV. These Med, USTTB, FMOS, Bamako ; 2010, p 97, 10M218.

**43. Lot F, Smati J, Montlahuc C, Cazein F, Barin F, Le Strat Y, et al.**

Découvertes de séropositivité VIH chez les jeunes en France, 2003-2013. Bull Epidémiol Hebd. 2015;(40-41) :744-51. <http://www.invs.sante.fr>.

**44. DIALLO, M.**

Observance aux traitements antirétroviraux chez les patients adultes vivant avec le VIH suivis à l'unité de soins d'accompagnement et de conseils du centre de santé de référence de la commune VI du district de Bamako. These Med, USTTB, FMOS, Bamako ; 2015, p64, 15M22.

**45. Karabinta Y, Konaté I, Dicko A, Cissé L, Samaké M, Touré A, et al.**

Aspects épidémiologiques et cliniques du prurigo chez les personnes vivant avec le VIH à l'hôpital FOUSSEYNI N'DAOU de Kayes, Mali. *Epidemiological and clinical aspects of prurigo in HIV infected patients in Fousseyni N'DAOU hospital of Kayes, Mali.* MALI MEDICAL 2018 33(2) : 13-16.

**46. SAMAKE, A.**

Etude des références des personnes vivantes avec le VIH dans le service des Maladies infectieuses et Tropicales du C H U du Point G. These Med, USTTB, FMOS, Bamako ; 2020, p54, 20M04.

**47. MAIGA, M.**

Concordance CD4 et stade clinique au cours du VIH/Sida These Med, USTTB, FMOS, Bamako ; 2013, p80,13M260.

**48. FOMO KOUEGOUE DORYNE**

Etat nutritionnel et tolérance aux antirétroviraux chez les personnes vivant avec le VIH suivies au service des maladies infectieuses du CHU du Point G de Bamako. These Med, USTTB, FMOS, Bamako ; 2014, p101, 14M118.

**49. MARIKO, O.**

Aspects épidémiologiques, cliniques, et thérapeutiques du VIH/SIDA chez les personnes âgées de 50 ans et plus à l'unité de soins d'accompagnement et de conseil du centre de santé de référence de la commune V du district de Bamako. These Med, USTTB, FMOS, Bamako ; 2020, p90, 20M259.

**50. OUMAR, F M**

L'infection par les VIH1-VIH2 associés dans les CHU Gabriel Touré et du Point G de Bamako. These Med, USTTB, FMOS, Bamako ; 2009, p92, 09M386.

**51. KORKOSS, M.**

Etude rétrospective de la prévalence de l'infection à VIH chez les femmes enceintes vues en consultation prénatale du 01 Janvier 2008 au 31 Décembre 2009 à l'ASACOMSI à propos de 46 cas. These Med, USTTB, FMOS, Bamako ; 2011, p92, 11M195.

**52. Traoré M , Kéita BS, Samaké D, Dembélé D Coulibaly DS Touré S.**

Causes de décès des patients VIH positif sous traitement antirétroviral, hospitalisés à l'hôpital de Sikasso. Revue malienne de science et de technologie 2019, p122-129.

**53. NIAMBELE, M S.**

Vérification du type de VIH chez les patients sous Antirétroviraux au service des Maladies Infectieuses du CHU Point G, Bamako, Mali. These Med, USTTB, FMOS, Bamako ; 2017, p61, 17M139.

**54. PA Sanogo, AA Camara, LA Monique, A Kouassi, GG Rolland, AN Ekou et al.**

Plan stratégique national de la surveillance du VIH et des IST 2020-2024 COTE D'IVOIRE PNSS 2019 ; p86.

**55. SIDIBE, I I.**

Evaluation du niveau de l'observance au traitement ARV chez les enfants à l'hôpital de Sikasso. These Med, USTTB, FMOS, Bamako ; 2011, p90, 11M70.

