

MINISTRE DE L'ENSEIGNEMENT  
SUPERIEUR ET DE LA RECHERCHE  
SCIENTIFIQUE

REPUBLIQUE DU MALI  
Un Peuple-Un But- Une Foi

**Université des Sciences des Techniques et des  
Technologiques de Bamako (USTTB)**



**FACULTE DE PHARMACIE**

Année universitaire 2021-2022

N°.....

**Thème :**

**Etude des causes de l'inobservance thérapeutique des patients vivant avec le VIH  
suivis dans le service des maladies infectieuses et tropicales du CHU Point-G.**

**Année 2021-2022**

Présentée et soutenue publiquement le 18/01/2023 devant le jury de la Faculté de Pharmacie par

**M. Emmanuel Ladjou DRABO**

**Pour l'obtention du grade de docteur en pharmacie (Diplôme d'Etat)**

**JURY**

Président : **Pr Flabou BOUGOUDOGO**

Membre : **Dr Mohamed dit Sarmoye TRAORE**

**Dr Oumar DOGONI**

Co-directeur : **Dr Issa COULIBALY**

Directeur : **Pr Soukalo DAO**

MINISTRE DE L'ENSEIGNEMENT SUPERIEUR  
ET DE LA RECHERCHE SCIENTIFIQUE

REPUBLIQUE DU MALI  
Un Peuple-Un But-Une Foi



# FACULTE DE PHARMACIE

## LISTE DES ENSEIGNANTS DE LA FACULTE DE PHARMACIE ANNEE UNIVERSITAIRE 2021-2022

### ADMINISTRATION

**Doyen :** Boubacar TRAORE, Professeur

**Vice-doyen :** Sékou BAH, Maître de Conférences

**Secrétaire principal :** Seydou COULIBALY, Administrateur Civil

**Agent comptable :** Ismaël CISSE, Contrôleur des Finances

### 1. LES PROFESSEURES HONORAIRES

N°	PRENOMS	NOM	SPECIALITE
1	Flabou	BOUGOUDOGO	Bactériologie-Virologie
2	Boubacar Sidiki	CISSE	Toxicologie
3	Bakary Mamadou	CISSE	Biochimie
4	Abdoulaye	DABO	Malacologie – Biologie animale
5	Daouda	DIALLO	Chimie Générale et Minérale
6	Mouctar	DIALLO	Parasitologie - Mycologie
7	Souleymane	DIALLO	Bactériologie – Virologie
8	Kaourou	DOUCOURE	Physiologie
9	Ousmane	DOUMBIA	Chimie thérapeutique
10	Boukassoum	HAÏDARA	Législation
11	Gaoussou	KANOUTE	Chimie analytique
12	Alou A.	KEÏTA	Galénique
13	Mamadou	KONE	Physiologie
14	Mamadou	KOUMARE	Pharmacognosie
15	Brehima	KOUMARE	Bactériologie/Virologie

16	Abdourahamane S.	MAÏGA	Parasitologie
17	Saïbou	MAÏGA	Législation
18	Elimane	MARIKO	Pharmacologie
19	Mahamadou	TRAORE	Génétique
20	Sékou Fantamady	TRAORE	Zoologie

## **2. PROFESSEURS DECEDES**

N°	PRENOMS	NOM	SPECIALITE
1	Mahamadou	CISSE	Biologie
2	Drissa	DIALLO	Pharmacognosie
3	Moussa	HARAMA	Chimie analytique

## **DER : SCIENCES BIOLOGIQUES ET MÉDICALES**

### **1. PROFESSEURS/DIRECTEURS DE RECHERCHE**

N°	PRENOMS	NOM	SPECIALITE
1	Mounirou	BABY	Hématologie
2	Mahamadou	DIAKITE	Immunologie-Génétique
3	Alassane	DICKO	Santé Publique
4	Abdoulaye	DJIMDE	Parasitologie-Mycologie
5	Amagana	DOLO	Parasitologie-Mycologie
6	Akory Ag	IKNANE	Santé Publique/Nutrition
7	Ousmane	KOITA	Biologie-Moléculaire
8	Boubacar	TRAORE	Parasitologie-Mycologie

## 2. MAITRES DE CONFÉRENCES/MAITRES DE RECHERCHE

N°	PRENOMS	NOM	SPECIALITE
1	Aldjouma	GUINDO	Hématologie
2	Kassoum	KAYENTAO	Santé publique/ Bio-statistique
3	Bourèma	KOURIBA	Immunologie <b>Chef de DER</b>
4	Almoustapha Issiaka	MAÏGA	Bactériologie-Virologie
5	Issaka	SAGARA	Bio-statistique
6	Mahamadou Soumana	SISSOKO	Bio-statistique
7	Ousmane	TOURE	Santé Publique/Santé environnement

## 3- MAITRES ASSISTANTS/CHARGES DE RECHERCHE

N°	PRENOMS	NOM	SPECIALITE
1	Mohamed	AG BARAIKA	Bactériologie-virologie
2	Charles	ARAMA	Immunologie
3	Boubacar Tiétiè	BISSAN	Biologie clinique
4	Djibril Mamadou	COULIBALY	Biochimie clinique
5	Seydou Sassou	COULIBALY	Biochimie Clinique
6	Antoine	DARA	Biologie Moléculaire
7	Souleymane	DAMA	Parasitologie -Mycologie
8	Djénéba Koumba	DABITAO	Biologie moléculaire
9	Laurent	DEMBELE	Biotechnologie Microbienne
10	Klétigui Casimir	DEMBELE	Biochimie Clinique
11	Seydina S. A	DIAKITE	Immunologie
12	Yaya	GOÏTA	Biochimie Clinique
13	Ibrahima	GUINDO	Bactériologie virologie
14	Aminatou	KONE	Biologie moléculaire
15	Birama Apho	LY	Santé publique
16	Amadou Birama	NIANGALY	Parasitologie -Mycologie
17	Dinkorma	OUOLOGUEM	Biologie Cellulaire

18	Fanta	SANGHO	Santé Publique/Santé communautaire
19	Oumar	SANGHO	Epidémiologie

#### **4-ASSISTANTS/ATTACHES DE RECHERCHE**

<b>N°</b>	<b>PRENOMS</b>	<b>NOMS</b>	<b>SPECIALITES</b>
1	Djénéba	COULIBALY	Nutrition/Diététique
2	Issa	DIARRA	Immunologie
3	Fatou	DIAWARA	Epidémiologie
4	Merepen dit Agnès	GUINDO	Immunologie
5	Falaye	KEÏTA	Santé Publique/Santé Environnement
6	N'Deye Lallah Nina	KOITE	Nutrition
7	Djakaridia	TRAORE	Hématologie

#### **DER : SCIENCES PHARMACEUTIQUES**

##### **1- PROFESSEURS/DIRECTEUR DE RECHERCHE**

<b>N°</b>	<b>PRENOMS</b>	<b>NOM</b>	<b>SPECIALITE</b>
1	Rokia	SANOGO	Pharmacognosie <b>Chef de DER</b>

##### **2-MAITRES DE CONFÉRENCES/MAITRES DE RECHERCHE**

<b>N°</b>	<b>PRENOMS</b>	<b>NOM</b>	<b>SPECIALITE</b>
-	Néant	-	-

##### **3-LES MAITRES ASSISTANTS/CHARGES DE RECHERCHE**

<b>N°</b>	<b>PRENOMS</b>	<b>NOMS</b>	<b>SPECIALITES</b>
1	Loséni	BENGALY	Pharmacie Hospitalière
2	Bakary Moussa	CISSE	Galénique
3	Yaya	COULIBALY	Législation

4	Issa	COULIBALY	Gestion
5	Balla Fatogoma	COULIBALY	Pharmacie hospitalière
6	Mahamane	HADARA	Pharmacognosie
7	Hamma Boubacar	MAÏGA	Galénique
8	Adiaratou	TOGOLA	Pharmacognosie

#### **4-LES ASSISTANTS/ATTACHES DE RECHERCHE**

<b>N°</b>	<b>PRENOMS</b>	<b>NOMS</b>	<b>SPECIALITES</b>
1	Seydou Lahaye	COULIBALY	Gestion Pharmaceutique
2	Daouda Lassine	DEMBELE	Pharmacognosie
3	Adama	DENOU	Pharmacognosie
4	Sékou	DOUMBIA	Pharmacognosie
5	Assitan	KALOGA	Législation
6	Ahmed	MAÏGA	Législation
7	Aïchata Ben Adam	MARIKO	Galénique
8	Aboubacar	SANGHO	Législation
9	Bourama	TRAORE	Législation
10	Sylvestre	TRAORE	Gestion Pharmaceutique
11	Aminata Tiéba	TRAORE	Pharmacie Hospitalière
12	Mohamed dit Sarmoye	TRAORE	Pharmacie Hospitalière

### **DER : SCIENCES DU MÉDICAMENT**

#### **1-LES PROFESSEURS/DIRECTEURS DE RECHERCHE**

<b>N°</b>	<b>PRENOMS</b>	<b>NOMS</b>	<b>SPECIALITES</b>
1	Benoît Yaranga	KOUMARE	Chimie analytique <b>Chef de DER</b>
2	Ababacar I.	MAÏGA	Toxicologie

#### **2-LES MAITRES DE CONFÉRENCES/MAITRES DE RECHERCHE**

<b>N°</b>	<b>PRENOM</b>	<b>NOM</b>	<b>SPECIALITE</b>
1	Sékou	BAH	Pharmacologie

### **3-LES MAITRES ASSISTANTS/CHARGES DE RECHERCHE**

N°	PRENOMS	NOM	SPECIALITE
1	Dominique Patomo	ARAMA	Pharmacie chimique
2	Mody	CISSE	Chimie thérapeutique
3	Ousmane	DEMBELE	Chimie thérapeutique
4	Tidiane	DIALLO	Toxicologie
5	Madani	MARIKO	Chimie Analytique
6	Hamadoun Abba	TOURE	Bromatologie

### **4-LES ASSISTANTS/ATTACHES DE RECHERCHE**

N°	PRENOMS	NOM	SPECIALITE
1	Mahamadou	BALLO	Pharmacologie
2	Dalaye Bernadette	COULIBALY	Chimie analytique
3	Blaise	DACKOUCO	Chimie Analytique
4	Fatoumata	DAOU	Pharmacologie
5	Abdourahamane	DIARA	Toxicologie
6	Aiguerou dit Abdoulaye	GUINDO	Pharmacologie
7	Mohamed El Béchir	NACO	Chimie analytique
8	Mahamadou	TANDIA	Chimie Analytique
9	Dougoutigui	TANGARA	Chimie analytique
10	Karim	TRAORE	Pharmacologie

## **DER : SCIENCES FONDAMENTALES**

### **1. PROFESSEURS/DIRECTEUR DE RECHERCHE**

N°	PRENOMS	NOM	SPECIALITE
-	-	-	-

## **2. MAITRES DE CONFERENCES/MAITRE DE RECHERCHE**

N°	PRENOMS	NOM	SPECIALITE
1	Lassana	DOUMBIA	Chimie appliquée
2	Boubacar	YALCOUYE	Chimie organique

## **3. MAITRES ASSISTANTS/CHARGE DE RECHERCHE**

N°	PRENOMS	NOM	SPECIALITE
1	Mamadou Lamine	DIARRA	Botanique-Biologie végétale
2	Abdoulaye	KANTE	Anatomie
3	Boureima	KELLY	Physiologie médicale

## **4-ASSISTANTS/ATTACHE DE RECHERCHE**

N°	PRENOMS	NOM	SPECIALITE
1	Seydou Simbo	DIAKITE	Chimie organique
2	Modibo	DIALLO	Génétique
3	Moussa	KONE	Chimie Organique
4	Massiriba	KONE	Biologie Entomologie

## **5-CHARGES DE COURS (VACATAIRES)**

N°	PRENOMS	NOM	SPECIALITE
1	Cheick Oumar	BAGAYOKO	Informatique
2	Babou	BAH	Anatomie
3	Souleymane	COULIBALY	Psychologie
4	Yacouba M	COULIBALY	Droit commercial
5	Moussa I	DIARRA	Biophysique
6	Satigui	SIDIBE	Pharmacie vétérinaire
7	Sidi Boula	SISSOKO	Histologie-embryologie



8	Fana	TANGARA	Mathématiques
9	Djénébou	TRAORE	Sémiologie et Pathologie médicale
10	Mahamadou	TRAORE	Génétique
11	Boubacar	ZIBEÏROU	Physique

**Bamako, le 09 juin 2022**

**P/Le Doyen PO**

**Le secrétaire Principal**

**Le Chargé des examens**

**Dr Issa COULIBALY**

**Maître-assistant**

**Seydou COULIBALY**

**Administrateur Civil**

# **DEDICACES ET REMERCIEMENTS**

Je dédie ce travail

❖ **A Dieu Tout Puissant**

Au père Tout Puissant et miséricordieux pour m'avoir guidé et donné la force et le courage de réaliser ce modeste travail.

