

Ministère des enseignements
Secondaire, supérieur et de
La recherche scientifique

République du Mali
Un peuple- Un But- Une Foi

Université de Bamako



Année Universitaire 2007/2008

Thèse N° :

TITRE

OBSERVANCE AU TRAITEMENT ANTIRETROVIRAL CHEZ LES PATIENTS ADULTES VIH POSITIFS SUIVIS A L'HOPITAL GENERAL D'ABOBO

Présentée et soutenue publiquement le devant la Faculté de Médecine, de
Pharmacie et d'Odontostomatologie (F.M.P.O.S.)
Pour obtenir le grade de **Docteur en Pharmacie**
(Diplôme d'Etat)

Par :

MADemoiselle COULIBALY AWA SALIMOU

JURY

Président : Professeur MOUSSA HARAMA

Directeur de thèse : Professeur DAGNAN N'CHO SIMPLICE

Membres : Professeur ELIMANE MARIKO

Co-directeur : Professeur Sounkalo DAO

**FACULTE DE MEDECINE, DE PHARMACIE ET D'ODONTO-
STOMATOLOGIE**

ANNEE UNIVERSITAIRE 2007-2008

ADMINISTRATION

DOYEN : ANATOLE TOUNKARA – PROFESSEUR

1^{er} ASSESSEUR : DRISSA DIALLO – MAITRE DE CONFERENCES

2^{ème} ASSESSEUR : SEKOU SIDIBE – MAITRE DE CONFERENCES

SECRETAIRE PRINCIPAL: YENIMEGUE ALBERT DEMBELE – PROFESSEUR

AGENT COMPTABLE: Mme COULIBALY FATOUMATA TALL- CONTROLEUR
DES FINANCES

LES PROFESSEURS HONORAIRES

Mr Alou BA	Ophtalmologie
Mr Bocar SALL	Orthopédie Traumatologie -Secourisme
Mr Souleymane SANGARE	Pneumo-phtisiologie
Mr Yaya FOFANA	Hématologie
Mr Mamadou L. TRAORE	Chirurgie générale
Mr Balla COULIBALY	Pédiatrie
Mr Mamadou DEMBELE	Chirurgie Générale
Mr Mamadou KOUMARE	Pharmacognosie
Mr Ali Nouhoum DIALLO	Médecine Interne
Mr Aly GUINDO	Gastro-Entérologie
Mr Mamadou M KEITA	Pédiatrie
Mr Sinè BAYO	Anatomie-Pathologie- Histoembryologie
Mr Sidi Yaya SIMAGA	Santé Publique
Mr Abdoulaye Ag RHALY	Médecine Interne
Mr Boulkassoum HAIDARA	Législation
Mr Boubacar Sidiki CISSE	Toxicologie
Mr Massa SANOGO	Chimie Analytique

LISTE DU PERSONNEL ENSEIGNANT PAR D.E.R. ET PAR GRADE**D.E.R. CHIRURGIE ET SPECIALITES CHIRURGICALES****1. PROFESSEURS**

Mr Abdel Karim KOUMARE	Chirurgie Générale
Mr Sambou SOUMARE	Chirurgie Générale
Mr Abdou Alassane TOURE	Orthopédie Traumatologie
Mr Kalilou OUATTARA	Urologie
Mr Amadou DOLO	Gynéco-obstétrique
Mr Alhousseni Ag MOHAMED	O.R.L.
Mme Sy Aida SOW	Gynéco-obstétrique
Mr Salif DIAKITE	Gynéco-obstétrique
Mr Abdoulaye DIALLO	Anesthésie-Réanimation
Mr Djibril SANGARE	Chirurgie Générale, Chef de D.E.R
Mr Abdel Kader TRAORE dit DIOP	Chirurgie Générale

2. MAITRES DE CONFERENCES

Mr Abdoulaye DIALLO	Ophthalmologie
Mr Gangaly DIALLO	Chirurgie Viscérale
Mr Mamadou TRAORE	Gynéco obstétrique
Mr Filifing SISSOKO	Chirurgie Générale
Mr Sékou SIDIBE	Orthopédie –Traumatologie
Mr Abdoulaye DIALLO	Anesthésie –Réanimation
Mr Tiéman COULIBALY	Orthopédie – Traumatologie
Mme TRAORE J. THOMAS	Ophthalmologie
Mr Mamadou L. DIOMBANA	Stomatologie
Mme DIALLO Fatimata S. DIABATE	Gynéco-obstétrique
Mr Nouhoum ONGOIBA	Anatomie et chirurgie Générale
Mr Sadio YENA	Chirurgie Thoracique
Mr Youssouf COULIBALY	Anesthésie –Réanimation

3. MAITRES ASSISTANTS

Mr Issa DIARRA	Gynéco-obstétrique
----------------	--------------------

Mr Samba Karim TIMBO	Oto-Rhino-Laryngologie
Mme TOGOLA Fanta KONIPO	Oto- Rhino- Laryngologie
Mr Zimogo Zié SANOGO	Chirurgie Générale
Mme Diénéba DOUMBIA	Anesthésie –réanimation
Mr Zanafon OUATTARA	Urologie
Mr Adama SANGARE	Orthopédie –Traumatologie
Mr Sanoussi BAMANI	Ophtalmologie
Mr Doulaye SACKO	Ophtalmologie
Mr Ibrahim ALWATA	Orthopédie –Traumatologie
Mr Lamine TRAORE	Ophtalmologie
Mr Mady MACALOU	Orthopédie –Traumatologie
Mr Aly TEMBELY	Urologie
Mr Niani MOUNKORO	Gynéco- Obstétrique
Mr Tiemoko D. COULIBALY	Odontologie
Mr Souleymane TOGORA	Odontologie
Mr Mohamed KEITA	Oto- Rhino- Laryngologie
Mr Boureima MAIGA	Gynéco- Obstétrique
Mr Youssouf SOW	Chirurgie Générale
Mr Djibo Mahamane DIANGO	Anesthésie-réanimation
Mr Moustapha TOURE	Gynécologie

4. ASSISTANTS

Mr Mamadou DIARRA	Ophtalmologie
-------------------	---------------

D.E.R. DE SCIENCES FONDAMENTALES

1. PROFESSEURS

Mr Daouda DIALLO	Chimie Générale et Minérale
------------------	-----------------------------

Mr Amadou DIALLO	Biologie
Mr Moussa HARAMA	Chimie Organique
Mr Ogobara DOUMBO	Parasitologie –Mycologie
Mr Yénimégué Albert DEMBELE	Chimie Organique
Mr Anatole TOUNKARA	Immunologie
Mr Bakary M. CISSE	Biochimie
Mr Abdourahamane S. MAIGA	Parasitologie
Mr Adama DIARRA	Physiologie
Mr Mamadou KONE	Physiologie

2. MAITRES DE CONFERENCES

Mr Amadou TOURE	Histo- embryologie
Mr Flabou BOUGOUDOGO	Bactériologie- Virologie
Mr Amagana DOLO	Parasitologie Chef de D.E.R
Mr Mahamadou CISSE	Biologie
Mr Sékou F. M. TRAORE	Entomologie médicale
Mr Abdoulaye DABO	Malacologie, Biologie Animale
Mr Ibrahim I. MAIGA	Bactériologie-Virologie