**56. BAGAYOKO, D K.**

Evaluation de l'observance du traitement antirétroviral dans le service de Médecine du centre hospitalier "MERE-ENFANT" "le Luxembourg. These Med, USTTB, FMOS, Bamako ; 2010, p91, 10M502.

**57. DEMBELE, E.**

Identification des facteurs associés à l'échec thérapeutique des ARV chez les patients vivant avec le VIH1 suivis à l'hôpital FOUSSEYNI DAOU de Kayes. These Phar, USTTB, FAPH, Bamako ; 2018, p116, 18P57.

**58. DAGNOKO, B.**

Observance au traitement ARV des PVVIH adultes suivis au centre de santé de référence de Bougouni du 1er Avril 2018 au 31 Décembre 2018. These Med, USTTB, FMOS, Bamako ; 2019, p 90, 19M305.

**59. ISSOUFI, I**

Etude de l'observance du traitement ARV des patients suivis à l'hôpital de Gao. These Med, USTTB, FMOS, Bamako ; 2008, p82, 08M420.



**60. Benilde Bepouka Izizag et al.**

Déterminants de la non-observance au traitement antirétroviral chez l'adulte à Kinshasa. Pan African Medical Journal, 2020 ; 37(157).

**61. MBAGA, M C.**

Observance thérapeutique des ARV chez les patients suivis au CHU du Point G : comparaison de deux méthodes de mesure, objective et subjective These Med, USTTB, FMOS, Bamako ; 2011, p137, 11M162.

**ANNEXES****Fiche d'enquête**

N° : /...../

N° d'identification : ...../.....

Date d'inclusion : .....

**I-Donnés sociodémographiques :****I-1. Sexe :**

1- Masculin [.....] 2- Féminin [.....] 9- sans information [.....]

**I-2. Age :**

1- 15 à 24ans [.....] 2- 25 à 34ans [.....] 3- 35 à 44ans [.....] 4- 45 à 54ans [.....] 5- &gt; 55ans [.....] 9- sans information [.....]

**I-3. Nationalité**Malienne [.....] Burkinabè [.....] Ivoirienne [.....] Togolaise [.....] Nigérienne [.....]  
Nigérienne [.....] Guinéenne [.....] Autre [.....] 8- non applicable [.....] 9- sans information [.....]**I-4. Statut matrimonial**1- Célibataire [.....] 2- Marié [.....] 3- Divorcé [.....] 4- Veuf [.....]  
5- Séparé(e) [.....] 8- non applicable [.....] 9- sans information [.....]**I-5. Régime Matrimonial :**

1- Monogamie [.....] 2- Polygamie [.....] 8- non applicable [.....] 9- sans information [.....]

**I-6. Résidence :**

1- Selingué [.....] 2- Hors Selingué [.....] 8- non applicable [.....] 9- sans information [.....]

**I-7. Profession :**1- Agent de santé [.....] 2- femme au foyer [.....] 3- cultivateur [.....]  
4- orpailleur [.....] 5- professionnelle de sexe [.....] 6- vendeuse ambulante [.....] 7- Autres [.....] 8- non applicable [.....] 9- sans information [.....]**I-8. Niveau d'instruction :**1- Primaire [.....] 2- Secondaire [.....] 3- Supérieur [.....] 4- Non scolarisé [.....]  
5- Médersa [.....] 8- non applicable [.....] 9- sans information [.....]**II- CLINIQUES :****II-1. Poids.....**

**II-2. Taille :** .....**II-3. IMC :**

- 1- < 18 Kg/m<sup>2</sup> [.....] 2- 18à24 Kg/m<sup>2</sup> [.....] 3- 25à 30 Kg/m<sup>2</sup> [.....]  
 4- 30à35Kg/m<sup>2</sup> [.....] 5- >35Kg/m<sup>2</sup> [.....] 9. Sans Information [.....]

**II-4. Stade CDC :**

- 1- stade A [.....] 2- stade B [.....] 3- stade C [.....] 9. Sans Information [.....]