Merci mon Dieu pour cette grâce !!!

A Jésus Christ son fils unique notre seigneur en qui nous avons porté notre confiance,

A la sainte vierge Marie mère de notre seigneur Jésus Christ et notre mère à qui nous avons demandé son interception pendant se travailler.

❖ **A mon défunt père, Feu Ambroise DRABO**

Grâce à toi, j'ai appris le sens de l'honneur, la dignité, la tolérance, le respect de soi et des autres, la rigueur et la loyauté. Ton soutien moral, affectif et matériel ne m'a jamais manqué jusqu'à ton décès. Je te suis reconnaissant pour toute ta confiance que tu as placée en moi depuis le début de mon cycle. Merci pour tout ce que tu as fait pour moi. Je resterais toujours un enfant digne de toi et je me souviendrais toujours de tes sages conseils. Que Dieu, le Tout Puissant te bénisse et que ton âme repose en paix.

❖ **A ma mère Marie DRABO**

Peu de mots suffisent pour traduire le lien sacré entre une mère et ses enfants car tu es le témoignage de ma réussite. Ton amour bienveillant, ton dévouement, ta rigueur et ta persévérance m'ont assuré une éducation fondée sur la probité, l'intégrité, la dignité. Que Dieu te garde encore longtemps auprès de tes très chers enfants afin que tu puisses goûter aux fruits de ton dur labeur.

❖ **A mes frères Adrien DRABO, Patrice DRABO et Honoré DRABO**

J'ai toujours pu compter sur vous quel que soit le moment. Un grand merci à chacun de vous, vive la fraternité.

La vie est un dur combat que nous devons surmonter avec bravoure et persévérance. L'amour, la paix et la joie de vivre dans lesquels nous avons été éduqués doivent être notre force indestructible. Restons unis et soyons à la hauteur de nos parents.

❖ **A mes sœurs Odile DRABO, Thérèse DRABO, Aimée DRABO et Justine DRABO**

Les liens du sang sont plus forts que tous, vous m'avez toujours soutenu et encouragé tout au long de ce cursus, en ce jour qui marque une nouvelle étape de ma vie recevez mes sincères remerciements.

Mes sincères remerciements :

❖ **A mon pays natal, le MALI**

Tu m'as vu naître, grandir, et tu m'as permis de faire mes premiers pas vers l'acquisition d'une éducation. Tu m'as donné un savoir incommensurable ; profonde gratitude.

❖ **A la FAPH**

Plus qu'une faculté d'études médicales, tu as été pour moi une école de formation pour la vie. Je ferai partout ta fierté.

❖ **A tous les enseignants de la FMOS et FAPH**

Merci pour votre enseignement.

❖ **A tous mes amis et frères de la faculté**

Merci pour vos bons conseils et votre bonne collaboration.

❖ **A toute la famille Traoré (Emmanuel Traoré, Feue Sabine Saria, leurs enfants et petits-enfants)**

Je vous remercie pour votre accueil et l'hospitalité. Je profite de cette occasion pour vous dire merci pour tout et aussi pardon pour toutes les souffrances que j'ai pu vous faire endurer. Je vous suis reconnaissante que Dieu vous le rende au centuple.

❖ **A mes camarades de la 13<sup>ème</sup> Promotion du numerus clausus (Promotion Mamadou Koumaré) :**

La 13<sup>ème</sup> promotion du numerus clausus ; j'ai tissé de bon lien avec vous et j'espère que nous continuerons cette sincère collaboration dans la vie professionnelle. Ravi d'avoir fait ce long cursus avec vous.

❖ **A la pharmacie YAYE Diakité**

La formation dont j'ai bénéficié au sein de votre officine m'a été et me sera un grand apport dans ma vie et dans ma carrière professionnelle. Veuillez recevoir l'expression de mon profond attachement.

❖ **A tous les internes du SMIT :**

Ce fut un plaisir de travailler avec vous, ensemble nous avons appris beaucoup de choses ; Je vous souhaite une brillante carrière.

❖ **A Dr Alfred Dembélé, Dr Moussa Sidiki Sanogo, Dr Hamzatou Abdoulaye, Dr Bourama Konaté**

Merci pour votre soutien.

❖ **A mes amis Amidou Famanta, Alassane Coulibaly, Abdoulaye Farota, Dramane Tapily, Boiro Tandina, Mohamed Diarra, Kofi Eli Hounsa, Amidou Tangara, Kalifa Sangaré, Ibrahim Doumbia, Amadou Coulibaly, Modibo Kassongue, Dotianga Traore Mahamadoun Cisse, Sidy Hamed Diop et tous les membres du groupe WhatsApp "clan pharmacien"**

Merci pour l'assistance et les conseils.

❖ **A mes tontons et tantes Jean DRABO, Joseph Pare, Martin Paré, Amadou Traoré, Cécile Drabo, Malle Dembélé, Anne Marie Drabo**

On ne choisit pas sa famille mais si la création m'avait laissé ce pouvoir, je vous aurais sans doute choisit. Vous avez tous autant participé d'une façon ou d'une autre à la réalisation de cet édifice, merci d'avoir cru en moi.

- ❖ A mes cousins et cousines **Noelly Paré, Mathias Paré, Elisabeth Koné, Isaac Diarra, Diankinè Traoré, Kadidia Ky**

Je rends grâce à Dieu pour cette magnifique union fraternelle qui nous unis. Merci à vous de m'avoir soutenue.

- ❖ A tous ceux qui, de près ou de loin, m'ont apporté soutien et amour dans l'élaboration de ce travail si modeste soit-il.

**HOMMAGES AUX  
MEMBRES DU JURY**

## **HOMMAGES AUX MEMBRES DU JURY**

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

#### **Professeur Flabou BOUGOUDOGO**

- Professeur honoraire de bactériologie et de virologie à la FMOS/FAPH ;
- Ancien directeur de l'Institut National de Santé Publique (ex INRSP)
- Officier de l'ordre du mérite de la santé.

Cher maître ;

Permettez-nous de vous remercier pour ce grand honneur que vous nous faites en acceptant de présider ce jury. Toujours disponible pour apporter votre expertise scientifique, votre qualité d'écoute, de compréhension et votre simplicité nous ont beaucoup marqué. Vos qualités scientifiques, votre rigueur dans le travail, et surtout votre sens élevé de la responsabilité, font de vous un maître admirable et respectable. Nous sommes honorés de figurer parmi vos disciples. Recevez ici, cher maître, le témoignage de notre profonde gratitude et nos remerciements les plus sincères. Que Dieu vous bénisse encore richement dans chaque aspect de votre vie !



**A notre Maitre et Membre du jury,**

**Docteur Mohamed dit Sarmoye TRAORE**

- Assistant à la FAPH
- Spécialiste en Pharmacie hospitalière
- Chef de service de la Pharmacie Hospitalière du Centre Hospitalier Universitaire Pr Bocar Sidy SALL de Kati

Cher maître,

Nous avons apprécié votre simplicité, vos qualités intellectuelles et humaines. Passionné du travail bien fait, soucieux de notre formation, vous êtes pour nous un modèle de réussite et surtout de courage. Puisse Dieu vous soutenir dans vos projets futurs.

**A notre Maitre et Membre du jury,**

**Docteur Oumar DOGONI**

- Président ARCAD sante plus
- Secrétaire général de l'ordre des pharmaciens de Koulikoro
- Expert en gestion et d'approvisionnement des produits de santé
- Ancien pharmacien responsable de pharmacie et du laboratoire du CESAC de Bamako

Cher maître,

Votre humanisme, votre disponibilité permanente, votre dévouement et l'amour du travail bien fait, font de vous un maître admiré de tous. Vous n'avez ménagé aucun effort à la réalisation de ce travail. Veuillez accepter notre entière considération.

**A notre Maître et co-directeur :**

**Docteur Issa COULIBALY**

- Maître - assistant en gestion à la FAPH ;
- Chef de service des examens et concours à la Faculté de Pharmacie ;
- Ancien président de l'ordre des pharmaciens de la région de Koulikoro ;
- Titulaire d'un master en management des établissements de santé ;
- Enseignant chercheur ;
- Praticien hospitalier au CHU Bocar Sidy Sall de Kati ;
- Membre du Groupe de Recherche sur le secteur public en Afrique ;
- Membre du Laboratoire télé médecine, télé enseignement de l'UCAD de Dakar ;
- Charge de cours de gestion à la FMOS ;
- PhD en gestion.

Cher maître,

L'occasion que vous m'avez offerte en acceptant de codiriger ce travail fut pour moi un grand honneur. Vos qualités intellectuelles, votre disponibilité, votre rigueur, votre amour pour le travail bien fait et vos qualités humaines font de vous un maître admirable. Votre abord facile, votre esprit critique et votre objectivité ont largement contribué à renforcer la qualité de ce travail. Pussions-nous cher maître continuer à bénéficier de votre enseignement.

## **A notre Maître et Directeur de thèse**

### **Professeur Soukalo DAO**

- Professeur titulaire de Maladies Infectieuses et Tropicales
- Responsable de l'enseignement des Maladies Infectieuses à la FMOS
- Coordinateur du Diplôme d'Etudes Spécialisées de Maladies Infectieuses et Tropicales
- Investigateur clinique au Centre Universitaire de Recherche Clinique (UCRC/SEREF0)
- Président de la Société Malienne de Pathologie Infectieuses et Tropicales (SOMAPIT)
- Membre du collège Ouest Africain des médecins
- Membre de la Société Africaine de Pathologie Infectieuses (SAPI)
- Chef du Service des Maladies Infectieuses et Tropicales du CHU du Point G

Cher maître ;

Vos grandes qualités scientifiques et de formateurs joints à votre esprit communicatif sont pour nous une source d'inspiration. En peu de temps, vous nous avez appris à travailler avec méthode et efficacité. En acceptant de diriger nos travaux, c'est un grand honneur que vous nous faites malgré vos multiples occupations. Trouvez ici cher maître, le témoignage de notre profonde gratitude et de notre plus grand respect. Qu'Allah vous accorde toutes ses grâces et vous assiste tout au long de votre carrière.

# **SIGLES ET ABRÉVIATIONS**

## **SIGLES ET ABRÉVIATIONS**

**ABC** : Abacavir

**AC** : Anti Corps

**ADN** : Acide désoxyribonucléique

**AG** : Anti Gène

**ARCAD** : Association pour la Résilience des Communautés pour l'Accès au Développement et à la Santé

**ARN** : Acide RiboNucléique

**ARV** : Antirétroviral

**ATV** : Atazanavir.

**AZT** : Zidovudine

**CD4** : Cluster de Différenciation 4

**CDC** : Center of Disease Control

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

**CSRef** : Centre de Santé de Référence

**CHU-PG** : Centre Hospitalier Universitaire du Point G

**CV** : Charge Virale

**EFV** : Efavirenz

**ETP** : Education Thérapeutique du Patient

**DTG** : Dolutegravir

**FAPH** : Faculté de Pharmacie

**FMOS** : Faculté de Médecine et d'Odontostomatologie

**INTI** : Inhibiteurs Nucléosidiques de la Transcriptase Inverse

**INNTI** : Inhibiteurs Non Nucléosidiques de la Transcriptase Inverse

**LPV** : Lopinavir

**MSD** : Merk Sharp and Dohme

**N** : Nombre de l'échantillon

**NVP** : Névirapine

**ONUSIDA** : Programme commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA

**OMS** : Organisation Mondiale de la Santé

**PVVIH** : Personne Vivant avec le VIH

**RAL** : Raltégravir

**RTV** : Ritonavir

**SIDA** : Syndrome d'Immuno Déficience Acquis

**SMIT** : Service des Maladies Infectieuses et Tropicales

**TDF** : Tenofovir

**TLD** : (TDF)Ténofovir + (3TC) Lamivudine + (DTG) Dolutégravir

**UCAD** : Université Cheikh Anta Diop de Dakar

**USAC/CNAM** : Centre National d'Appui à la Lutte Contre la Maladie

**VIH** : Virus de l'Immunodéficience Humaine

**%** : Pourcentage

**3TC** : Lamivudine

# **SOMMAIRES**



## Liste des tableaux

<b>Tableau I : Stades cliniques du VIH selon l'OMS .....</b>	<b>12</b>
<b>Tableau II : 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.....</b>	<b>19</b>
<b>Tableau III: Les options de schémas thérapeutiques sont les suivantes .....</b>	<b>20</b>
<b>Tableau IV: Suivi du traitement antirétroviral [17].....</b>	<b>20</b>
<b>Tableau V : Répartition des patients par tranche d'âge .....</b>	<b>30</b>
<b>Tableau VI : Répartition des patients en fonction du statut matrimonial ..</b>	<b>30</b>
<b>Tableau VII : Répartition des patients selon l'ethnie.....</b>	<b>31</b>
<b>Tableau VIII : Répartition des patients en fonction du niveau d'étude .....</b>	<b>31</b>
<b>Tableau IX : Répartition des patients en fonction de la résidence.....</b>	<b>32</b>
<b>Tableau X : Répartition des patients en fonction de la profession.....</b>	<b>33</b>
<b>Tableau XI : Répartition des patients en fonction du type de VIH.....</b>	<b>33</b>
<b>Tableau XII: Répartition des patients en fonction du schéma thérapeutique .....</b>	<b>34</b>
<b>Tableau XIII : Répartition des patients en fonction de la réalisation du taux de CD4. ....</b>	<b>34</b>
<b>Tableau XIV : Répartition des patients en fonction du nombre de CD4 ....</b>	<b>35</b>
<b>Tableau XV: Répartition des patients en fonction de la réalisation de la charge virale au cours du traitement. ....</b>	<b>35</b>
<b>Tableau XVI : Répartition des patients en fonction du changement du médecin traitant.....</b>	<b>36</b>
<b>Tableau XVII : Répartition des patients selon les motifs de non prise des ARV .....</b>	<b>37</b>
<b>Tableau XVIII : Répartition des patients selon le nombre de prise du médicament manqué par le patient .....</b>	<b>38</b>