3. MAITRES ASSISTANTS

Mr Abdourahamane TOUNKARA	Biochimie
Mr Moussa Issa DIARRA	Biophysique
Mr Kaourou DOUCOURE	Biologie
Mr Bouréma KOURIBA	Immunologie
Mr Souleymane DIALLO	Bactériologie-Virologie
Mr Cheik Bougadari TRAORE	Anatomie-Pathologie
Mr Lassana DOUMBIA	Chimie Organique
Mr Mounirou BABY	Hématologie
Mr Mahamadou A. THERA	Parasitologie- Mycologie
Mr Guimogo DOLO	Entomologie Moléculaire Médicale
Mr Mouctar DIALLO	Biologie Parasitologie
Mr Abdoulaye TOURE	Entomologie Moléculaire Médicale
Mr Boubacar TRAORE	Parasitologie Mycologie

Mr Djibril SANGARE

Entomologie Moléculaire Médicale

4. ASSISTANTS

Mr Mangara M. BAGAYOKO

Entomologie Moléculaire Médicale

Mr Bokary Y. SACKO

Biochimie

Mr Mamadou BA

Biologie, Parasitologie, Entomologie Médicale

Mr Moussa FANE

Parasitologie, Entomologie

Mr Blaise DACKOUA

Chimie Analytique

D.E.R. DE MEDECINE ET SPECIALITES MEDICALES

1. PROFESSEURS

Mr Mamadou K. TOURE

Cardiologie

Mr Mahamane MAIGA

Néphrologie

Mr Baba KOUMARE

Psychiatrie, Chef de D.E.R.

Mr Moussa TRAORE

Neurologie

Mr Issa TRAORE

Radiologie

Mr Hamar A. TRAORE

Médecine Interne

Mr Drapa Aly DIALLO

Hématologie

Mr Moussa Y. MAIGA

Gastro-entérologie -Hépatologie

Mr Somita KEITA

Dermato-Leprologie

Mr Boubakar DIALLO

Cardiologie

Mr Toumani SIDIBE

Pédiatrie

2. MAITRES DE CONFERENCES

Mr Bah KEITA

Pneumo-Phtisiologie

Mr Abdel Kader TRAORE

Médecine Interne

Mr Siaka SIDIBE

Radiologie

Mr Mamadou DEMBELE

Médecine Interne

Mr Mamady KANE

Radiologie

Mr Saharé FONGORO

Néphrologie

Mr Bakoroba COULIBALY

Psychiatrie

Mr Bou DIAKITE

Psychiatrie

Mr Bougouzié SANOGO

Gastro-Entérologie

Mme SIDIBE Assa TRAORE	Endocrinologie
Mr Adama D. KEITA	Radiologie
Mr Sounkalo DAO	Maladies Infectieuses

3. MAITRES ASSISTANTS

Mme TRAORE Mariam SYLLA	Pédiatrie
Mme Habibatou DIAWARA	Dermatologie
Mr Daouda K. MINTA	Maladies Infectieuses
Mr Kassoum SANOGO	Cardiologie
Mr Seydou DIAKITE	Cardiologie
Mr Arouna TOGORA	Psychiatrie
Mme DIARRA Assétou SOUCKO	Médecine Interne
Mr Boubacar TOGO	Pédiatrie
Mr Mahamadou TOURE	Radiologie
Mr Idrissa A. CISSE	Dermatologie
Mr Mamadou B. DIARRA	Cardiologie
Mr Anselme KONATE	Hépto-Gastro-Entérologie
Mr Moussa T. DIARRA	Hépto-Gastro-Entérologie
Mr Souleymane DIALLO	Pneumologie
Mr Souleymane COULIBALY	Psychologie
Mr Cheïck Oumar GUINTO	Neurologie

D.E.R. DES SCIENCES PHARMACEUTIQUES

1. PROFESSEURS

Mr Gaoussou KANOUTE	Chimie Analytique, Chef de D.E.R.
Mr Ousmane DOUMBIA	Pharmacie Chimique
Mr Elimane MARIKO	Pharmacologie

2. MAITRES DE CONFERENCES

Mr Drissa DIALLO	Matières Médicales
Mr Alou KEITA	Galénique
Mr Benoît Yaranga KOUMARE	Chimie Analytique

Mr Ababacar MAIGA

Toxicologie

3. MAITRES ASSISTANTS

Mme Rokia SANOGO

Pharmacognosie

Mr Yaya KANE

Galénique

Mr Saïbou MAIGA

Législation

Mr Ousmane KOITA

Parasitologie Moléculaire

Mr Yaya Coulibaly

Législation

D.E.R. DE SANTE PUBLIQUE

1. PROFESSEUR

Mr Sanoussi KONATE

Santé Publique **Chef de D.E.R**

2. MAITRES DE CONFERENCES

Mr Moussa A. MAIGA

Santé Publique

Mr Jean TESTA

Santé Publique

Mr Mamadou Sounkalo Traoré

Santé Publique

3. MAITRES ASSISTANTS

Mr Akory AG IKNANE

Santé Publique

Mr Adama DIAWARA

Santé Publique

Mr Hamadoun SANGHO

Santé Publique

Mr Massambou SACKO

Santé Publique

M. Alassane A. DICKO

Santé Publique

Mr Hammadoun Aly Sango

Santé Publique

Mr Seydou Doumbia

Santé Publique

Mr Samba Diop

Santé Publique

4. ASSISTANTS

Mr Oumar THIERO

Biostatistique

Mr Seydou DIARRA

Anthropologie Médicale

CHARGES DE COURS ET ENSEIGNANTS VACATAIRES

Mr N’Golo DIARRA	Botanique
Mr Bouba DIARRA	Bactériologie
Mr Salikou SANOGO	Physique
Mr Boubacar KANTE	Galénique
Mr Souleymane GUINDO	Gestion
Mme DEMBELE Sira DIARRA	Mathématiques
Mr Modibo DIARRA	Nutrition
Mme MAIGA Fatoumata SOKONA	Hygiène du milieu
Mr Mahamadou TRAORE	Génétique
Mr Yaya COULIBALY	Législation
Lassine SIDIBE	Chimie organique

ENSEIGNANTS EN MISSION

Pr Doudou BA	Bromatologie
Pr Babacar FAYE	Pharmacodynamie
Pr Mounirou CISSE	Hydrologie
Pr Amadou DIOP	Biochimie
Pr Lamine GAYE	Physiologie



DEDICACES ET REMERCIEMENTS

DEDICACES

BISMILLAHI RAHAMANI RAHIM

Je dédie ce travail à DIEU « ALLAH SOUBHANA WATA'ALLAH », de m'avoir assisté jusqu'à aujourd'hui, et de m'avoir donné l'opportunité de présenter ce modeste travail.

Je rends grâce au PROPHETE MUHAMMAD (Paix et Salut sur Lui). Puisse DIEU nous guider sans cesse sur le droit chemin.

A MAMAN KHADY

Voici devant toi, le fruit de tant d'années de sacrifices. Tu t'es toujours battue pour que je réussisse ces études de pharmacie et par la grâce de DIEU, tu as devant toi un de tes rêves qui se réalisent. J'ai les larmes aux yeux rien qu'en pensant à tout ce que tu as enduré pour tes enfants. Tu es pour moi le symbole de la patience et de la tolérance. Merci Maman de m'avoir soutenu jusqu'au bout, je t'aime très fort c'est plus que de simples mots. Je te dédie particulièrement cette thèse, c'est grâce à toi si je la soutiens aujourd'hui. Que DIEU te garde longtemps à nos côtés.