**II-5. Stade OMS :**

- 1- stade I [.....] 2- stade II [.....] 3- stade III [.....] 4- stade IV [.....] 9. Sans Information [.....]

**II-6. Depuis combien de temps êtes-vous Malade :**

- 1- < 5 ans [.....] 2- 5 à 10 ans [.....] 3- 11 à 20 ans [.....] 4- > 20 ans [.....]  
 9. Sans Information [.....]

**II-7. ATCD**

- 1-Antécédents collatéraux [.....] 2-Antécédents personnels [.....] 3-Antécédents conjugaux [.....] 4-Antécédents parentaux [.....] 5-Indéterminés [.....] 9- sans information [.....]

**III-Virologiques et thérapeutiques****III-1. Type de VIH :**

- 1- VIH1 [.....] 2- VIH2 [.....] 3- VIH1+2 [.....] 9- sans information [.....]

**III-2. Schéma thérapeutique :**

- 1- 2INTR+1INNTR [.....] 2- 2INTR+IP [.....] 3-3INTR [.....] 4-Autres : .....  
 5- Nom générique des produits : .....  
 6- Traitement associé à préciser : .....

**III-3. Ligne thérapeutique :****a. 1<sup>ère</sup> ligne :**

- 1-TDF + 3TC + EFV [...] 3- AZT + 3TC + EFV [...] 5- ABC + 3TC + EFV [...]  
 2- AZT + 3TC + NVP [...] 4-TDF+ 3TC + NVP [...] 6-AZT + 3TC + ABC [...]  
 7-AZT + 3TC + LPV/r [...] 8- AZT + 3TC + IDV/r ou saquinavir/ritonavir [.....]

**b. 2<sup>ème</sup> ligne :**

- 1-AZT+3TC+ LPV/r Ou ATV/r [...] 2-TDF + 3TC + LPV/r Ou ATV/r [...]  
 3-TDF + 3TC + LPV/r Ou ATV/r [...] AZT+ 3TC + LPV/r Ou ATV/r [...]

**c. 3<sup>ème</sup> ligne**

1-Darunavir + Etravirine + Raltégravir [...]

2-Darunavir+ Lamivudine + Raltégravir [...]

3-Etravirine + Lamivudine + Raltégravir [...]

#### **IV-Infections opportunistes :**

1-Respiratoires [.....] 2-Neurologiques [.....] 3-Digestives [.....] 4-Cutanées [.....] 5-Hématologiques [.....] 6-Uro-génitales [.....] 7-Tumeurs + Cancers [.....] 8- non applicable [.....] 9- sans information [.....] 10-Aucune [.....]

#### **V- Comorbidité :**

1-Tuberculose [.....] 2-Hepatite B [.....] 3-Hepatite C [.....] 4-Autres (Diabète, HTA) [.....] 8- non applicable [.....] 9- sans information [.....]

#### **VI-Suivi du patient**

##### **VI-1. Duré du traitement :**

<6 Mois [.....] Entre 6-12 Mois [.....] >12 Mois [.....] 9-Sans information [.....]

##### **VI-2. Changement du schéma thérapeutique :**

OUI [.....] 2- NON [.....] 8- non applicable [.....] 9- sans information [.....]

##### **Si oui préciser le schéma actuel**

1- 2INTR+1INNTR [.....] 2- 2INTR+IP [.....] 3-3INT [.....] 4-Autres : 8- non applicable [.....] 9- sans information [.....]

##### **Si oui motif du changement**

1- Effets indésirables [.....] 2- non disponibilité du produit [.....]  
3- Autre..... 9-Sans Information [.....]

##### **VI-3. Changement de ligne thérapeutique :**

1- Oui [.....] 2- Non [.....] 9-Sans Information [.....]