<b>Tableau XIX : Répartition des patients selon le partage d'information sur son statut VIH avec une autre personne .....</b>	<b>39</b>
<b>Tableau XX : Répartition des patients selon l'état de santé après l'initiation aux ARV .....</b>	<b>40</b>
<b>Tableau XXI : Répartition des patients selon la manifestation des effets secondaires .....</b>	<b>41</b>
<b>Tableau XXII : Répartition des patients selon le changement de ligne thérapeutique .....</b>	<b>41</b>

## Liste des figures

<b>Figure 1 : structure du VIH .....</b>	<b>11</b>
<b>Figure 2 : Répartition des patients en fonction du sexe .....</b>	<b>29</b>
<b>Figure 3 : Répartition des patients selon le respect des rendez-vous avec le médecin traitant.....</b>	<b>36</b>
<b>Figure 4 : Répartition des patients selon leur croyance à la maladie du VIH .....</b>	<b>38</b>
<b>Figure 5 : Répartition des patients en fonction de la disponibilité des ARV .....</b>	<b>39</b>
<b>Figure 6 : Répartition des patients en fonction du respect des horaires de prise des médicaments .....</b>	<b>40</b>

## Sommaire

<b>I. INTRODUCTION.</b> ....	<b>1</b>
<b>II. OBJECTIFS</b> .....	<b>4</b>
<b>Objectif général :</b> .....	<b>4</b>
<b>Objectifs spécifiques :</b> .....	<b>4</b>
<b>III. GÉNÉRALITÉS</b> .....	<b>6</b>
<b>A. L'inobservance thérapeutique</b> .....	<b>6</b>
<b>1. Définition de l'inobservance thérapeutique</b> .....	<b>6</b>
<b>2. Les Risques de l'inobservance</b> .....	<b>6</b>
<b>3. Différents modes de non observance identifiés</b> .....	<b>6</b>
<b>4. Mesures de l'observance</b> .....	<b>6</b>
<b>5. Gestion de l'observance</b> .....	<b>9</b>
<b>6. Facteurs de l'observance</b> .....	<b>9</b>
<b>7. Déterminants de l'inobservance :</b> .....	<b>10</b>
<b>B. Le VIH</b> .....	<b>11</b>
<b>1. Structures du VIH</b> .....	<b>11</b>
<b>2. Stades cliniques du VIH</b> .....	<b>12</b>
<b>3. Traitement</b> .....	<b>15</b>
<b>C. Education thérapeutique :</b> .....	<b>Erreur ! Signet non défini.</b>
<b>IV. MÉTHODOLOGIE</b> .....	<b>24</b>
<b>1. Cadre d'étude</b> .....	<b>24</b>
<b>2. Type et période d'étude</b> .....	<b>26</b>
<b>3. Population d'étude</b> .....	<b>26</b>
<b>4. Echantillonnage</b> .....	<b>26</b>

<b>5. Critères d'inclusion</b> .....	<b>26</b>
<b>6. Critères de non inclusion</b> .....	<b>26</b>
<b>7. Variables étudiées</b> .....	<b>26</b>
<b>8. Ethique et déontologie</b> .....	<b>26</b>
<b>V. RÉSULTATS</b> .....	<b>29</b>
<b>VI. COMMENTAIRES ET DISCUSSION</b> .....	<b>43</b>
<b>1. Limites de notre étude :</b> .....	<b>43</b>
<b>2. Aspects sociodémographiques :</b> .....	<b>43</b>
<b>3. Caractéristiques clinique et thérapeutique des PVVIH :</b> .....	<b>44</b>
<b>4. Etiologies de la non observance :</b> .....	<b>46</b>
<b>VII. CONCLUSION ET RECOMMANDATION</b> .....	<b>49</b>
<b>Conclusion</b> .....	<b>49</b>
<b>Recommandations</b> .....	<b>50</b>
<b>Références</b> .....	<b>51</b>
<b>VIII. ANNEXES</b> .....	<b>55</b>

# **INTRODUCTION**

## I. INTRODUCTION

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

En 2020 - 2021, 37,7 millions de personnes vivaient avec le VIH dans le monde. En 2020 1,5 million de personnes sont devenues nouvellement infectées par le VIH ; 680 000 de personnes sont décédées de maladies liées au SIDA ; 27.5 millions de personnes avaient accès à la thérapie antirétrovirale en 2020. Depuis le début de l'épidémie 79,3 millions de personnes ont été infectées par le VIH; 36,3 millions de personnes sont décédées de suite de maladies liées au SIDA [3]. En 2020, 1,3 millions de personnes vivent avec le VIH en Amérique du Nord, en Europe occidentale et centrale, 840 000 millions de personnes vivent avec le VIH et en Afrique Sub-Saharienne 22,9 millions. En France, 150 000 personnes vivent avec le VIH dont 50 000 ne sont pas suivies, pas soignées [1 ; 3].

Au Mali, la prévalence au VIH est estimée à 1,1% dans la population générale en 2021 [4].

On définit la non-observance thérapeutique comme l'absence d'adéquation entre les comportements des patients et les prescriptions médicales [2].

Le problème est important, du fait de sa fréquence et de ses conséquences médicales et économiques. Il est en fait révélateur de la relation médecin-malade. Il a de nombreux déterminants et mécanismes qu'il est essentiel de connaître pour améliorer l'observance thérapeutique, en particulier dans le traitement des maladies chroniques [2].

Depuis l'arrivée, en 1996, des traitements antirétroviraux hautement actifs, la question de non observance est devenue un enjeu crucial pour les patients atteints par le VIH, ainsi que pour les soignants. De nombreuses études ont montré

l'importance de l'observance comme facteur majeur de l'efficacité thérapeutique. Le niveau d'observance requis pour garantir un maximum d'efficacité thérapeutique semble approcher les 100 %, à la différence d'autres pathologies chroniques comme le diabète ou l'hypertension artérielle [5]. Plusieurs études ont recherché les déterminants de l'observance [2 ; 5]. Deux approches s'opposent : l'une, dite « prédictive », cherche des caractéristiques propres des patients qui pourraient expliquer *a priori* un comportement de non-observance. En effet, certains travaux ont pu démontrer certains facteurs associés à la non-observance, comme l'âge, la consommation d'alcool ou l'usage de drogues par voie injectable. La deuxième approche, dite « empathique », retrouve des facteurs associés à la non-observance rendant compte du vécu de la personne durant la mise sous traitement. Ces études concernent cependant des patients recrutés dans des centres de soins ou au cours d'essais thérapeutiques [5].

La mauvaise observance ou encore l'observance aux traitements est un vrai problème de santé publique : on considère que 50 % des patients souffrant de maladie chronique ont une mauvaise observance [6].

Le VIH étant une maladie chronique et transmissible, la non observance du traitement peut aboutir à des nombreuses complications voire même le décès du malade. Cependant il nous a semblé intéressant d'explorer ce problème à travers une étude menée au Service des Maladies Infectieuses et Tropicale du Centre Hospitalier Universitaire du Point G à fin déterminer les causes les plus réputées de l'observance thérapeutique aux traitements antirétroviraux.



# OBJECTIFS

## **II. OBJECTIFS**

### **Objectif général**

Etudier les causes de l'inobservance thérapeutique chez les PVVIH reçues au service des maladies infectieuses et tropicales du CHU Point-G de Août 2021 à juillet 2022.

### **Objectifs spécifiques**

- Déterminer les caractéristiques sociodémographiques des patients inobservants ;
- Décrire les caractéristiques cliniques des PVVIH ;
- Décrire les caractéristiques thérapeutiques des PVVIH ;
- Déterminer les raisons psycho-sociales qui influencent l'observance au traitement.

# **GENERALITES**

### **III. GÉNÉRALITÉS**

#### **A. L'observance thérapeutique**

##### **1. Définition de l'observance thérapeutique**

On définit la non-observance thérapeutique comme l'absence d'adéquation entre les comportements des patients et les prescriptions médicales. Le problème est important, du fait de sa fréquence et de ses conséquences médicales et économiques. Il est en fait révélateur de la relation médecin-malade [2].

##### **2. Les Risques de l'observance**

- ✓ Augmentation de la charge virale ;
- ✓ Diminution des lymphocytes TCD4 ;
- ✓ Réapparition des infections opportunistes et donc augmentation de la mortalité et de la morbidité ;
- ✓ Apparition des résistances ;
- ✓ Echec du traitement antirétroviral ;
- ✓ Aggravation de la maladie [9 ; 13].

##### **3. Différents modes de non observance identifiés**

- ✓ Absence de prise médicamenteuse ;
- ✓ Prise injustifiée ;
- ✓ Erreur de dose ;
- ✓ Erreur dans l'horaire de la prise ;
- ✓ Prise de médicaments non prescrits par le médecin ;
- ✓ Partage des médicaments ;
- ✓ Diminution volontaire du nombre de prises ou de comprimés ;
- ✓ Prise de médicaments par excès [11].

##### **4. Mesures de l'observance**

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

❖ **Méthodes dites « Subjectives » :**

➤ Evaluation par le prescripteur :

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

En effet par exemple, le fait que les prescripteurs aient connaissance des résultats biologiques de leurs patients influence directement leur jugement. En comparant les différents résultats obtenus par cette méthode avec ceux produits par d'autres mesures plus objectives, l'observance des patients semble être surestimée [9].

➤ Auto questionnaires : (Evaluation par le patient)

Méthode la plus simple et la plus utilisée dans le champ de recherche ; elle se fonde sur la déclaration des patients recueillie soit sur un questionnaire auto administré ou au cours d'un entretien [9 ;11].

Néanmoins certains biais doivent être pris en considération : des problèmes de mémoire, en particulier lorsque la période considérée porte sur les derniers jours ayant précédé la passation du questionnaire, ou une volonté de « conformisme social » de la part du patient, en particulier lorsque les données sont directement recueillies par l'équipe soignante. Cette méthode semble présenter une bonne fiabilité, bien qu'elle ait tendance à sous-estimer la non observance (manque de sensibilité) [11].

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

❖ **Méthodes dites « objectives » :**

➤ Comptage des comprimés :

Le comptage des comprimés emportés et ramenés dans les pharmacies hospitalières paraît plus sensible pour détecter les problèmes de non observance que les auto-questionnaires mais la signification de l'oubli de ramener les boîtes vides à la pharmacie est mal connue [13].

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

➤ Piluliers électroniques : difficile dans la pratique

Il s'agit d'un outil technique, où certains experts biomédicaux espèrent trouver une mesure plus objective de la prise réelle de médicament.

Cette technique est plus sensible pour détecter la non observance plus que les deux précédents mais n'est pas à l'abri du détournement de la part des Patients. De plus, la mesure de l'observance avec ce type de méthode risque d'être biaisée à cause de l'effet « intervention ».

La mesure par pilulier électronique peut en revanche être utile pour mesurer l'observance de façon plus précise dans les essais cliniques [13].