A PAPA

Merci pour les valeurs que tu as su nous inculquer. Ta rigueur, ton souci principal qui est la réussite de tes enfants, ton soutien et surtout ta préoccupation pour une éducation exemplaire, c'est tout cela qui a conduit à ce travail, retrouves à travers ce travail une reconnaissance. Que Dieu te donne longue vie et une bonne santé.

A MAMAN MAWA

Ton amour inconditionnel et ton soutien permanent ont toujours été un grand secours pour moi. Retrouves à travers ce travail, l'expression de ma profonde reconnaissance.

A Mes Frères SIRIKI HERTEVAN, MOUSSA NIWETCHIN

Vous êtes pour moi des aînés exemplaires, vous m'avez toujours soutenu. Ce travail est aussi le vôtre. Je vous souhaite bonne chance dans toutes vos entreprises.

A Mes Frères MOHAMMED, NOURDINE

Vous avez été d'un grand soutien pour moi, car sans votre aide je ne serai pas là. Merci pour la formation informatique. Je vous ai beaucoup fatigué mais sachez que je vous adore.

A Mes Sœurs

NABARA, affectueusement la maman, merci pour tous tes conseils et ton soutien indéfectible, que DIEU te protège et te couvre de sa gloire.

MADOUSSOU, du début de ces études à aujourd'hui tu as toujours été là pour m'épauler, m'encourager quand je perdais confiance en moi. Et nous y voilà mon rêve d'enfant devient réalité. Tes coups de fils étaient des baumes pour mon cœur durant ces longues années. Que ce travail soit ta satisfaction.

MANAZAN, tu as toujours été mon amie et ma confidente, merci pour tout ce que tu as apporté dans ma vie. C'est le lieu de te dire que je suis fière de toi. Tous mes vœux de bonheur.

NATENIN, mon travail aurait été sans doute fastidieux sans ta présence, merci pour ton soutien indéfectible qui m'a été très utile. Que DIEU t'accorde succès dans toutes tes entreprises.

AMINA, en espérant que ce travail te serve d'exemple et t'incite à faire mieux que moi

A MA GRANDE MERE MADOUSSOU TOURE (In Memorium)

Je n'oublierai jamais tes conseils et merci pour toutes tes bénédictions, tu vis dans ma mémoire avec de beaux souvenirs. Qu'ALLAH t'accorde le repos éternel.

A Mes Grandes mères NAWA et DONGUI

Merci pour toutes vos bénédictions et que Dieu vous garde encore longtemps auprès de nous.

A la Famille TRAORE IDRISSE

Vous qui m'avez généreusement accueilli et hébergé dès mon arrivée à Bamako et toujours traité sans aucune discrimination, trouvez à travers ce travail toute ma gratitude et mes remerciements.

Mention spéciale à TANTIE KIA

Je ne saurais jamais te remercier assez pour la tendresse et l'affection dont tu m'as entourée. Tu as été pour moi plus qu'une mère, une sœur, une amie, il n'y a jamais eu de sujets tabous entre nous. Je m'en souviendrai toute ma vie. Que Dieu dans sa miséricorde, te bénisse et te comble de tout ce dont tu as besoin. Tout au long de ce cycle, tu as été près de moi. Tes encouragements m'ont souvent redonné tant de joie. Ce travail est le tien.

A Mes petites Sœurs MOUNIN, ADJA, NIARE, MAH, TOU

Merci pour l'affection dont vous m'avez comblé. Je vous souhaite courage et persévérance dans les études.

Aux patients

Vous qui avez accepté de répondre aux différentes questions nécessaires à notre étude, un grand merci ! Je souhaite de tout cœur que les recherches avancent et viennent enfin à bout de ce fléau.

A tous ceux qui se disent encore que le VIH /SIDA c'est l'affaire des autres,

Réveillez- vous, sinon vous risquez d'être désagréablement surpris. Au troisième millénaire, personne ne peut dire qu'il n'a pas entendu, qu'il n'a pas vu et qu'il ne va pas en parler. On ne fait pas la politique des trois singes avec le VIH/ SIDA.

REMERCIEMENTS

A mon pays la Côte d’Ivoire : Tu as dirigé mes premiers pas. Mon souhait est que tu sois toujours un havre de paix.

A ma terre d’accueil le Mali : Tu es et resteras ma deuxième patrie, j’ai été émerveillé par ton hospitalité. Que Dieu bénisse le Mali et son peuple.

A mes tantes : Tantie Bintou, Tantie Mai, Tantie Fatou, Maman Marcory, Mahan, Tantie Mariam, Tantie Saly, Tantie Awa Ouattara,
Vos encouragements m’ont redonné la joie de continuer, ce travail est le vôtre ; recevez le avec toute l’affection que je vous porte.

A Tonton Adama, reçois ce travail en signe de reconnaissance.

A la famille Diabaté, merci pour le soutien indéfectible, affection sincère

A Tonton Amara Sangaré et son épouse, profondes gratitude et affection sincère pour tout le soutien. Que ce travail soit votre satisfaction.

A la famille Ouattara tantie Mireille et enfants, votre présence et votre dévouement auprès de nous sont irremplaçables. Ce travail est à votre honneur.

A mes beaux frères Ouattara Yaya, Fofana Oumar, Ouattara Mamadou, merci pour votre soutien matériels et financiers. Que DIEU vous garde longtemps auprès de vos familles respectives.

A mes belles sœurs Hanna et Kady, Amy, merci pour tous les bons moments passés ensemble.

A mes cousines et cousins Mami, Khady, Adja Yélé, Fatim, Mariam, Alimata, Amy, Awa, Donatani, Rose, Korotoum, Soungalo,

Je souhaite à chacun et chacune de réussir dans la vie qu'il s'est tracée.

Au Dr Kourouma et son épouse

Pour m'avoir épaulé et soutenu durant ces études, profondes gratitude

A mes aînés de la FMPOS : DR Fatou Fofana ; Nafi Bengeloun ; Amehoun Mariam, Kouakou Antoine, Djermakoye Hamsatoun

A tous mes Maîtres, depuis la maternelle jusqu'à la faculté de Bamako. Voici votre œuvre commune, profondes gratitude

A mes amis et amies l'amitié est un sentiment qui se vit et n'a pas besoin de se dire. Je vous porte dans mon cœur et vous y êtes ancrés par tant de choses partagées ensemble qu'en oubliant de vous citer, vous y serez plus que jamais ancrés.

- **Aux Dr Anna N'Diaye, Koné Assita, Agbodja Kokou, Akatore Adjo**, souvenir inoubliable.

- **A Oumou, Zohra, Agna, Soké, Keina, Fanta, Clodine** plus que des amies vous êtes des sœurs

- **A Jerome Agbossou, Hervé Souka**, je ne pourrai jamais vous remercier à la hauteur de ce que vous avez été et fait pour moi. Retrouvez à travers ce travail toute ma profonde gratitude.

- **A Mr Traoré Lamine**, merci pour tout votre soutien ce travail est aussi le vôtre.

- **A Rokia Coulibaly**, Tu as été formidable durant ce travail, merci pour tous les déjeuner pris ensemble.

- **A Fofana Aminata**, nous avons décidé ensemble de faire la pharmacie mais hélas ce ne fut pas le cas pour toi. Retrouve à travers ce travail ton rêve réalisé.