##### **Si oui préciser la ligne actuelle :**

1- 1<sup>ère</sup> ligne [.....] 2- 2<sup>ème</sup> ligne [.....] 3- 3<sup>ème</sup> ligne [.....]

**Si oui motif :** .....

#### **VII-Observance**

##### **VII-1. Respectez-vous les rendez-vous du renouvellement des ordonnances à J0 ?**

1- OUI [.....] 2- Non [.....]

##### **Respectez-vous les rendez-vous du renouvellement des ordonnances à M3 ?**

1- OUI [.....] 2- Non [.....]

##### **Respectez-vous les rendez-vous du renouvellement des ordonnances à M6 ?**

1- OUI [.....] 2- Non [.....]

**VII-2. Prenez- vous les médicaments conformément à la prescription à J0 ?**

1- Oui [.....] 2- Non [.....]

**Prenez- vous les médicaments conformément à la prescription à M3 ?**

1- Oui [.....] 2- Non [.....]

**Prenez- vous les médicaments conformément à la prescription à M6 ?**

1- Oui [.....] 2- Non [.....]

**VII-3. Niveau d'observance à J0 de l'étude**

1- Bonne [.....] 2- Mauvaise [.....]

**3-1. Prise manquée à J0 de l'étude**

1- Oui [.....] 2- Non [.....]

Nombre de prises manquées entre 2 rendez-vous

1- Zéro [.....] 2- Une à trois [.....] 3- Supérieure à trois [.....]

**3-2. Prise groupée à J0 de l'étude**

1- Oui [.....] 2- Non [.....]

Nombre de prises groupées entre 2 rendez-vous

1- Zéro [.....] 2- Une à trois [.....] 3- Supérieure à trois [.....]

**3-3. Effets indésirables des produits à J0 de l'étude**

1- Oui [.....] 2- Non [.....] 9- Sans Information [.....]

**Si 1 préciser***1-Nausée [.....] 2-Vomissement [.....] 3-Diarrhée [.....] 4-Céphalée [.....] 5-Prurit**[.....] 6-Douleur abdominale [.....] 9-Sans Information [.....]**7-Autres à préciser [.....]***3-4. Taux de CD4 à J0 de l'étude :**1- <250 cellules/mm<sup>3</sup> [.....] 2- [251-350] cellules/mm<sup>3</sup> [.....]3- [351-500] cellules/mm<sup>3</sup> [.....] 4->500 cellules/mm<sup>3</sup> [.....] 6-Non fait [.....] 8- non applicable [.....] 9 –sans information [.....]**3-5. Charge virale à J0 de l'étude**

1- &lt;1000 copies/ml [.....] 2- &gt;1000 [.....] copies/ml 6-Non fait [.....] 8- non applicable [.....] 9– sans information [.....]

**3-6. Causes de l'observance à J0 de l'étude**

1-Oubli [.....] 2-Refus non justifier [.....] 3-Refus pour effet indésirable [.....] 4-Aucune [.....] 5-voyage [.....] 6-Autres (Goût amère du produit, Opposition au traitement, Lourdeur du traitement, Conseil de la famille, Manque de moyen de transport, Recours aux thérapeutes traditionnels, Manque de moyens économiques) 9- Sans Information [.....]

**VII-4. Niveau d'observance à M3 de l'étude**

1- Bonne [.....] 2- Mauvaise [.....]

**4-1. Prise manquée à M3 de l'étude**

1- Oui [.....] 2- Non [.....]

Nombre de prises manquées entre 2 rendez-vous

1- Zéro [.....] 2- Une à trois [.....] 3- Supérieure à trois [.....]

**4-2. Prise groupée à M3 de l'étude**

1- Oui [.....] 2- Non [.....]

Nombre de prises groupées entre 2 rendez-vous

1- Zéro [.....] 2- Une à trois [.....] 3- Supérieure à trois [.....]

**4-3. Effets indésirables des produits à M3 de l'étude**

1- Oui [.....] 2- Non [.....] 9- Sans Information [.....]