➤ Marqueurs biologiques :

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

Quant aux dosages pharmacologiques, ils ne peuvent techniquement pas remonter à plus de 72 heures, étaient donné la demi-vie courte des ARV (à l'exception des inhibiteurs non nucléosidiques). De plus les résultats peuvent différer en fonction de la variabilité interindividuelle de la concentration plasmatique d'inhibiteur de protéase, due aux différences d'absorption et de métabolisme selon les patients [11].

## **5. Gestion de l'observance**

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

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

Au moment de la prescription le praticien doit :

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

Pour améliorer l'observance :

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

L'éducation thérapeutique étant un ensemble d'activités d'information, de conseil et d'apprentissage permettant au patient de mobiliser des compétences et des attitudes dans le but qu'il vive le mieux possible sa vie avec sa maladie et son traitement [9 ;14 ;21].

## **6. Facteurs de l'observance**

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

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

- ✓ La complexité des traitements (nombre élevé de comprimés et horaires difficiles à respecter) ;

- ✓ Les représentations et les connaissances que le patient possède sur sa maladie ;
- ✓ Les compétences qu'il développe pour gérer son traitement de façon autonome ;
- ✓ Son état psychologique ou sa manière de faire face à la maladie ;
- ✓ La qualité de son environnement social ;
- ✓ Ses moyens économiques ;
- ✓ Les moyens mis en œuvre par les soignants pour accompagner et aider le patient dans la prise en charge [9 ;11].

### **7. Déterminants de l'inobservance :**

#### **Facteurs liés au malade :**

- ✓ Accessibilité financière des médicaments ;
- ✓ Accessibilité géographique des traitements ;
- ✓ Analphabétisme ;
- ✓ Précarité logement, lieu de travail ;
- ✓ Promiscuité (repas, endroit pour garder les médicaments) ;
- ✓ Représentation sociale, culturelle et religieuse de la maladie. ;
- ✓ Développements, voyages sans anticipation ;
- ✓ Recours au tradipraticien [9 ; 11 ;14 ;21].

#### **Facteurs liés au traitement :**

- ✓ Complexité du traitement ;
- ✓ Obligations alimentaires (horaires de prises par rapport aux repas) ;
- ✓ Effets indésirables ;
- ✓ Traitements associés (exemple : antituberculeux) ;
- ✓ Présentation, goût des médicaments [9 ; 14].

Parmi ces facteurs il y a ceux liés à l'entourage et d'autres aux acteurs de la santé.



Confidentialité, stigmatisation, discrimination, rejet, soutien et réseau de solidarité sont des facteurs liés à l'entourage qui influence le suivi des Personnes Vivant avec le VIH. Et, niveau de connaissance sur le VIH et les ARV, informations insuffisantes, inadaptées ou contradictoires, absence de conviction et d'implication, charge de travail, indisponibilité, manque de motivation, relation soignant – soigné et la gestion de la confidentialité de la part du personnel influent aussi sur la prise en charge des PVVIH [11].

## B. Le VIH

### 1. Structures du VIH

Le virus du sida se compose d'un matériel génétique (ARN) accompagné de quelques protéines, le tout contenu dans deux « coques » protéiques (les capsides), elles-mêmes entourées d'une membrane portant des protéines spécifiques (cette membrane et ces protéines forment l'enveloppe du virus) [15].

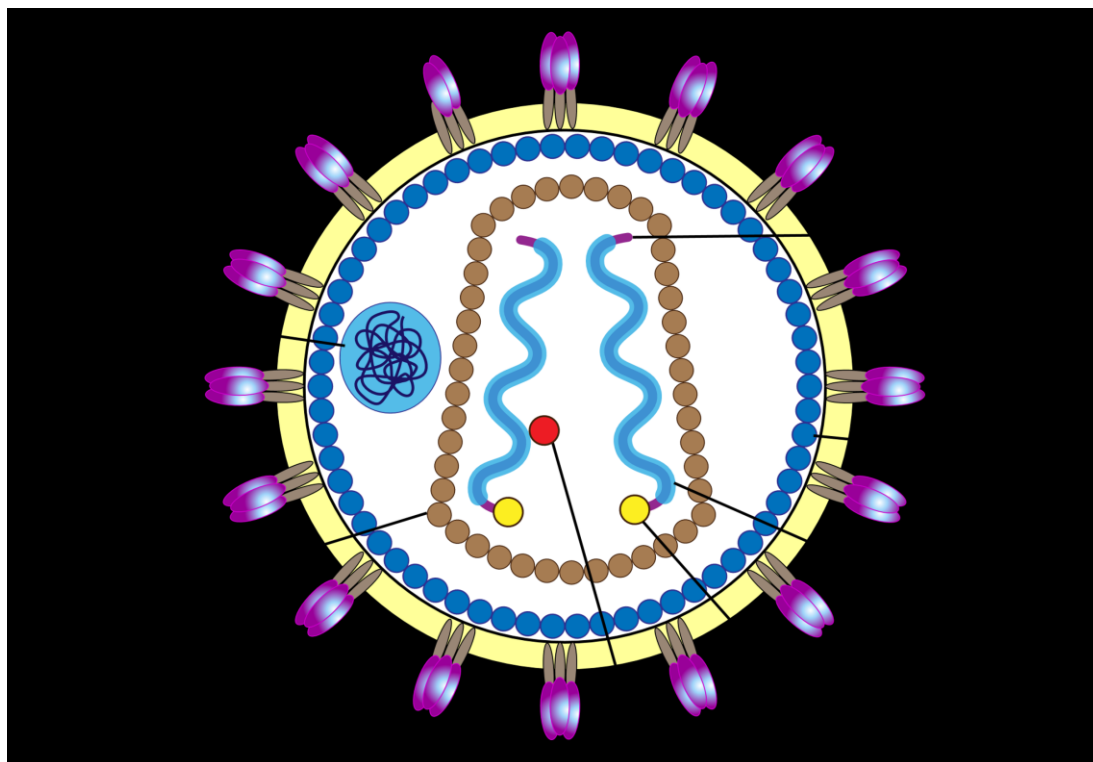


Figure 1 : structure du VIH [15]

## 2. Stades cliniques du VIH

**Tableau I : Stades cliniques du VIH selon l'OMS [16]**

Stade clinique	Signes cliniques
Stade 1	<ul style="list-style-type: none"> <li>-asymptomatique</li> <li>-adénopathie persistante généralisée</li> </ul>
Stade 2	<ul style="list-style-type: none"> <li>-perte de poids modérée inexpliquée (inférieur à 10% du poids présumé ou mesuré)</li> <li>-infections respiratoires récurrentes</li> <li>-zona</li> <li>-ulcérations orales récurrentes, perlèche</li> <li>-dermite séborrhéique, prurigo</li> <li>-infections fongiques des ongles onychomycoses</li> </ul>
Stade 3	<ul style="list-style-type: none"> <li>-perte de poids sévère (supérieur à 10% du poids corporel présumé ou mesuré)</li> <li>-diarrhée chronique inexpliquée de plus d'un mois</li> <li>-fièvre prolongée inexpliquée (intermittente ou constante) de plus d'un mois</li> <li>-leucoplasie chevelue de la langue, candidose orale</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>-tuberculose pulmonaire diagnostiquée au cours des deux années précédentes</li> <li>-infections bactériennes sévères (ex : pneumonies, pyomyosite, infection articulaire ou osseuse, méningite...)</li> <li>-stomatite/gingivite/périodontite aigüe ulcéro-nécrosante</li> <li>-anémie inexplicquée (inférieur à 8g/dl) et/ou neutropénie (inférieur à 500/mm<sup>3</sup>) et /ou thrombocytopénie (inférieur à 50.000/mm<sup>3</sup>) pendant plus d'un mois</li> </ul>
Stade 4	<ul style="list-style-type: none"> <li>-syndrome cachectique</li> <li>-pneumonie à <i>pneumocystis</i></li> <li>-pneumonie bactérienne, récurrente sévère ou radiologique</li> <li>-herpès chronique (orolabial, génital, anorectal de plus d'un mois)</li> <li>-candidose de l'oesophage</li> <li>-tuberculose extra pulmonaire</li> <li>-sarcome de Kaposi</li> <li>-toxoplasmose cérébrale</li> <li>-encéphalopathie à VIH</li> <li>-cryptococcose extra pulmonaire y compris méningite</li> <li>-infection disséminée à mycobactéries non tuberculeuse</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"><li>-candidose de la trachée, des bronches ou des poumons</li><li>-cryptosporidiose, isosporose</li><li>-infection herpétique viscérale</li><li>-infection à cytomégalovirus</li><li>-leuco encéphalopathie multifocale progressive</li><li>-mycose disséminée (ex : histoplasmoses, coccidioïdomycose, pénicilliose...)</li><li>-septicémie récurrente à Salmonella non typhi</li><li>-lymphome (cérébral ou non hodgkinien à cellules B)</li><li>-cancer invasif du col utérin</li><li>-leishmaniose viscérale</li></ul>
--	--

## Normes et protocoles de prise en charge antirétrovirale du VIH et du SIDA [17]

### **3. Traitement**

#### **3.1. Objectif**

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

#### **3.2. Principes**

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

#### 4. Schémas thérapeutiques

Est considéré comme schéma de première ligne :

- ✓ Tout schéma de première intention prescrit chez un sujet naïf de tout traitement antirétroviral.
- ✓ Toute substitution en cas d'intolérance par exemple, est aussi considérée comme un schéma alternatif de première ligne.

Est considéré comme schéma de deuxième ligne tout schéma prescrit après échec thérapeutique de 1ère ligne.

##### 4.1. Schémas de première ligne

##### 4.1.1. Schémas de première ligne pour le VIH-1

- **Chez les adultes et adolescents**

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

Le schéma préférentiel 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 alternatif suivant :

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

#### **4.1.2. Schéma de première ligne pour le VIH-2 ou co-infection VIH-1+VIH-2 ou VIH-1 du groupe o**

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

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

- **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)**

## 4.2. Traitement de deuxième ligne

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

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

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

- Vérifier et renforcer l'observance ;
- Contrôler la CV trois mois plus tard.

Si la charge virale revient inférieure à 1000 copies/ml, maintenir le traitement de 1ère ligne. Si la charge virale reste supérieure ou égale à 1000 copies/ml, modifier le traitement dès que possible et passer en 2ème ligne.

Les schémas proposés en deuxième ligne thérapeutique

Le schéma de 2ème ligne doit inclure au moins 2 nouvelles molécules dont l'une issue d'une famille différente des familles utilisées en première ligne. La Lamivudine (3TC) doit être toujours maintenue en 2ème ligne.

En cas d'échec thérapeutique confirmé VIH1 ou VIH2 de la 1ère ligne, le schéma préférentiel de deuxième ligne suivant est recommandé :

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



**Tableau II : 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 1ere ligne	Schémas 2eme ligne	Schémas 2eme 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

### **4.3. Traitement de troisième ligne**

Il est indiqué chez les patients sous TARV en échec de 2ème ligne de traitement.

#### **4.3.1. Gestion des échecs de 2ème ligne chez l'adulte et l'adolescent**

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

- Vérifier et renforcer l'observance ;
- Contrôler la CV trois mois plus tard.

Si la charge virale revient inférieure à 1000 copies/ml, maintenir le traitement de 2ème ligne. Si la CV plasmatique est toujours supérieure ou égale à 1000 copies/ml, modifier le traitement dès que possible en tenant compte du résultat du test de résistance.

#### **4.3.2. Les 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 III: 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*

\*INTI actifs après le géotypage.