A mes camarades depuis mes premiers pas à l'école jusqu'à la faculté tant de choses apprises ensemble :

- **A Koumba Diallo, Eve sangaré, Saly Dagnoko, Alice Tsitsol, Oumou Diallo,**

- **A Vivor, Lanciné Diallo, Lamine Diakité**

A toute la communauté ivoirienne au Mali, ainsi qu'à toutes les autres communautés étrangères que j'ai pu connaître, merci pour les bons moments passés ensemble.

Mes Remerciements particuliers à

- **A la Directrice du PNPEC et à tout son personnel**

- **Au Dr Touré Siaka et à tous le personnel d'ACONDA-VS CI**, vos conseils et vos encouragements ont été le phare de ce travail, sincères remerciements.

- **Au Dr Kouamé Emmanuel, Dr Coulibaly Hamed**, vos collaborations au cours de ce travail ont été indispensables. Sincères remerciements

- **A Mr Akim** pour ton appui en analyses statistiques

- **Aux conseillers de l'HGA, Mel, Anasthasie, Cathy**, merci de votre aide ce travail est le fruit de votre collaboration.

- **Au Dr Ouattara Assad**, merci pour ton soutien indéfectible.

- **Au Dr Ouattara Issouf**, merci pour la proposition du thème, même si nous n'avons pas pu travailler ensemble, profondes gratitude.

A tous ceux que j'ai oublié de citer ici et qui pourront se reconnaître à travers ce travail, merci pour toutes vos bénédictions ; ce travail est à votre honneur.



HOMMAGES AUX MEMBRES DU JURY

A notre Maître et Président du jury

Professeur MOUSSA HARAMA

- Professeur titulaire de chimie organique

- Chef du laboratoire de chimie à la Faculté de Médecine de Pharmacie et d'Odontostomatologie

Cher Maître, vous nous faites un grand honneur en acceptant de présider le jury de notre thèse malgré vos multiples occupations.

Nous avons apprécié vos immenses qualités scientifiques, humaines et pédagogiques.

Nous avons admiré votre rigueur et votre dévouement dans le travail.

Vos qualités exceptionnelles de formateur, jointes à votre modestie font de vous un homme de référence.

Veillez agréer cher Maître, nos sentiments distingués

A notre Maître et Directeur de thèse

Professeur DAGNAN N'CHO SIMPLICE

- **Professeur Agrégé de Santé Publique et de Médecine Communautaire ;**
- **CES de Santé Publique et de Médecine Communautaire ;**
- **CES de Pédiatrie ;**
- **DESS en Gestion de l'Information Médicale à l'hôpital et dans les filières de soins ;**
- **Secrétaire du Département de Santé Publique et d'Informatique Médicale ;**
- **Rédacteur de la revue Cahier de Santé Publique ;**
- **Sous-directeur de la Vaccinologie de l'Institut National d'Hygiène Publique ;**
- **Membre du comité Pédagogique du DIU ' Organisation et management des systèmes publics de prévention vaccinale dans les pays en développement' ;**
- **Membre de la Commission Nationale des Experts pour l'Eradication de la Poliomyélite ;**
- **Membre de l'Association des Médecins chargés de la gestion de l'Information Médicale de France ;**
- **Membre de l'Association pour le Développement et de l'Epidémiologie de terrain (EPITER).**

Vous nous avez fait l'honneur de diriger cette thèse. Vos qualités de pédagogue et d'homme de science ainsi que votre grande générosité d'âme vous valent notre estime. L'homme de rigueur et de principe que vous êtes a cultivé en nous

l'esprit du travail bien fait. Veuillez accepter cher Maître, l'expression de notre profonde gratitude et de notre indéfectible attachement.

A notre Maître et Co-directeur de thèse

Professeur Soukalo DAO

- Praticien hospitalier au SMIT**
- Maître de conférence en maladies infectieuses et tropicales**
- Chercheur au programme NIAID/VIH/FMPOS sur le SIDA et la tuberculose**

Nous vous sommes gré de l'insigne honneur que vous nous faites en acceptant de siéger dans ce jury. Nous avons été impressionnés par votre humilité et votre gentillesse. Recevez cher Maître l'expression de notre profonde considération.

A notre Maître et Juge

Professeur ELIMANE MARIKO

- Professeur titulaire de Pharmacologie**
- Chargé de mission au service de Sante des Armées du Mali**
- Coordinateur de la cellule sectorielle de lutte contre le VIH/SIDA du Ministère de la Défense.**

Cher Maître, c'est un grand honneur que vous nous faites en acceptant de siéger dans ce jury, malgré votre emploi de temps o combien chargé.

La clarté de votre enseignement, votre simplicité, vos qualités humaines et intellectuelles forcent l'admiration de tous ceux que vous enseignez.

Veillez accepter l'expression de notre profonde gratitude.

TABLE DES MATIERES

INTRODUCTION	p 18- 21
1- Objectif général	p 21
2- Objectifs spécifiques	p 21
GENERALITES	p 22- 48
1- Généralités sur le VIH/SIDA	p 23- 24
1.1 Définition du VIH/SIDA	p 23
1.2 Historique du VIH/SIDA	p 23- 24
2- Classification	p 24- 28
2.1 Stade clinique selon l’OMS	p 24- 26
2.2 Selon la classification des CDC	p 26- 28
3- Epidémiologie	p 28- 34
3.1 Dans le monde	p 28- 30
3.2 En Afrique	p 30- 31
3.3 En Côte d’Ivoire	p 32- 34
4- VIH/SIDA et Thérapeutiques	p 34- 37
4.1 Le traitement antirétroviral	p 34- 35
4.2 La classification des ARV	p 35- 37
4.2.1 Les ITR	p 35
4.2.1.1 Les INTR	p 35
4.2.1.2 Les INNTR	p 36
4.2.2 Les IP	p 36- 37
4.2.3 Les associations des ARV	p 37
5- Indications thérapeutiques	p 37
5.1 Indication chez les patients asymptomatiques	p 37
5.2 Indication chez les patients symptomatiques	p 37
6- Effets secondaires	p 37- 43
7- Accès au traitement et choix du schéma thérapeutique	p 43- 45
7.1 Accès au traitement	p 43
7.2 Choix du schéma	p 44- 45
8- Observance	p 45- 48
8.1 Définition opérationnelle	p 45
8.2 Evaluation de l’observance	p 45- 46
8.3 Facteurs déterminants	p 46- 47
8.4 Avantages et inconvénients	p 47- 48
8.4.1 Avantages de l’observance	p 47

8.4.2 Inconvénients de la non-observance	p 48
8.5 Problèmes liés à l'observance	p 48
METHODOLOGIE	p 49- 60
A- CADRE GENERAL DE L'ETUDE	p 50- 57
1- Généralités sur la Côte d'Ivoire	p 50- 53
1.1- Situation démographique et socio-économique	p 50- 51
1.2- Système sanitaire	p 52- 53
2- Description du site de l'étude	p 53- 57
2.1- Présentation de la ville d'Abidjan	p 53
2.2- Hôpital Général d'Abobo	p 53
2.2.1- Présentation	p 53- 54
2.2.2- Organigramme de l'HGA	p 55
2.2.3- Circuit du malade à l'HGA	p 56
2.2.4- Les services	p 57
B- Etude proprement dite	p 57- 60
1- Type et période	p 57
2- Population d'étude	p 57
3- Critères d'inclusion	p 57
4- Critères de non-inclusion	p 58
5- Aspects éthiques	p 58
6- Echantillonnage	
7- Définition opérationnelle de l'observance	p 58
8- Technique et outils de collecte des données	p 58
8.1- Technique	p 58
8.2- Outils de collecte des données	p 59
9- Les variables	p 59- 60
10- Plan de traitement et analyses des données	p 60
RESULTATS	p61- 81
A- Données socio- démographiques	p 62
B- Données immuno-virologiques	p 65
C- Données sur la mise en route	p 67
D- Facteurs pouvant influencer l'observance	p 68
1- Facteurs liés au patient	p 69
2- Facteurs liés aux médicaments	p 73
3- Facteurs liées à l'environnement humain	p 75
4- Observance selon les caractéristiques sociodémographiques	p 76
5- Observance selon les données cliniques	p 77