**Si 1 préciser**

1-Nausée [.....] 2-Vomissement [.....] 3-Diarrhée [.....] 4-Céphalée [.....] 5-Prurit [.....] 6-Douleur abdominale [.....] 9-Sans Information [.....]  
7-Autres à préciser [.....]

**4-4. Taux de CD4 à M3 de l'étude**

1- <250 cellules/mm3 [.....] 2- [251-350] cellules/mm3 [.....]

3- [351-500] cellules/mm3 [.....] 4->500 cellules/mm3 [.....] 6-Non fait [.....] 8- non applicable [.....] 9 –sans information [.....]

**4-5. Causes de l'observance à M3 de l'étude**

1-Oubli [.....] 2-Refus non justifier [.....] 3-Refus pour effet indésirable [.....] 4-Aucune [.....] 5-voyage [.....] 6—Autres (Goût amère du produit, Opposition au traitement,

*Lourdeur du traitement, Conseil de la famille, Manque de moyen de transport, Recours aux thérapeutes traditionnels, Manque de moyens économiques) 9- Sans Information [.....]*

## **VII-5. Niveau d'observance à M6 de l'étude**

1- Bonne [.....] 2- Mauvaise [.....]

### **5-1. Prise manquée à M6 de l'étude**

1- Oui [.....] 2- Non [.....]

Nombre de prises manquées entre 2 rendez-vous

1- Zéro [.....] 2- Une à trois [.....] 3- Supérieure à trois [.....]

### **5-2. Prise groupée à M6 de l'étude**

1- Oui [.....] 2- Non [.....]

Nombre de prises groupées entre 2 rendez-vous

1- Zéro [.....] 2- Une à trois [.....] 3- Supérieure à trois [.....]

### **5-3. Effets indésirables des produits à M6 de l'étude**

1- Oui [.....] 2- Non [.....] 9- Sans Information [.....]

#### **Si 1 préciser**

*1-Nausée [.....] 2-Vomissement [.....] 3-Diarrhée [.....] 4-Céphalée [.....] 5-Prurit [.....] 6-Douleur abdominale [.....] 9-Sans Information [.....]*

*7-Autres à préciser [.....]*

### **5-4. Taux de CD4 à M6 de l'étude**

1- <250 cellules/mm<sup>3</sup> [.....] 2- [251-350] cellules/mm<sup>3</sup> [.....] 3- [351-500] cellules/mm<sup>3</sup> [.....] 4->500 cellules/mm<sup>3</sup> [.....] 6-Non fait [.....] 8- non applicable [.....] 9- Sans Information [.....]

### **5-5. Charge virale à M6 de l'étude**

1- <1000 copies/ml [.....] 2- >1000 [.....] copies/ml 6-Non fait [.....] 8- non applicable [.....] 9- Sans Information [.....]

### **5-6. Causes de l'inobservance de l'étude**

*1-Oubli [.....] 2-Refus non justifier [.....] 3-Refus pour effet indésirable [.....] 4-Aucune [.....] 5-voyage [.....] 6—Autres (Goût amère du produit, Opposition au traitement, Lourdeur du traitement, Conseil de la famille, Manque de moyen de transport, Recours aux thérapeutes traditionnels, Manque de moyens économiques) 9- Sans Information [.....]*

**VII-6. Retard de traitement**

1- Oui [.....] 2- Non [.....] 9- Sans Information [.....]

**VII-7. La dose prise n'est pas correcte**

1- Excès [.....] 2- Défaut [.....] 3- *Aucune* [.....] 9- Sans Information [.....]

**VII-8. Non-respect des horaires**

1- Oui [.....] 2- Non [.....] 9- Sans Information [.....]

**VII-9. Avez-vous une relation de confiance avec le médecin vous permettant d'aborder facilement les problèmes d'oubli ou de non prise des traitements ?**

1- Oui [.....] 2- Non [.....] 3- Pas de réponse [.....] 9- Sans Information [.....]