#### 5. Tableau IV: Suivi du traitement antirétroviral

Consultation de suivi	Examen clinique	Examens complémentaires
J15	Poids, IMC, prise de la pression artérielle, évaluation de la tuberculose, recherche de la grossesse, observance et tolérance aux ARV	- NFS ; - Transaminases (ALAT) ; - Protéinurie ; - Créatinémie/Clairance
M1	Même que le jour 15	Même que le jour 15
M2	Même que le jour 15	- Protéinurie - Créatinémie/Clairance
M3	Même que le jour 15	- NFS ; - Transaminases (ALAT) ; - Protéinurie ;

		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Créatinémie/ clairance ;</li> <li>- Glycémie ;</li> <li>- Cholestérol et triglycérides ;</li> <li>- Recherche de BAAR en présence ou non de signes d'appel TB et/ou GèneXpert.</li> </ul>
M6, M12 et tous les 6 mois	Même que le jour 15	<ul style="list-style-type: none"> <li>- NFS ;</li> <li>- Transaminases (ALAT) ;</li> <li>- Glycémie ;</li> <li>-Protéinurie (quantitative ou qualitative),</li> <li>- Créatinémie et calcul de la clairance ;</li> <li>- Radiographie du Thorax ;</li> <li>- Recherche de BAAR en cas de suspicion TB et/ou GeneXpert ;</li> <li>- TDR Ac anti-HBc ;</li> <li>- Antigène HBs ;</li> <li>- TDR Ac anti-VHC ;</li> <li>- Charge Virale VIH ;</li> <li>- Numération de lymphocytes TCD4.</li> </ul>

## **Éducation Thérapeutique des Patients vivants avec le VIH et la tuberculose au Mali [22].**

### **C. Education thérapeutique :**

L'éducation thérapeutique du patient vise à aider les patients à acquérir ou maintenir les compétences dont ils ont besoin pour gérer au mieux leur vie avec une maladie chronique. Elle fait partie intégrante et de façon permanente du protocole de prise en charge du patient. Elle comprend des activités structurées de soins, y compris un soutien psychosocial, visant à rendre les patients conscients et informés de leur maladie, des soins appropriés, de l'organisation et des procédures hospitalières et des comportements liés à la santé et à la maladie. Ceci a pour but d'aider les malades, ainsi que leurs familles, à comprendre leur maladie et leur traitement, à collaborer avec le soignant et à assumer leurs responsabilités dans leur propre prise en charge, en vue de maintenir et améliorer leur qualité de vie.

L'éducation thérapeutique du patient est un processus continu, dont le but est d'aider les patients à acquérir ou maintenir les connaissances et compétences dont ils ont besoin pour gérer au mieux leur vie avec une maladie chronique. Elle fait partie intégrante et de façon permanente de la prise en charge du patient.

### **1. Paquet d'activité d'aide à l'observance**

Constitut de mettre en place :

- Le conseil thérapeutique
- Le club d'observance thérapeutique

### **2. Évaluation en éducation thérapeutique du patient**

- L'évaluation et les différentes modalités en ETP
- Utilisation des outils d'évaluation en ETP
- Evaluation de l'observance

# **MÉTHODOLOGIE**

## IV. MÉTHODOLOGIE

### 1. Cadre d'étude

Notre étude a été réalisée à Bamako dans le service des maladies infectieuses et tropicales du Centre Hospitalier Universitaire du POINT-G (CHU).

Le CHU du Point G est constitué à partir d'un hôpital militaire issu de la période coloniale, érigé en hôpital en 1959 et après avoir expérimenté l'autonomie de gestion il est transformé en 1992 en établissement public hospitalier à caractère administratif doté d'une personnalité morale et de l'autonomie de gestion.

Le CHU du Point G est le troisième (3ième) niveau de référence de prise en charge dans la pyramide sanitaire au Mali situé sur la colline du Point G dans la partie Nord de la ville de Bamako.

Il comprend :

- ✓ Le service des urgences ;
- ✓ Les services de médecine : médecine interne, Maladies infectieuses et tropicales, hémato-oncologie, cardiologie (unité A, B), néphrologie, pneumo-phtisiologie, neurologie, psychiatrie, rhumatologie ;
- ✓ Les services de chirurgie : chirurgie A, chirurgie B, gynéco-obstétrique, anesthésie-réanimation, urologie ;
- ✓ Le service d'imagerie médicale et de médecine nucléaire ;
- ✓ Le service du laboratoire d'analyse médicale et d'hygiène hospitalière ;
- ✓ Le service de la pharmacie hospitalière ;
- ✓ Le service social ;
- ✓ Le service de maintenance ;
- ✓ La direction constituée par ses composantes administratives, financières, comptables et d'informations hospitalières.
- ✓ Le CHU du Point G est doté de trois missions : les soins, la formation, la recherche.

- ✓ Le Service des Maladies Infectieuses et Tropicales, il est situé au Sud-Ouest du CHU du Point-G comprend :
- 2 salles de consultation pour les médecins,
  - 1 salle d'accueil
  - 1 salle pour l'infirmier major,
  - 1 salle pour les docteurs en spécialisations,
  - 1 Salle de garde pour les internes,
  - 1 Salle de garde pour les infirmiers,
  - 1 Salle pour les techniciens,
  - 5 Salles d'hospitalisation avec 16 lits (4 à l'étage et 12 au rez de chaussée).
  - 1 dépôt de médicament.



Source : appareil photo de l'auteur

## **2. Type et période d'étude**

Il s'est agi d'une étude transversale prospective qui s'est déroulée d'Aout 2021 au juillet 2022 (12 mois). Elle a été réalisée chez les patients vivant avec le VIH suivis au service des maladies infectieuses et tropicales du CHU Point-G mais non observant aux traitements ARV.

## **3. Population d'étude**

Les personnes vivant avec le VIH suivis et traités aux ARV au service des maladies infectieuses et tropicales du CHU Point-G.

## **4. Echantillonnage**

L'échantillonnage a été de type raisonné. Le nombre de patients non observants aux traitements, durant la période d'étude, ont constitué la taille de notre l'échantillon d'étude.

## **5. Critères d'inclusion**

Tous les patients vivant avec le VIH inobservants suivis ou référés pour prise en charge au service des maladies infectieuses et tropicales du Centre Hospitalier Universitaire du Point-G.

## **6. Critères de non inclusion**

Les patients non observants dont leurs dossiers comportent peu d'information ;  
Les patients non observant aux traitements qui n'ont pas accepté de participer à notre étude et des patients transférés à d'autre structure.

## **7. Variables étudiées**

- Variables sociodémographiques : sexe ; âge ; profession ; résidence ; statut matrimonial ; ethnie ; niveau d'instruction.
- Variables thérapeutiques : type de VIH ; charge virale ; taux de CD4 ; type de schéma thérapeutique.
- Le comportement psychosocial et l'éducation thérapeutique du patient.

## **8. Ethique et déontologie**

L'autorisation de l'enquête nous a été donnée par la direction de l'hôpital. Les patients ont été reçus dans la confidentialité et les questions ont été posées dans



un cadre isolé, le consentement éclairé verbal a été obtenu. Les réponses sur la fiche d'enquête étaient gardées dans l'anonymat.

# **RÉSULTATS**

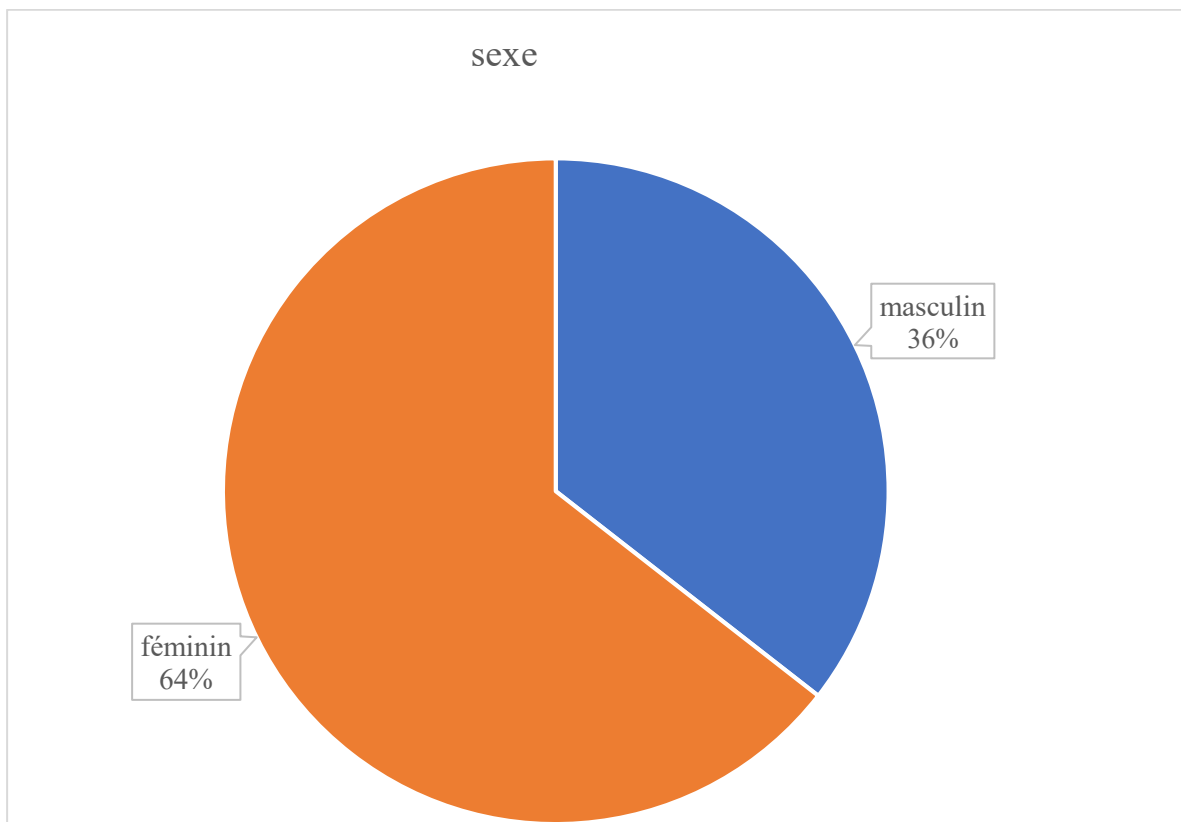
## V. RÉSULTATS

Au total 124 patients inobservants aux traitements antirétroviraux, ont constitués l'échantillon de notre étude.

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

### Données socio-démographiques

#### 1. Sexe



**Figure 2 : Répartition des patients en fonction du sexe**

Plus de la moitié de notre échantillon d'étude a été du sexe féminin soit 64,4% avec un sexe ratio de 1,8.

## 2. Age

Tableau V : Répartition des patients par tranche d'âge

Age/ ans	Effectif	Pourcentage (%)
[15-20]	7	5,6
]20-30]	9	7,3
<b>]30-40]</b>	<b>38</b>	<b>30,6</b>
]40-50]	29	23,4
]50 -60]	28	22,5
]60-80]	13	9,5
<b>Total</b>	<b>124</b>	<b>100</b>

La tranche d'âge la plus représentée a été celle comprise entre ]30 -40] ans soit 30,6% de nos patients.

## 3. Statut matrimonial

Tableau VI : Répartition des patients en fonction du statut matrimonial

Statut matrimonial	Effectif	Pourcentage (%)
Célibataire	26	21,0
<b>Marié</b>	<b>72</b>	<b>58,0</b>
Divorcé/e	11	8,9
Veuf/ve	15	12,1
<b>Total</b>	<b>124</b>	<b>100</b>

La majorité de nos enquêtés ont été des sujets mariés soit 58%.

#### 4. Ethnie

Tableau VII : Répartition des patients selon l'ethnie

Ethnie	Effectif	Pourcentage (%)
<b>Bambara</b>	<b>56</b>	<b>45,1</b>
Peulh	24	19,3
Soninké	9	7,3
Malinké	11	8,9
Senoufo	7	5,6
Dogon	8	6,4
Mianka	5	7,3
Sonrhäi	3	2,4
Wolof	1	0,8
<b>Total</b>	<b>124</b>	<b>100</b>

Les bambaras ont été les plus représentés soit 45,1%.

#### 5. Niveau d'étude

Tableau VIII : Répartition des patients en fonction du niveau d'étude

Niveau d'étude	Effectif	Pourcentage (%)
<b>Non scolarisé</b>	<b>66</b>	<b>53,2</b>
Niveau primaire	32	25,8
Niveau secondaire	20	16,1
Niveau universitaire	6	4,9
<b>Total</b>	<b>124</b>	<b>100</b>

La majorité de nos patients a été des <<non scolarisés>> soit 53,2%.

## 6. Résidence

Tableau IX : Répartition des patients en fonction de la résidence

Résidence	Effectif	Pourcentage (%)
Commune 1	14	11,3
Commune 2	11	8,9
Commune 3	9	7,2
Commune 4	10	8,1
Commune 5	16	12,9
Commune 6	15	12,1
<b>Hors Bamako</b>	<b>49</b>	<b>39,5</b>
<b>Total</b>	<b>124</b>	<b>100</b>

La majorité de notre échantillon d'étude a été des résidents de Bamako avec une prédominance en Commune 5 soit 12,9%.

## 7. Profession

**Tableau X : Répartition des patients en fonction de la profession**

Profession	Effectif	Pourcentage (%)
Ménagère	49	39,5
Commerçant	25	20,2
Cultivateur	7	5,6
Chauffeur	10	8,1
Elève	8	6,5
Coiffeur	6	4,8
Ouvrier	7	5,6
Agent de sante	4	3,2
Enseignant	4	3,2
Militaire	3	2,4
Informaticien	1	0,8
<b>Total</b>	<b>124</b>	<b>100</b>

Les ménagères ont représenté la majorité de notre échantillon étude soit 39,5%.