6- Observance selon l'environnement humain	p 79
COMMENTAIRES ET DISCUSSION	p 82- 89
1- Les limites de notre étude	p 83
2- Mesure de l'observance dans notre étude	p 84
3- Profils des patients	p 85
3.1- Caractéristiques socio-démographiques	p 85
3.2- Données cliniques	p 85
4- Facteurs liés à l'observance	p 86
4.1- Caractéristiques sociodémographiques	p 86
4.2- Données cliniques	p 86
4.3- Facteurs liés au patient	p 87
4.4- Facteurs liés aux médicaments	p 88
4.5- Facteurs liés à l'environnement humain	p 88
CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS	p 90- 94
REFERENCES	p 95- 107
ANNEXES	p108- 111

SIGLES ET ABREVIATIONS

ABC : Abacavir
AMM : Autorisation de Mise sur le Marché
ARV : Antirétroviraux
AZT : Zidovudine
CDC : Center Disease Control
CHU : Centre Hospitalier Universitaire
CMV : Cétomégalovirose / Cétamégalovirus
Coll : Collaborateurs
CPK : Créatine Phosphokinase
EFV : Efavirenz
HGA : Hôpital Général d'Abobo
IDE : Infirmier D'Etat
INTR : Inhibiteur Nucléosidique de la Transcriptase Reverse
INNTR : Inhibiteur Non Nucléosidique de la Transcriptase Reverse
ITR : Inhibiteur de la Transcriptase Reverse
IP : Inhibiteur de la Protéase
IST : Infections Sexuellement Transmissibles
NVP : Névirapine
ONG : Organisation Non Gouvernementale
PEC : Prise En Charge
PED : Pays En voie de Développement
PNLS : Programme national de lutte contre le SIDA
PNPEC : Programme National de Prise en Charge
PVVIH : Personne Vivant avec le VIH
RCI : République de Côte d'Ivoire
TUB : Tuberculose



INTRODUCTION

INTRODUCTION

L'épidémie du VIH/SIDA est devenue en l'espace de deux décennies, une véritable pandémie, tant elle touche la tranche d'âge de la population la plus active (15-49 ans) et affecte tous les secteurs d'activités socio économiques (61 ; 62). Chaque jour, 8000 personnes infectées par le VIH meurent du SIDA dans le monde (61 ; 63).

La Côte d'Ivoire est le pays le plus touché par l'épidémie du VIH/SIDA en Afrique Occidentale (49 ; 61). Devant la situation dramatique du SIDA, la lutte s'est d'abord axée sur l'éducation des individus et le changement des comportements. Cette méthode a fait ses preuves et le taux de transmission du VIH a baissé dans les régions où les populations ont été véritablement sensibilisées (49). La solution palliative actuellement utilisée est le traitement antirétroviral (ARV). Ce traitement est efficace car il diminue la charge virale et augmente le taux de CD4. Il permet ainsi la survie et l'amélioration de la qualité de vie des patients infectés par le VIH.

En outre les traitements ARV sont complexes et difficiles à suivre. On comprend alors tout l'enjeu que représente l'observance dans cette pathologie devenue chronique.

Au plan de la santé publique, assurer une bonne observance au traitement est un enjeu majeur des programmes d'accès aux ARV (19). L'observance est très importante pour l'efficacité des traitements contre le VIH. Le respect des prescriptions est fondamental afin d'éviter les problèmes de résistance. Les moyens de mesure et les solutions pour améliorer l'observance sont mal connus, surtout dans les PED. On ne dispose que de très rares études sur les caractéristiques de l'observance dans les PED. L'essentiel des données

existantes provient d'études réalisées au cours d'essais contrôlés difficilement transposables aux conditions opérationnelles de programmes de santé courants (19).

Cependant si la nécessité de traiter les patients est devenue une réalité une question fondamentale reste posée : Que peut-on attendre des traitements ARV en termes de tolérance et d'observance chez les patients traités à Abidjan ? Pour répondre à cette question, il est indispensable de se donner les moyens de suivre les patients traités par des ARV.

Des travaux similaires faits respectivement par Koffi (41) et Neper (54), ont évalué au plan clinique virologique, l'observance des traitements ARV. Ces études ont été menées dans des centres accrédités de dispensation d'ARV notamment les CHU à Abidjan en Côte d'Ivoire. Aucune étude de ce genre n'a été effectuée dans un hôpital de référence comme l'hôpital général d'Abobo. C'est pourquoi nous avons jugé opportun d'effectuer ce travail qui évaluait l'observance au traitement antirétroviral chez les patients adultes VIH positif suivis, venus renouveler leur ordonnance de juin à août 2008 à l'hôpital général d'Abobo.

Ainsi, nos résultats serviront à sensibiliser les médecins et leurs patients sur l'intérêt d'une observance optimale pour garantir l'efficacité des traitements.

Pour y parvenir nous nous sommes fixés les objectifs suivants :

1-OBJECTIF GENERAL

Etudier l'observance au traitement antirétroviral chez les patients adultes suivis en milieu hospitalier à Abobo.

2-OBJECTIFS SPECIFIQUES

- Décrire le profil sociodémographique des patients suivis.
- Décrire les données immuno-virologiques.
- Déterminer les facteurs relatifs à la mise en route du traitement.
- Identifier les facteurs liés à l'observance.



GENERALITES

GENERALITES

1. Généralités sur le VIH et le SIDA

1.1. Définition du VIH et du SIDA

Le Syndrome d'Immunodéficience Acquise, plus connu sous son acronyme SIDA, est le nom d'un ensemble de symptômes consécutifs à la destruction de plusieurs cellules du système immunitaire par un rétrovirus. Le SIDA est le dernier stade de l'infection et finit par la mort de l'organisme infecté des suites de maladies opportunistes (29 ; 79).

Il existe plusieurs rétrovirus responsables du SIDA. Le plus connu d'entre eux est le Virus de l'Immunodéficience Humaine (VIH) infectant l'homme (79). Trois modes de transmission ont été observés :

- la voie sexuelle qui est la principale ;
- la voie sanguine qui concerne particulièrement les utilisateurs de drogues injectables, les hémophiles, les transfusés et les professionnels de la santé ;
- la voie mère-enfant qui peut survenir in utéro, dans les dernières semaines de la grossesse, au moment de l'accouchement et l'allaitement.

1.2. Historique du VIH et du SIDA (79)

Les premiers signes de l'épidémie remontent à la fin des années 1970. Lorsque des médecins de New York et San Francisco se sont aperçus qu'un nombre important de leurs patients souffraient d'asthénie, de perte de poids et parfois même de forme rare et atypique de cancer (comme le sarcome de Kaposi).