**Si Non Pourquoi ?**

1- Peur de décevoir [.....] 2- Peur de représailles [.....]

3- Le médecin ne m'écoute pas assez longuement [.....] 4- Gêne [.....]

5- Consultation trop courte [.....] 6- Autres : .....

**VII-10. En général, avez-vous le sentiment d'avoir reçu suffisamment d'informations sur votre traitement ?**

1- Oui [.....] 2- Non [.....] 9- Sans Information [.....]

**Si Non pourquoi ? .....**



**FICHE SIGNALÉTIQUE****NOM** : SAMAKE épouse KONE **PRENOM** : MAMOU**NATIONALITE** : Malienne**SECTION** : MEDECINE**EMAIL** : samakemamou0@gmail.com**TELEPHONE** : 00-223-72-64-96-22**TITRE** : OBSERVANCE AUX TRAITEMENTS ARV CHEZ LES PVVIH ADULTES SUIVIES AU CENTRE DE SANTE DE REFERENCE DE SELINGUE**ANNEE UNIVERSITAIRE** : 2021 – 2022**VILLE DE SOUTENANCE** : Bamako**LIEU DE DEPOT** : Bibliothèque de la faculté de Médecine et d'odontostomatologie du Mali**SECTEUR D'INTERET** : Santé Publique ; Infectiologie ; Virologie ;**RESUME**

Notre objectif principal était d'évaluer l'observance du traitement ARV chez les adultes suivis au CS Réf de Sélingué.

Notre étude a été déroulée au centre de santé de référence de Sélingué du 1<sup>er</sup> janvier 2020 au 30 juin 2020, soit une période de 6 mois. Notre échantillon était constitué des adultes séropositifs suivis au centre de santé de référence de Sélingué. Il s'agissait des patients qui répondaient à nos critères d'étude.

La méthodologie utilisée était descriptive, transversale et analytique avait concerné 163 patients, provenant de la commune de Baya, avec des patients d'âge entre 16 ans à 71 ans, qui étaient sous traitement antirétroviral au Centre de Santé de Référence de Sélingué.

Le niveau d'observance était de 76,6% à au début de l'étude, 82,8% à 3 mois et à 95,7% à 6 mois de l'étude chez les patients qui ont bien suivi le traitement.

Les patients classés stade A selon la classification CDC et stade I selon la classification OMS étaient mieux observant.

Le taux de lymphocytes CD4<250/mm<sup>3</sup> était à 28,2% au début de l'étude ; 16% à 3 mois de l'étude et 4,3% à 6 mois.

Le taux de CD4>500/mm<sup>3</sup> suivait une progression de 31,3% au début à 38,7% à 3 mois et à 61,3% à 6 mois ; de la même que la charge virale <1000copies de 31,3% au début à 60,1% à 6 mois.

L'infection à VIH1 était prédominante à 100% dans notre étude. La majorité des patients étaient sous le schéma TDF /3TC / EFV soit 97,5%. La co-infection tuberculose/VIH était 47,6%.

Dans notre étude 82,2% des patients respectaient le rendez-vous des renouvellements de l'ordonnance. La Prise des médicaments conformément à la prescription du médecin était retrouvée dans 74,8% à J0 ; 89% à M3 et 95,7% à M6 dans notre étude.

Les patients qui n'avaient pas présenté d'effet secondaire étaient plus observant.

Comme causes d'inobservance l'oubli était retrouvé chez 39,5% à J0 ; 42,9% à M3 et 57,1% à M6 de nos patients qui était la principale cause d'inobservance au cours de l'étude.

L'étude confirme que l'observance thérapeutique chez les PVVIH de Sélingué est bonne

Les difficultés rencontrées par les patients étaient dominées par : le manque d'argent, le parcours long pour avoir les médicaments, manque de route surtout en hivernage, travaux champêtres et l'horaire de prise contraignante.