### Les caractéristiques clinique et thérapeutique des PVVIH

## 8. Type de VIH

**Tableau XI : Répartition des patients en fonction du type de VIH**

Type de VIH	Effectif	Pourcentage (%)
VIH-1	116	93,5
VIH-2	5	4,1
VIH 1+2	3	2,4
<b>Total</b>	<b>124</b>	<b>100</b>

Presque la totalité de notre échantillon d'étude a été atteint de VIH-1 soit 93,5%.

## 9. Schéma thérapeutique

Tableau XII: Répartition des patients en fonction du schéma thérapeutique

Schéma thérapeutique	Effectif	Pourcentage (%)
TDF/3TC/EFV	47	37,9
<b>TDF/3TC/DTG</b>	<b>71</b>	<b>57,3</b>
AZT/3TC+LPV/r	4	3,2
ABC/3TC+EFV	1	0,8
TDF/3TC+NVP	1	0,8
<b>Total</b>	<b>124</b>	<b>100</b>

Plus de la moitié de notre échantillon d'étude a été sous TDF/3TC/DTG soit 57,3%.

## 10. Taux de CD4

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

Taux de CD4	Effectif	Pourcentage (%)
<b>Oui</b>	<b>70</b>	<b>56,5</b>
Non	54	43,5
Total	124	100

Dans notre échantillon d'étude, 56,5% des patients ont effectué le dosage taux de CD4.



**Tableau XIV : Répartition des patients en fonction du taux de CD4 à l'initiation.**

<b>Taux de CD4</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage (%)</b>
≥ 500	3	4,3
200 à 499	13	18,6
<b>&lt;200</b>	<b>54</b>	<b>77,1</b>
<b>Total</b>	<b>70</b>	<b>100</b>

Au total 77,1% de nos patients qui avait effectué le dosage du taux de CD4 avait un taux inférieur à 200 cellules/mm<sup>3</sup>.

### **11.Charge virale**

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

<b>Charge virale</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage (%)</b>
Oui	43	34,7
<b>Non</b>	<b>81</b>	<b>65,3</b>
<b>Total</b>	<b>124</b>	<b>100</b>

Dans notre échantillon d'étude, 34,7% des patients ont effectué la charge virale au cours de leur traitement.

## Les facteurs influençant l'observance ainsi que les habitudes et l'idéologies des patients non observants au cours de leurs traitements

### 12.Changement de médecin

Tableau XVI : Répartition des patients en fonction du changement du médecin traitant

Changement de médecin	Effectif	Pourcentage (%)
Oui	96	77,4
Non	28	22,6
<b>Total</b>	<b>124</b>	<b>100</b>

La plupart de nos patients ont affirmé qu'ils ont changé leur médecin traitant soit 77,4%.

### 13.Respect des RDV

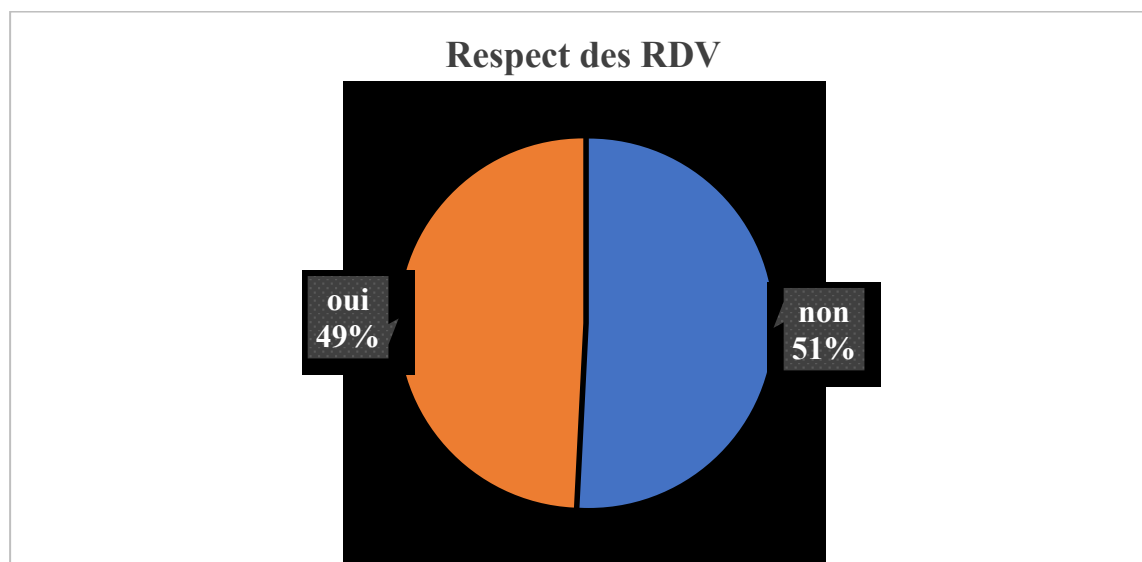


Figure 3 : Répartition des patients selon le respect des rendez-vous avec le médecin traitant

Plus de la moitié de nos patients ont affirmé qu'ils n'ont pas été réguliers au rendez-vous soit 51%.

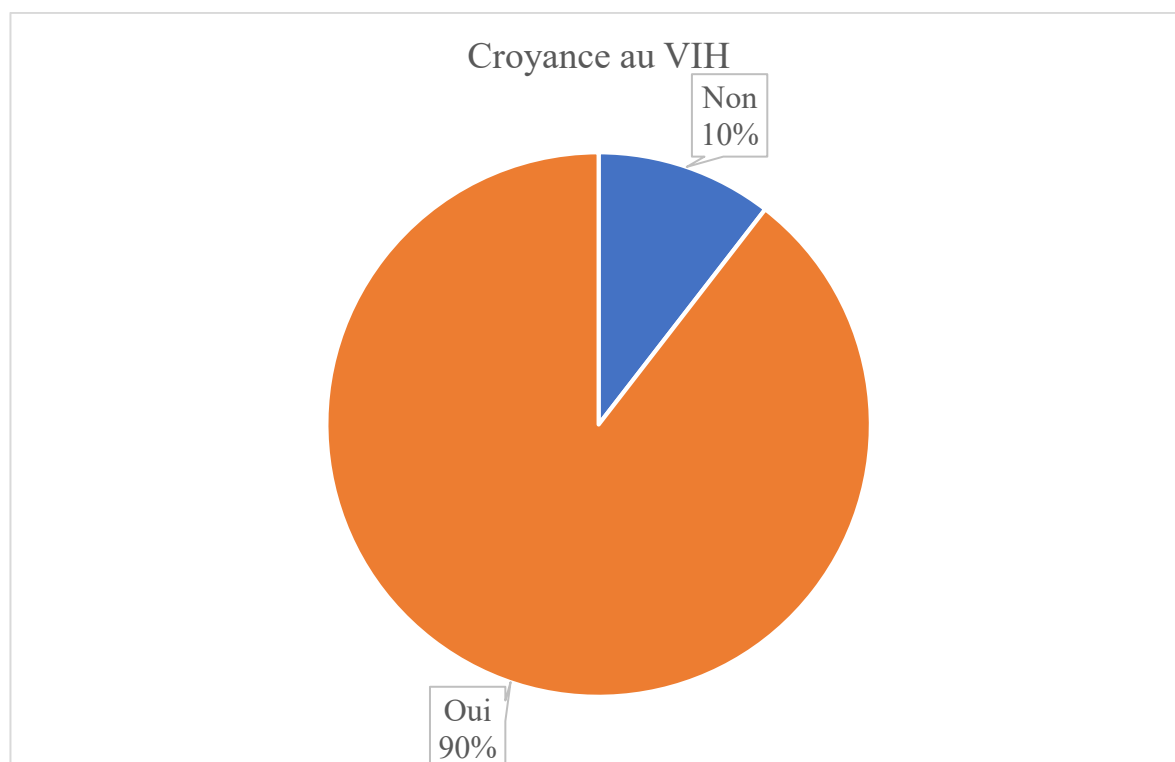
#### 14.Prise des ARV

**Tableau XVII : Répartition des patients selon les motifs de non prise des ARV**

<b>Motifs de non prise des ARV</b>	<b>Fréquence</b>	<b>Pourcentage (%)</b>
Lassitude	5	4
<b>Effets secondaires</b>	<b>26</b>	<b>21</b>
Voyage	12	9,7
Maladie	9	7,3
Manque de moyen de transport	7	5,6
Rupture de médicaments	3	2,4
Manque de motivation	11	8,9
Recours aux guérisseurs traditionnels	9	7,3
Oubli	18	14,5
Insuffisance d'information	3	2,4
Détenu	1	0,8
Accouchement	1	0,8
Aucun facteur	19	15,3
Total	124	100

Les effets secondaires ont été le motif d'inobservance chez la majorité de nos patients soit 21%.

## 15. La croyance au VIH



**Figure 4 : Répartition des patients selon leur croyance à la maladie du VIH**

Dans notre étude, la majorité des patients ont affirmé qu'ils croient à la maladie du VIH soit 90%.

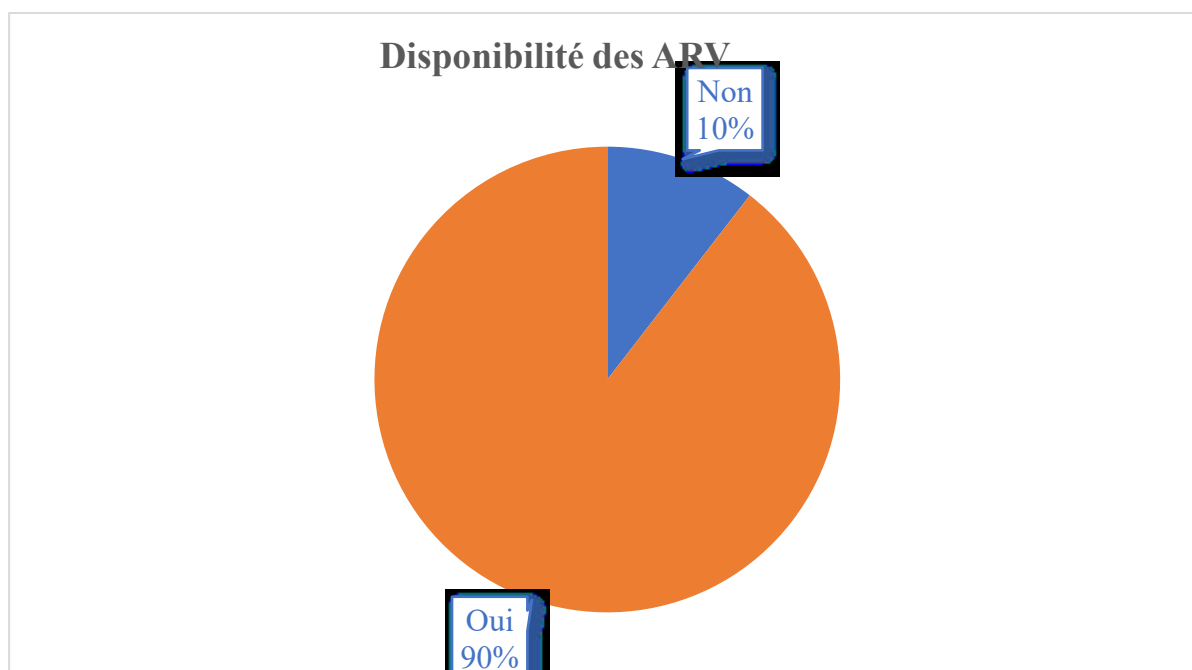
## 16. Nombre de prise ARV manqué

**Tableau XVIII : Répartition des patients selon le nombre de prise du médicament manqué par le patient avant son rendez chez le médecin**

Nombre de prise manqué	Effectif	Pourcentage (%)
3fois ou plus	73	58,9
2fois	27	21,8
1fois	24	19,3
<b>Total</b>	<b>124</b>	<b>100</b>

Dans notre étude, plus de la moitié des patients ont manqué au moins 3 fois la prise de leurs médicaments ARV soit 58,9%.

## 17. La disponibilité des ARV



**Figure 5 : Répartition des patients en fonction de la disponibilité des ARV**

Dans notre étude, la majorité des patients n'ont pas eu de problèmes à avoir les antirétroviraux soit 90%.