C'est le 5 juin 1981 qu'a commencé officiellement l'épidémie du SIDA. Lorsque le CDC d'Atlanta (Center Disease Control) a noté une recrudescence de cas de pneumocystose chez cinq hommes homosexuels à Los Angeles. Dans les mois qui ont suivi, de plus en plus de cas ont été recensés dans plusieurs autres villes du pays. Il est noté chez plusieurs de ces personnes un état d'immunodépression.

En raison du fait que beaucoup de patients ont eu de nombreuses relations sexuelles, il a été suggéré en juin 1982 qu'un agent infectieux transmis sexuellement pourrait être la cause de cette immunodépression, mais rien n'était vraiment sûr à ce moment.

Comme les premiers malades étaient exclusivement homosexuels, le syndrome fut appelé par certains le gay-related immunodeficiency disease (GRID). Mais les autorités sanitaires réalisèrent vite que d'autres personnes étaient également touchées, notamment les hémophiles, les usagés de drogues par injection intraveineuse, les hétérosexuels ou encore des immigrants haïtiens.

La découverte en 1983 de l'agent infectieux, le virus de l'immunodéficience humaine (VIH), à l'Institut Pasteur de Paris sous la direction du Pr Montagnier ; marqua le début de la recherche sur ce virus. Il a été la cause depuis sa découverte de la mort de plus de 25 millions de personnes dans le monde (79).

2. Classification clinique (80)

2.1. Stade clinique selon l'OMS

Stade clinique 1 :

- patient asymptomatique ;
- adénopathie persistante généralisée ;

degré d'activité 1 : patient asymptomatique, activité normale.

Stade clinique 2 :

- perte de poids supérieur à 10% du poids corporel ;
- manifestations cutanéomuqueuses mineures (dermatites séborrhéiques, prurigo, atteinte fongique des ongles, ulcérations buccales, chéilite angulaire) ;
- zona au cours des cinq dernières années ;
- infections récidivantes des voies aériennes supérieures ;

et/ou degré d'activité 2 : patient symptomatique, activité normale.

Stade clinique 3 :

- perte de poids supérieure à 10% du poids corporel ;
- diarrhée chronique inexpliquée pendant plus d'un mois ;
- fièvre prolongée inexpliquée (intermittente ou constante) pendant plus d'un mois ;
- candidose buccale (muguet) ;
- leucoplasie chevelue buccale ;
- tuberculose pulmonaire dans l'année précédente ;
- infections bactériennes sévères (pneumopathie, pyomyosite), et/ou degré d'activité 3 : patient alité moins de la moitié de la journée pendant le dernier mois.

Stade clinique 4 :

- syndrome cachectique du VIH, selon la définition des CDC ;
- pneumopathie à pneumocystis carinii ;
- toxoplasmose cérébrale ;
- cryptosporidiose accompagnée de diarrhée pendant plus d'un mois ;
- cryptococcose extra pulmonaire ;
- cytomegalovirose (CMV) touchant un autre organe que le foie, la rate ou les ganglions lymphatiques ;
- herpes cutanéomuqueux pendant plus de 1 mois ou viscéral quelle qu'en soit la durée ;
- leucoencéphalopathie multifocale progressive ;
- toute mycose endémique généralisée (histoplasmosse, coccidiomycose...) ;
- candidose de l'oesophage, de la trachée, des bronches, ou des poumons ;
- mycobactériose atypique, généralisée ;
- septicémies à salmonelles non typhiques ;
- tuberculose extra pulmonaire ;

- lymphome ;
 - sarcome de Kaposi ;
 - encéphalopathie à VIH selon la définition des CDC ;
- et/ou degré d'activité 4 : patient alité plus de la moitié de la journée pendant le dernier mois.

2.2 Selon la classification des CDC (1993)

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 critère des catégories B et C :

- infection VIH asymptomatique ;
- LGP (lymphadénopathies généralisées persistantes) ;
- primo-infection symptomatique ;

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 :

- elles sont liées au VIH ou indicatives d'un déficit immunitaire ;
- elles ont une évolution clinique ou une prise en charge thérapeutique compliquée par l'infection VIH.

Les pathologies suivantes font partie de la catégorie B, la liste n'est pas limitative :

- angiomatose bacillaire ;
- candidose oro-pharyngée ;
- candidose génitale, persistante, ou qui répond mal au traitement ;
- dysplasie du col (modérée ou grave), carcinome in situ ;
- syndrome constitutionnel : fièvre (38,5°C) ou diarrhée supérieur à un mois ;
- leucoplasie chevelue de la langue ;

- zona récurrent ou envahissant plus d'un dermatome ;
- purpura thrombopénique idiopathique ;
- salpingite, en particulier lors des complications par abcès tubo-ovariens ;
- neuropathie périphérique.

Catégorie C

Cette catégorie correspond à la définition du 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 pulmonaire ;
- candidose de l'œsophage ;
- cancer invasif du col ;
- coccidioïmycose, disséminée ou extra pulmonaire ;
- cryptococcose extrapulmonaire ;
- cryptosporidiose intestinale supérieure à un mois ;
- infection à CMV (autre que foie, rate, ou ganglions) ;
- rétinite à CMV (avec altération de la vision) ;
- encéphalopathie due au VIH ;
- infection herpétique, ulcères chroniques supérieures à un mois, ou bronchique pulmonaire, ou oesophagienne ;
- histoplasmosse disséminée ou extrapulmonaire ;
- isosporeidiose intestinale chronique (supérieure à un mois) ;
- sarcome de Kaposi ;
- lymphome de Burkitt ;
- lymphome immunoblastique ;
- lymphome cérébral primitif ;
- infection à mycobacterium avium ou kansasii, disséminé ou extra pulmonaire ;
- infection à mycobacterium tuberculosis, quelque soit le site ;
- infection à mycobactéries, identifiée ou non, disséminée ou extrapulmonaire ;

- pneumonie à pneumocystis carinii ;
- pneumopathie bactérienne récurrente ;
- leuco-encéphalopathie multifocale progressive ;
- septicémie à salmonelles non typhi récurrente ;
- toxoplasmose cérébrale ;
- syndrome cachectique dû au VIH.

3. EPIDEMIOLOGIE du VIH et du SIDA

3.1. Dans le monde

En 2007, les progrès méthodologiques relatifs aux estimations des épidémies de VIH, appliqués à une gamme élargie de données nationales, ont conduit à des modifications importantes du nombre estimé de personnes vivant avec le VIH à travers le monde. L'interprétation de la gravité et des conséquences de la pandémie a néanmoins fort peu changé. On estimait à 33,2 millions, le nombre de personnes vivant avec le VIH dans le monde en 2007, soit 16% de moins que l'estimation de 39,5 millions, publiée en 2006 (61 ; 62).

La portée et l'impact de l'épidémie n'étaient pas les mêmes dans toutes les régions. Certains pays étaient plus touchés que d'autres et dans un même pays il y a généralement d'importants écarts au niveau de l'infection entre les districts (61 ; 62).

Cette réduction a été l'effort considérable visant à estimer l'épidémie du VIH en Inde, qui a entraîné une révision majeure à la baisse des estimations pour ce pays. D'autres révisions des estimations, notamment en Afrique subsaharienne, ont aussi eu leur importance. Six pays (Angola, Inde, Kenya, Mozambique, Nigeria et Zimbabwe) contribuaient pour 70% à la différence entre les estimations publiées en 2006 et celles de 2007 (61 ; 62). Au Kenya et au Zimbabwe, cette différence était due à une diminution du nombre de nouvelles infections ; elle-même attribuable à une baisse des comportements à risque.