La prise en compte des recommandations et l'engagement conjugué de tous les acteurs permettront de relever les défis.

**MOTS CLES** : *Adultes, Antirétroviraux, Observance thérapeutique, PVVIH, Selingué.*

## DATA SHEET

NAME: SAMAKE wife KONE

FIRSTNAME: MAMOU

NATIONALITY: Malian

SECTION: MEDICINE

EMAIL: [samakemamou0@gmail.com](mailto:samakemamou0@gmail.com)PHONE: 00-223-72-64-96-22

TITLE: OBSERVANCE TO ARV TREATMENT AMONG ADULT PLHIV FOLLOWED UP AT THE SELINGUE REFERENCE HEALTH CENTER

ACADEMIC YEAR: 2021 – 2022

CITY OF DEPOSIT: Bamako

PLACE OF DEPOSIT: Library of the Faculty of Medicine and Odontostomatology of Mali

AREA OF INTEREST: Public Health; Infectiology; Virology;

## ABSTRACT

Our main objective was to assess observance with ARV treatment in adults followed at the CS Ref in Sélingué

## Method

Our study was carried out at the Sélingué Reference Health Center from January 1 to June 30, 2020, ie a period of 6 months. Our sample was made up of HIV-positive adults followed at the Sélingué Reference Health Center. These were patients who met our study criteria.

The methodology used was descriptive, cross-sectional and analytical and involved 163 patients from the town of Baya, aged 16 to 71, who were on antiretroviral treatment at the Sélingué Reference Health Center.

The level of observance was 76.6% at the start of the study, 82.8% at 3 months and 95.7% at 6 months of the study in patients who followed the treatment well.

Patients classified as stage A according to the CDC classification and stage I according to the WHO classification were better observant.

The CD4 cell count <250/mm<sup>3</sup> was 28.2% at the start of the study; 16% at 3 months of the study and 4.3% at 6 months.

CD4 count >500/mm<sup>3</sup> followed a progression from 31.3% at baseline to 38.7% at 3 months and 61.3% at 6 months; similarly as viral load <1000copies from 31.3% at baseline to 60.1% at 6 months.

HIV1 infection was 100% predominant in our study. The majority of patients were on the TDF / 3TC / EFV regimen, i.e. 97.5%. Tuberculosis/HIV co-infection was 47.6%.

In our study, 82.2% of patients respected the prescription renewal appointment. Taking medication as prescribed by the doctor was found in 74.8% on D0; 89% at M3 and 95.7% at M6 in our study.

Patients who had no side effects were more observant.

As causes of non-observance, forgetfulness was found in 39.5% on D0; 42.9% at M3 and 57.1% at M6 of our patients, which was the main cause of non-observance during the study.

The study confirms that treatment compliance among PLHIV in Sélingué is good

The difficulties encountered by the patients were dominated by: the lack of money, the long

route to get the drugs, lack of road especially in winter, field work and the binding schedule of intake.

The consideration of the recommendations and the joint commitment of all the actors will make it possible to meet the challenges.

**KEY WORDS:** *Adults , Antiretrovirals, , PLHIV, Sélingué, Therapeutic adherence.*

## **SERMENT D'HIPPOCRATE**

En présence des maîtres de cette faculté, de mes chers condisciples, devant

L'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure au nom de l'être suprême d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine.

Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail, je ne participerai à aucun partage clandestin d'honoraires.

Admis à l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime.

Je ne permettrai pas que des considérations de religion, de nation, de race, de parti ou de classe sociale viennent s'interposer entre mon devoir et mon patient.

Je garderai le respect absolu de la vie humaine dès la conception.

Même sous la menace, je n'admettrai pas de faire usage de mes connaissances médicales contre les lois de l'humanité.

Respectueuse et reconnaissante envers mes maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leur père.

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

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

**Je le jure !!!!**