## 18. Le partage d'information sur son statut VIH avec une autre personne

**Tableau XIX : Répartition des patients selon le partage d'information sur le statut VIH avec une autre personne**

Statut connu par une autre personne	Effectif	Pourcentage (%)
NON	70	56,5
OUI	54	43,5
<b>Total</b>	<b>124</b>	<b>100</b>

Dans notre étude, plus de la moitié des patients n'ont pas voulu partager des informations avec d'autre personne par rapport à leur statut positif au VIH soit 56,5%.

## 19.L'état de santé après l'initiation aux ARV

Tableau XX : Répartition des patients selon l'état de santé après l'initiation aux ARV

État du patient	Effectif	Pourcentage (%)
Grande amélioration	109	87,9
Peu d'amélioration	11	8,9
Aucune amélioration	3	2,4
Aggravation	1	0,8
<b>Total</b>	<b>124</b>	<b>100</b>

La majorité des patients ont affirmé qu'ils ont eu de grande amélioration de leur état de santé après l'initiation au ARV soit 87,9 %.

## 20.Horaires de prise des médicaments

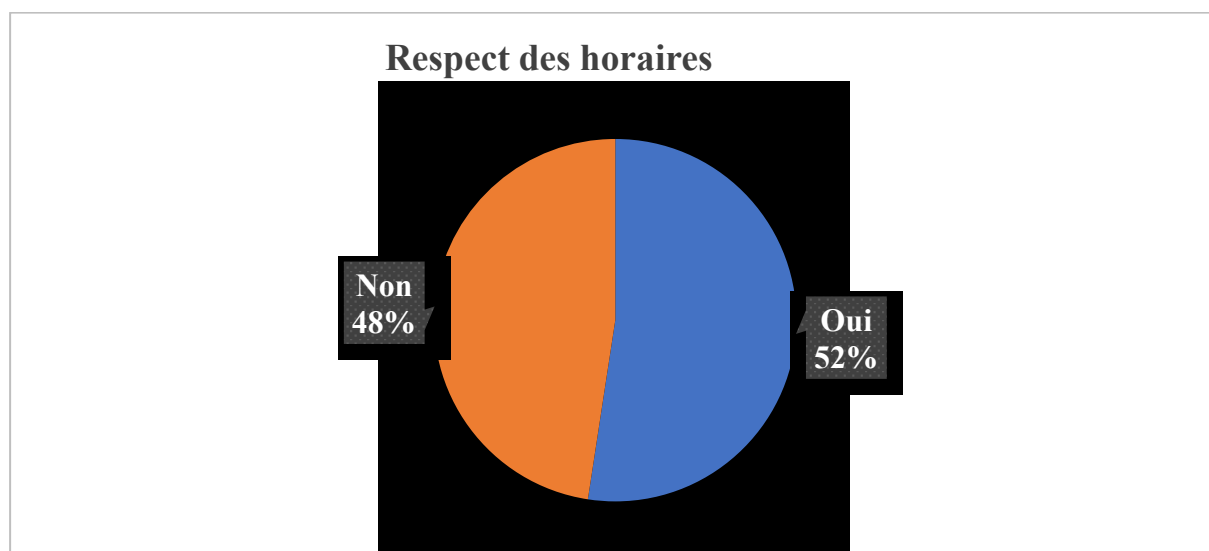


Figure 6 : Répartition des patients en fonction du respect des horaires de prise des médicaments

La majorité de nos patients ont affirmé qu'ils ont respecté les horaires indiqués pour la prise des médicaments soit 52%.

## 21. Effets secondaires

**Tableau XXI : Répartition des patients selon la manifestation des effets secondaires**

<b>Effets secondaires</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage (%)</b>
<b>Non</b>	<b>77</b>	<b>62,1</b>
<b>Oui</b>	<b>47</b>	<b>37,9</b>
<b>Total</b>	<b>124</b>	<b>100</b>

Dans notre étude, 37,9% des patients ont manifesté un effet secondaire.

## 22. Changement de ligne thérapeutique

**Tableau XXII : Répartition des patients selon le changement de ligne thérapeutique**

<b>Changement de ligne</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage (%)</b>
<b>Oui</b>	<b>39</b>	<b>31,5</b>
<b>Non</b>	<b>85</b>	<b>68,5</b>
<b>Total</b>	<b>124</b>	<b>100</b>

Dans notre échantillon d'études 31,5% de nos patients ont fait un changement de ligne thérapeutique.

# **COMMENTAIRES ET DISCUSSION**



## VI. COMMENTAIRES ET DISCUSSION

Nous avons mené une étude prospective sur une période allant d'Aout 2021 à Juillet 2022 dans le service des maladies infectieuses et tropicales (SMIT) du Centre Hospitalier Universitaire (CHU) du Point G afin d'étudier les causes de l'inobservance thérapeutique des PVVIH.

### 1. Limites de notre étude :

Il n'existe pas une méthode de référence en matière d'observance. Cependant on a été confronté à certains problème comme :

- dossiers incomplets des patients
- résultats de la Charge Virale et du CD4 souvent non disponible au cours du suivi.

### 2. Aspects sociodémographiques :

#### • Par rapport au sexe

Sur les 124 patients interrogés, 64,5% étaient des femmes contre 35,5% des hommes, avec un sexe ratio de 1,8. Cette prédominance féminine a été aussi retrouvée chez de **KONE D** en 2019 dans son étude, facteurs d'observance et de non-observance du traitement par les patients sous ARV: cas de l'USAC du CSREF de la commune IV du district de Bamako(Mali)ipo, qui a obtenu 80,5% de sexe féminin et 19,5% de sexe masculin [12] et de **DAGNOKO B** en 2019 dans son étude , observance au traitement ARV des PVVIH adultes suivis au centre de santé de référence de Bougouni du 1er avril 2018 au 31 décembre 2018, qui a obtenu dans son études 67,3% de femmes et 32,7% d'hommes [13].

Ce résultat confirme la vulnérabilité de la femme face au VIH [11 ;14].

#### • Par rapport à l'âge

Concernant l'âge, la moyenne a été 39 ans. La tranche d'âge la plus touchée était celle allant de ]30-40] soit 30,6% de cas. Ce résultat est inférieur à celui de **Diallo M** en 2020 dans son étude, évaluation de l'observance au traitement antirétroviral chez les patients adultes suivis au Centre Universitaire de Kati, qui a trouvé 40%

pour la tranche d'âge allant [31-40] ans [11]. Ces résultats pourraient s'expliquer par le fait que c'est la tranche d'âge la plus active.

- **Par rapport au niveau d'étude**

Les non scolarisés ont été les plus représentés soit 53,2% par contre 4,8% avait un niveau d'étude supérieur.

Ce résultat est inférieur à celui de **KONE D** et **DAGNOKO B** qui ont trouvé respectivement 63,1% et 62,9% des non scolarisés [12-13].

Ces différents résultats nous montrent que le niveau de scolarisation est faible, un facteur qui favorisé la non observance thérapeutique.

- **Par rapport à la résidence**

Notre étude a révélé que la plupart de nos patients résidaient à Bamako en milieu urbain soit 60,3%. Ce résultat peut être expliquer par le fait que l'étude a été réalisée à Bamako.

- **Par rapport à la profession**

Les ménagères ont représenté la majorité de notre échantillon étude soit 39,5% de nos patients. Ce résultat est inférieur à celui de **DAGNOKO B** dans son étude en 2019 qui a trouvé 58,5% des ménagères [13]. Mais comparable à celui **MBAGA MC** en 2011 dans son étude, observance au traitement antirétroviral au CHU du Point G, et **KONE D** en 2019 qui ont trouvés respectivement 42,9% et 38,36% des ménagères [10 ;12]. Ceci s'explique par le fait que la grande majorité des femmes dans notre pays sont des ménagères. Cet absence d'activité génératrice des revenus en vue d'une autonomie financière pourrait avoir des retombées négatives sur une bonne observance thérapeutique.

### **3. Caractéristiques clinique et thérapeutique des PVVIH :**

- **Par rapport au type de VIH**

Sur les 124 patients de notre échantillon, 116 patients étaient atteints du VIH-1 soit 93,5% ; 4,1% du VIH-2 et 2,4% du VIH-1+2. Ce résultat est comparable à celui de **DIALLO M** qui a trouvé 93% du VIH-1 dans son étude menée à

l'Hospital de Kati en 2020 [11] et confirme les données de la littérature selon lesquelles le VIH1 est majoritairement présent à l'échelon mondial que le type 2 [7].

- **Par rapport au schéma thérapeutique**

Le schéma thérapeutique TDF+3TC+DTG a été le plus utilisée chez nos patients soit 56,1%. Par contre **SANOGO OM** dans son étude en 2021, Candidoses digestives chez les PVVIH au SMIT du CHU Point G : aspects épidémiologique, clinique, étiologique et thérapeutique et **DIALLO A** dans son étude en 2019, Étude de l'observance aux traitements antirétroviraux chez les patients « Populations Clés » suivis à la clinique les Halles de l'ARCAD-Santé Plus de Juin 2018 à Mai 2019, ont trouvé respectivement 95,5% et 88,33% des patients sur le schéma thérapeutique TDF+3TC+EFZ [8 ;14].

Cette différence s'expliquerait par le fait qu'au Mali, depuis 2019 les nouveaux normes et protocoles de prise en charge du VIH recommande l'association TDF+3TC+DTG comme traitement de première intention du VIH1, et l'association TDF+3TC+EFV comme traitement de deuxième intention. Cette mesure a été mise en vigueur dans le SMIT du CHU pont G après le mois d'Août 2020.

- **Par rapport au taux de CD4**

Plus de la moitié de nos patients avaient un taux de CD4 inférieur à 200 cellules/mm<sup>3</sup> soit 77,1%.

Ce résultat est supérieur à celui de **MBAGA MC** qui a trouvé dans son étude 33,3% des patients avec un taux de CD4<200 cellules/mm<sup>3</sup> [10]. Cette différence pourrait s'expliquer par le fait, notre étude concerne uniquement les patients inobservants aux traitements antirétroviraux.

- **Par rapport à la charge virale**

Au cours de notre étude seulement 34,7% des patients ont effectué la charge virale.

Ce faible taux de réalisation de la charge virale pourrait s'expliquer par le fait que le site ne dispose pas d'appareil de comptage de la charge virale. Également la rupture fréquente des réactifs dans les sites d'analyses, le coût élevé dans les laboratoires privés. Ce problème peut apporter des complications dans la prise en charge correcte des PVVIH. La charge virale n'est pas obligatoire pour initier un traitement antirétroviral au Mali. Elle contribue à une évaluation pertinente de l'efficacité d'un traitement, mais son accès est encore difficile dans la majorité des centres de traitements

#### 4. Motifs de la non observance :

Les motifs évoqués par des patients au cours de notre enquête pour justifier la rupture de leurs traitements sont : amélioration de l'état de santé, oubli, manque de moyens de transport ; la peur des effets secondaires du médicament, non partage de son statut virologique, indisponibilité, rupture des ARV, insuffisance d'information, manque de motivation, recours aux guérisseurs traditionnels ou religieux, autres maladies, la perte de l'ordonnance, voyage.

Ces résultats sont similaires à celui : de **Essomba EN et al.** dans son étude au Cameroun en 2015, facteurs associés à la non observance thérapeutique des sujets adultes infectés par le VIH sous antirétroviraux dans un hôpital de référence à Douala [19] ; de **Izizag BB et al.** dans son étude au Congo en 2020, déterminants de la non-observance au traitement antirétroviral chez l'adulte à Kinshasa [18] et de **DIALLO A** dans son étude à Bamako ( Mali ) en 2018 [14].

Dans cette étude l'inobservance a été mesurée par des rendez-vous, le respect des horaires des prises des comprimés et la réalisation de certain bilan clinique comme la charge virale, le taux de CD4.

Les patients qui avaient les effets secondaires étaient moins observants que ceux qui n'en avaient pas. Ces résultats se rapprochent des résultats de Izizag BB et al. [18]. 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 [19]. Une étude réalisée à Libreville au début des années 2000

montrait que la première cause de non observance se rapportait aux effets indésirables des traitements ARV [20].

Dans notre étude, la majorité de nos patients ont affirmé qu'ils ont eu de grande amélioration de leur état de santé après l'initiation au ARV soit 87,9 %. Ce résultat nous montre l'importance des ARV dans le traitement VIH afin que les PVVIH soient observant à leurs traitements.

# **CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS**

## VII. CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

### Conclusion

A la lumière de toutes les informations récoltées au cours de notre enquête, nous pouvons en déduire que malgré l'efforts conjugué des acteurs de santé, la non-observance au traitement par des personnes sous ARV continue toujours à être un obstacle dans les processus d'éradication du VIH/SIDA dans notre société.