L'épidémie en Asie restait dans une large mesure concentrée chez les consommateurs de drogues injectables, les homosexuels, les professionnels (le)s du sexe. Dans ces populations, la couverture des programmes de prévention efficaces était inadéquate, en raison notamment de la stigmatisation et de la discrimination. Les pays asiatiques qui avaient, à l'instar de la Thaïlande et du Cambodge, choisi de s'attaquer franchement aux comportements à risque, ont été beaucoup plus efficaces dans leur combat contre le VIH. Comme le montrait le recul des taux d'infection parmi les professionnels (le) s du sexe. Pourtant, il n'y avait pas lieu de pavoiser. Si les autres pays d'Asie ne parviennent pas à cibler les populations les plus exposées au risque, l'épidémie touchera un nombre beaucoup plus grand de personnes dans la population générale. C'est l'Inde qui compte le plus grand nombre de personnes vivant avec le VIH derrière l'Afrique du Sud (61 ; 62). Mais les connaissances sur le virus et sa transmission étaient encore limitées et insuffisantes. Il était à craindre que de nombreux homosexuels infectent des femmes avec qui ils avaient également des relations sexuelles.

L'Europe orientale et l'Asie centrale continuaient à connaître des épidémies en expansion, alimentées par la consommation de drogues injectables. Environ 1,3 millions de personnes y vivent avec le VIH, par rapport à 160 000 environ en 1995 (61 ; 62). Il était frappant de constater que plus de 80% d'entre elles avaient moins de 30 ans. L'Estonie, la Lettonie, la Fédération de Russie et l'Ukraine étaient les pays les plus affectés ; mais le virus continuait à se propager en Biélorussie, au Kazakhstan et en République de Moldavie (61 ; 62).

Le principal moteur de l'épidémie dans toute la région était la consommation de drogues injectables. Mais dans certains pays, la transmission sexuelle était de plus en plus fréquente, en particulier parmi les consommateurs de drogues injectables et leurs partenaires. La Russie, qui comptait plus de trois millions de consommateurs de drogues injectables, restait l'un des pays les plus gravement touchés de la région (61 ; 62). La proportion de femmes parmi les nouveaux cas

de VIH diagnostiqués y crut rapidement, atteignant une proportion d'une femme sur quatre en 2001 et une sur trois un an plus tard (61 ; 62).

Tableau I : Récapitulatif de l'épidémie mondiale du SIDA (61 ; 62)

Nombre de personnes vivant avec le VIH en 2007	
Total	33,2 millions [30,6–36,1 millions]
Adultes	30,8 millions [28,2–33,6 millions]
Femmes	15,4 millions [13,9–16,6 millions]
Enfants, moins de 15 ans	2,5 millions [2,2–2,6 millions]

Nouvelles infections à VIH en 2007	
Total	2,5 millions [1,8–4,1 millions]
Adultes	2,1 millions [1,4–3,6 millions]
Enfants, moins de 15 ans	420 000 [350 000–540 000]

Décès dus au SIDA en 2007	
Total	2,1 millions [1,9–2,4 millions]
Adultes	1,7 million [1,6–2,1 millions]
Enfants, moins de 15 ans	330 000 [310 000–380 000]

ONUSIDA/OMS. Le point sur l'épidémie du SIDA. Décembre 2007

3.2. En Afrique

On estimait à 25 millions le nombre personnes vivant avec le VIH en Afrique subsaharienne (61 ; 62). Les taux de prévalence du VIH semblaient se stabiliser (61). Mais cette impression était principalement due à une hausse des décès imputables au SIDA et à une augmentation continue de nouvelles infections. Cependant la prévalence continuait d'augmenter dans certains pays comme Madagascar et le Swaziland et était en baisse en Ouganda (61 ; 62).

L'Afrique subsaharienne n'abritait guère plus de 10% de la population mondiale, mais abritait près des deux tiers du total des personnes infectées par le VIH (61).

En 2003, on estimait à trois millions le nombre de nouvelles infections dans la région et à 2,2 millions celui des décès dus au SIDA (61). Il n'existait pas d'épidémie 'africaine' ; la diversité des niveaux et tendances de l'infection à VIH était considérable sur ce continent. Dans six pays, la prévalence du VIH chez l'adulte était inférieure à 2%, alors que dans six autres, elle dépassait 20% (61). Les sept pays d'Afrique australe connaissaient tous des taux de prévalence supérieurs à 17%, le Botswana et le Swaziland atteignaient une prévalence dépassant 35% (61). En Afrique de l'Ouest, la prévalence du VIH était beaucoup plus faible : aucun pays ne connaissait une prévalence supérieure à 10% et la plupart d'entre eux se situaient entre un et cinq pour cent (61). La prévalence dans les pays d'Afrique centrale et orientale se situait entre ces deux groupes, de 4% à 13% (61).

Les femmes africaines étaient plus exposées au risque et l'infection survenait chez elles à un âge plus jeune que chez les hommes (62). Aujourd'hui on assiste à une féminisation du SIDA. On compte en moyenne 13 femmes infectées pour 10 hommes par rapport à 12 femmes pour 10 hommes en 2002 (61). La différence était encore plus marquée chez les jeunes de 15 à 24 ans (61 ; 62). En Afrique du Nord et au Moyen-Orient, 480 000 personnes environ vivaient avec le VIH (61). Mais la surveillance systématique de l'épidémie n'était pas satisfaisante, en particulier dans les groupes à haut risque tels que les consommateurs de drogues injectables. Pourtant, dans une bonne partie de la région, l'infection à VIH semblait concentrée dans cette population. On craignait aussi que le virus ne se propage sans être détecté chez les homosexuels, car les rapports sexuels entre hommes étaient illégaux et largement condamnés dans de nombreux endroits (61 ; 62).

3.3. En Côte d'Ivoire

La Côte d'Ivoire est le pays le plus touché par l'épidémie du VIH/SIDA en Afrique Occidentale (23). La réponse nationale s'est manifestée depuis l'annonce des premiers cas en 1985 (11). La Côte d'Ivoire a institué un Comité National de Lutte contre le SIDA en 1987 (51). Dans cette phase de la lutte, les activités étaient essentiellement axées sur la surveillance épidémiologique, l'information, l'éducation et la communication pour la promotion de l'utilisation des préservatifs. Après l'établissement d'un lien étroit avec la tuberculose, ce Comité est devenu en 1994, le Programme National de Lutte contre le SIDA, les IST et la tuberculose (23 ; 51).

Dans cette nouvelle approche, les aspects de dépistage et de prise en charge des malades pour le diagnostic et le traitement des affections opportunistes ont été pris en compte. Face à la menace du VIH/SIDA qui continuait de faire des ravages dans la population, le Président de la République a décidé de la création d'un Ministère spécifiquement en charge des questions du VIH/SIDA en 2001 (23 ; 51). Avec l'avènement de ce Ministère qui assurait la coordination de toutes les interventions de lutte contre le SIDA, plusieurs acteurs issus du secteur privé, de la société civile et des élus locaux agissaient de manière concertée pour poursuivre la prévention. La prise en charge, le renforcement des capacités, la recherche et le financement s'opéraient avec le concours des partenaires au développement (23 ; 51).