Dans cette étude, il était question de décrire le profil socio-démographique des patients inobservants ; décrire les caractéristiques cliniques des PVVIH ; décrire les caractéristiques thérapeutiques des PVVIH et enfin déterminer les raisons psychosociales qui influencent l'observance au traitement.

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 non 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 d'où l'intérêt de renforcement du programme d'éducation thérapeutique aux niveaux des sites de prise en charge des PVVIH.

## **Recommandations**

Comme tout travail de soins, la prise en charge du VIH n'est pas sans difficultés et elle mérite d'être étudiée pour l'amélioration des conditions de travail des acteurs exerçant dans ce domaine et pour une prise en charge adéquate. A l'issue de notre travail, nous formulons les recommandations suivantes :

### **Aux autorités sanitaires :**

- Renforcer le programme d'éducation thérapeutique ;
- Veiller à la disponibilité des ARV au niveau des sites de prise en charge ;
- Assure accès à la charge virale et à la mesure des taux de CD4

### **Aux personnels de santé :**

- Participer au programme de formation de l'éducation thérapeutique et appliquer auprès des PVVIH
- Renforcer counseling entre le prescripteur et son patient dans la prise en charge du traitement ARV ;
- Veiller sur la réalisation de la charge virale des patients pour une amélioration de la qualité de l'observance ;

### **Aux PVVIH**

Être observant aux traitements des ARV en :

- Respectant la posologie et les heures de prise des médicaments ;
- Respectant les rendez-vous donnés par le personnel soignant.
- Faire les examens complémentaires demandés par les médecins ;



## Références

1. Lepine D. Sida (VIH) : Définition-Tout savoir sur ce redoutable virus [en ligne]. 2012 [cité 19 août 2021]. Disponible sur <https://www.passeportsante.net/fr>.
2. Reach G. La non-observance thérapeutique : une question complexe. Un problème crucial de la médecine contemporaine. Médecine. 1 nov. 2006 ;2(9) :411-5.
3. ONUSIDA. Prévention du VIHUNAIDS. Suisse. UNAIDS. 2019
4. Sidibé F. Acceptabilité du dépistage sérologique de l'infection à VIH : une approche communautaire réussie dans huit villages au Mali en 2018. Mali Santé Publique. 24 juill 2020;10(1):91-7.
5. Andréo C, Bouhnik AD, Soletti J, Bertholon DR, Moatti JP, Rossert H, et al. La non-observance des patients infectés par le VIH, soutenus par une association communautaire. Sante Publique (Bucur). 2001;Vol. 13(3):249-62.
6. Misdrahi D. L'observance thérapeutique : un objectif essentiel. L'Encéphale. déc 2006;32(6):1076-9.
7. **Charline D.** VIH et SIDA : Histoire (Découverte du virus), épidémiologie et origine [en ligne].13 avril 2020 [cité 30 sept 2021]. Disponible sur: <https://www.sante-sur-le-net.com>
8. Sanogo OM. Candidoses digestives chez les PVVIH au SMIT du CHU Point G : aspects épidémiologique, clinique, étiologique et thérapeutique [thèse]. [Bamako (Mali)]: FMOS; 2021;111.
9. Cachay ER. Traitement médicamenteux de l'infection par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) - Infections - Manuels MSD pour le grand public [en ligne]. avr. 2021 [cité 8 oct 2021]. Disponible sur: <https://www.msdmanuals.com/fr/>

10. Crhist M. Observance au traitement antirétroviral au CHU du Pt G. [thèse médecine]. [Bamako (Mali)]: FMOS; 2011;137.
11. Diallo M. Evaluation de l'observance aux traitements antirétroviraux chez les patients adultes Suivis au Centre Hospitalier Universitaire Pr Bocar Sidy Sall de Kati du 1er décembre 2019 au 30 novembre 2020 [these pharmacie]. [Bamako(Mali)]: FAPH; 2021;66.
12. Kone D. Facteurs d'observance et de non-observance du traitement par les patients sous ARV : cas de l'USAC du CSREF de la commune IV du district de Bamako (Mali) [thèse pharmacie]. [Bamako (Mali)]: FAPH; 2019;90.
13. DAGNOKO B. Observance au traitement ARV des PVVIH adultes suivis au centre de sante de Reference de Bougouni du 1er avril 2018 au 31 decembre 2018 [thèse médecine]. [Bamako (Mali)]: FMOS; 2019;90.
14. Diallo A. Étude de l'observance aux traitements antirétroviraux chez les patients « Populations Clés » suivis à la clinique les Halles de l'ARCAD-Santé Plus de Juin 2018 à Mai 2019. [thèse pharmacie]. [Bamako (Mali)]: FAPH;2018;107.
15. Ag Souleymane MA. prevalence du vih et facteurs associes chez les professionnelles de sexe sur le complexe minier loulo/goukoto [thèse medecine]. [Bamako(Mali)]: FMOS; 2021;94.
16. Diop M. Etude du traitement ARV dans la prévention de la transmission mère enfant du VIH dans le centre de santé de référence de la commune III [thèse médecine]. [Bamako (Mali)]: FMOS; 2021;116.
17. Cellules sectorielle de lutte contre le VIH/SIDA la tuberculose et les hépatites virales. Normes et protocoles de prise en charge du VIH et du SIDA . 7<sup>e</sup> édition. Bamako ;2022

18. Izizag BB, Situakibanza H, Kiazayawoko F, Nkodila A, Mafuta E, Lukanu P, et al. Déterminants de la non-observance au traitement antirétroviral chez l'adulte à Kinshasa. *Pan Afr Med J.* 14 oct 2020;37:157.
19. Essomba EN, Adiogo D, Koum DCK, Amang B, Lehman LG, Coppieters Y. Facteurs associés à la non observance thérapeutique des sujets adultes infectés par le VIH sous antirétroviraux dans un hôpital de référence à Douala. *Pan Afr Med J.* 27 avr 2015;20:412.
20. Collinet O. Facteurs associés à une mauvaise observance thérapeutique chez les patients vivant avec le VIH à l'hôpital Albert Schweitzer au Gabon[thèse]. Gabon : UNIVERSITE DE LA REUNION U.F.R SANTE; 2019; 55.
21. Oumar M. Observance au traitement ARV a l'USAC/CNAM : Bamako [thèse pharmacie]. [Bamako (Mali)]: FAPH;2013;139.
22. Cellule sectorielle de lutte contre le VIH/Sida. Éducation Thérapeutique des Patients vivants avec le VIH et la tuberculose au Mali. Version septembre 2016.

# **ANNEXES**

## VIII. ANNEXES

### Fiche d'enquête :

Fiche d'enquête N° : .....

### Caractère sociodémographique :

#### Sexe :

Masculin  Féminin

#### Age du patient

[15-20ans]  [20-30ans]  [30-40ans]  [40-50ans]  [50-60ans]   
[60-80ans]

#### Statut matrimonial :

Célibataire  Marié  Divorce  Veuf (veuve)

Ethnie du patient : .....

#### Niveau d'étude :

Non scolarisé  Niveau primaire  Niveau  
secondaire  Niveau universitaire

#### Résidence

Bamako  Hors Bamako

#### Profession :

Ménagère  Agent de santé  Ouvrier   
Commerçant  Ou autres .....

### Caractéristique thérapeutique

#### Type de VIH

VIH1       VIH2       VIH1+2

**La charge virale :**

**Le taux de CD4 :**

**Schéma thérapeutique initial**

TDF/3TC/EFZ                       AZT/3TC/NVP                       ABC/3TC+EFZ

TDF/3TC+EFZ       TDF/3TC+NVP                       AZT/3TC+LOP/RTV

AZT/3TC+ATV/RTV       TDF+3TC+DTG

**Etiologie de non observance :**

1. Avez-vous l'habitude de changer fréquemment votre médecin traitant de médecin : oui      non

2. Suivez régulièrement votre rendez-vous avec votre médecin ?

Oui      non      si non pourquoi :.....

3. Connaissez-vous des informations sur votre maladie ?

Oui      non      si oui lesquelles :.....

4. Croyez-vous à votre maladie

Oui      non

5. Avez-vous manqué combien de prise du médicament ?

1 fois                      2 fois                      3 fois ou plus

6. Avez-vous des problèmes à avoir vos médicaments ARV ?

Oui      non

7. Il y a quelqu'un d'autre dans votre famille qui connaît votre statut sérologique ?

Oui      non

8. N'avez-vous pas eu une amélioration de votre état de santé après votre initiation au ARV ?

une grande amélioration                      peu d'amélioration  
aucune amélioration                      aggravation

9. Vous considérez la prise à long terme du traitement fatiguant et pénible ?

Oui                      non

10.Parfois vous vous estimez guéri et n'avoir plus besoin des médicaments ?

Oui                      non

11.Vous trouvez le traitement très lourd : multiples produits, effets secondaires et plusieurs prises ?

Oui                      non

12.Est-il parfois arrivé d'oublier de prendre vos médicaments ?

Oui                      non

13.Négligez-vous parfois l'heure de prise de vos médicaments ?

Oui                      non

14.Lorsque vous vous sentez mieux, interrompez-vous parfois votre traitement ?

Oui                      non

15.S'il vous est arrivé d'interrompre votre traitement, cela a t'il eut des répercussions sur votre état de santé ?

Oui                      non

## Fiche signalétique

Nom : DRABO

Prénom : Emmanuel Ladjou

Adresse E-mail : [emmanulldrabo01@gmail.com](mailto:emmanulldrabo01@gmail.com)

Année de soutenance : 2023

Ville de soutenance : Bamako

Lieu de Dépôt : Bibliothèque de la Faculté de Médecine et d'Odontostomatologie et la Faculté de Pharmacie.

Secteur d'intérêt : Maladies infectieuses ; santé publique ; VIH.

Titre : Etude des causes de l'inobservance thérapeutique des patients vivant avec le VIH suivis cours de l'année 2021-2022 au service des maladies infectieuses et tropicales du CHU Point-G.

### Résumé :

Notre étude prospective a permis d'étudier les causes de la non observance aux traitements antirétroviraux chez les personnes vivant avec le VIH suivis au service des maladies infectieuses et tropicales du Centre Hospitalier Universitaire du Point-G.

Au cours de notre étude nous avons remarqué que plus de la moitié des patients était des femmes, presque la moitié des patients était non scolarisé. Cependant la majorité des patients avait un taux CD4 inférieur à 200 cellules/ml. Le protocole thérapeutique le plus utilisé était le TDF/3TC/DTG. Presque la moitié des patients avait manqué plusieurs fois leur rendez-vous. L'indisponibilité, moyen de déplacement, manque de motivation, l'oubli et la présence des effets secondaires ont été les causes les plus fréquentes de l'inobservance.



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 non 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.

**Mots clés :** l'observance thérapeutique ; VIH

## **Profile sheet**

Name: DRABO

First name: Emmanuel Ladjou

Email Addresses: emmanuldrabo01@gmail.com

Year of defense: 2023

City of defense: Bamako

Discharge point: Library of the Medical college and Odontostomatologie and the Faculty of Pharmacy.

Sector of interest: Infectious illness; public health; HIV.

Titrate: Study of the causes of the therapeutic non-observance of the patients living with the HIV followed course of the year 2021-2022 to the service of the infectious illness and tropical of the CHU Point-G.

### **Summary:**

Our exploratory study made it possible to study the causes of nonthe observance to the antiretroviraux treatments at the people living with the HIV followed to the service of the infectious illness and tropical of the University hospital of the Point-G.

During our study we noticed that more half of the patients was women, almost half of the patients was not provided education for. However the majority of the patients had a rate CD4 lower than 200 cells/ml. The therapeutic protocol more used was the TDF/3TC/DTG. Almost half of the patients had missed several times their go. Unavailability, means of displacement, miss motivation, the lapse of memory and the presence of the side effects was the most frequent causes of non-observance.

We can retain that the observance with the antiretroviral treatment is a factor impossible to circumvent with the correct assumption of responsibility of disease VIH/SIDA. The study of nonobservance to treatment ARV, although difficult to evaluate, challenges us on the solutions to be brought for its improvement and the adhesion of the patients to the treatment.

**Key words:** therapeutic non-observance; HIV

## SERMENT DE GALIEN

Je jure, en présence des maîtres de la faculté, des conseillers de l'ordre des pharmaciens et de mes condisciples :

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

D'exercer, dans l'intérêt de la santé publique, ma profession avec conscience et de respecter non seulement la législation en vigueur, mais aussi les règles de l'honneur, de la probité et du désintéressement. De ne jamais oublier ma responsabilité et mes devoirs envers le malade et sa dignité humaine.

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

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

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

Je le jure