Selon l'Enquête des Indicateurs de Santé 2005 de Côte d'Ivoire (EIS-CI), le taux de séroprévalence nationale était de 4,7%, avec 6,4% chez les femmes et 2,9% chez les hommes (23 ; 51 ; 61). Ainsi, de quatre hommes contaminés pour une femme contaminée au début de l'épidémie, cette tendance s'est inversée avec un homme contaminé pour deux femmes contaminées en 2005 (51 ; 61).

Ce qui confirme la féminisation du VIH/SIDA en Côte d'Ivoire. La tranche de la population la plus touchée se situait entre 25-49 ans avec un pic à 30-34 ans (23 ; 68).

Le rapport 2006 de l'ONUSIDA, qui faisait le point de la pandémie du VIH/SIDA en Côte d'Ivoire, estimait à 750 000 le nombre de personnes vivant avec le VIH et à 450 000 le nombre d'orphelins et enfants rendus vulnérables du fait de l'épidémie.

La prévention portait sur les activités de communication, le conseil et le dépistage volontaire, la transmission mère-enfant, la prise en charge des infections sexuellement transmissibles, la sécurité transfusionnelle et des injections, la lutte contre la stigmatisation et la discrimination vis-à-vis des personnes infectées.

A ce jour, 147 établissements sont dénombrés dans le cadre des activités de prévention de la transmission mère-enfant sur l'ensemble du territoire national. Dans cette même dynamique, 147 établissements offrent des services de conseil et de dépistage volontaire fin décembre 2006 (51).

Quant à la prise en charge, 103 structures couvraient six volets que sont le traitement, les soins palliatifs, la prise en charge des orphelins et enfants vulnérables, le soutien nutritionnel des personnes infectées, le soutien socio-économique, le soutien juridique (23 ; 51).

Malgré ces efforts, la lutte contre le VIH/SIDA reste confrontée à des difficultés, au nombre desquelles :

- l'insuffisante prise en charge thérapeutique avec seulement 36 348 personnes infectées sous traitements ARV sur 78 000 éligibles au traitement (51 ; 60),

- la faible pénétration des actions en cours dans le milieu rural,

- la disproportion entre la cadence du schéma opérationnel et le rythme de progression de la pandémie, la méconnaissance des impacts socio-économiques de la pandémie, et la dégradation des mœurs.

Tableau II : Récapitulatif de l'épidémie du SIDA en CI (23)

Nombre de Personnes vivant avec le VIH	750 000
Adultes de 15 ans et plus vivant avec le VIH	680 000
Femmes de 15 ans et plus vivant avec le VIH	400 000
Enfants entre 0 et 14 ans vivant avec le VIH	74 000
Prévalence du VIH dans la population générale	4,7%
Orphelins du SIDA entre 0 et 17 ans	450 000

Epidémiologie et prise en charge de l'infection à VIH/SIDA en Côte d'Ivoire

4. VIH/SIDA et Thérapeutiques

4.1. Le traitement antirétroviral

Il n'y a pas à l'heure actuelle de traitements permettant de guérir du SIDA, malgré l'existence de traitements comme la trithérapie ou encore ARV (45 ; 46). Les ARV sont des médicaments qui empêchent le virus de se développer c'est à dire de se reproduire dans le sang d'une personne infectée. Le but du traitement antirétroviral est de réduire la charge virale au maximum et de façon durable, restaurer l'immunité, diminuer l'émergence des résistances. Il s'agit d'un traitement à vie. Cela veut dire qu'une personne qui prend les ARV correctement se sent mieux et se porte mieux (1 ; 5).

Le traitement antirétroviral dépend de l'évolution clinique et du taux de lymphocytes T CD4. Il est nécessaire de doser les lymphocytes T CD4 au moins une fois par mois au début, puis 1 fois par trimestre afin d'évaluer l'efficacité du traitement (18 ; 27). L'augmentation maximale de lymphocytes T CD4 se fait en 18 – 24 mois (18 ; 27).

Il y'a plusieurs types d'ARV. Les principaux ARV actuellement disponibles agissent au niveau de deux enzymes nécessaires à la réplication du VIH : la

transcriptase inverse et la protéase. Il existe également des inhibiteurs de fusion qui agissent à plusieurs niveaux (1 ; 5 ; 18 ; 27).

4.2 Classification des ARV (20 ; 38 ; 73)

4.2.1 Les inhibiteurs de la transcriptase reverse

La transcriptase reverse ou inverse : est une enzyme permettant la synthèse d'ADN complémentaire à partir de l'ARN viral .Elle agit au début du cycle de réplication rétrovirale avant l'intégration à l'ARN de la cellule hôte.

4.2.1.1 Les inhibiteurs nucléosidiques de la transcriptase reverse

(INTR)

Ils agissent après avoir subi une triple phosphorylation dans la cellule infectée en bloquant la réplication due à la transcriptase reverse, entrant en compétition avec les nucléosidiques. On distingue les molécules suivantes :

-Zidovudine (AZT) : Retrovir

-Didanosine (DDI): Videx

-Lamivudine (3TC): Epivir

-Stavudine (D4T): Zerit

-Abacavir(ABC): Ziagen

-Emtricitabine (FTC)

-Tenofovir (TDF):Viread

4.2.1.2 Les inhibiteurs non nucléosidiques de la transcriptase reverse (INNRT)

Ce sont des puissants inhibiteurs très sélectifs de la transcriptase reverse. Ils sont inactifs sur le VIH-2. Ils inhibent la transcriptase reverse de façon non compétitive, en se liant directement sur le site catalytique de l'enzyme. Ils ne nécessitent pas de modification chimique pour être actifs donc pas d'étape de phosphorylation préalable. Les deux molécules qui ont une AMM, la névirapine et l'Efavirenz ont pour principale caractéristique d'avoir une demi-vie d'élimination prolongée (>40heures). Ils sont éliminés par les cytochromes hépatiques. Ils ont des propriétés inductrices enzymatiques. Les INNRT, sont métabolisés au niveau du foie par le cytochrome et éliminés par le rein.

On distingue les molécules suivantes :

-Névirapine (NVP): VIRAMUNE

-Efavirenz : Stocrin, Sustiva

-Delavirdine: Rescriptor

4.2.2. Les inhibiteurs de protéase (IP)

Les IP du VIH agissent au niveau du processus d'assemblage des protéines virales nouvellement synthétisées en inhibant l'action d'une enzyme clé qui est la protéase. Les inhibiteurs de protéase conduisent à la production de virions immatures, défectifs et incapables d'infecter de nouvelles cellules. Ils sont actifs sur les cellules infectées de façon chronique contrairement aux inhibiteurs de la transcriptase inverse.

On distingue les molécules suivantes :

-Indinavir(IDV): Crixivan

-Saquinavir(SQV): Invirase, Fortovase

-Ritonavir (RTV): Norvir

-Nelfinavir (NFV): Viracept

-Amprenavir: Agenerase

-Lopinavir/Ritonavir (LPV/r) : Kaletra

-Atazanavir (reyataz)

4.2.3 Les associations d'antirétroviraux

Combivir (AZT + 3TC)

Triomune (D4T + 3TC + NVP)

5. Indications Thérapeutiques

5.1 Indications thérapeutiques chez les patients symptomatiques

Plusieurs essais cliniques ont montré le bénéfice de l'introduction d'un traitement antirétroviral chez les patients présentant une infection opportuniste majeure ou autre affection de la catégorie C, ou ceux ayant des symptômes marqués ou récidivants de la catégorie B de la classification CDC 1993 (5 ; 6).

5.2 Indications thérapeutiques chez les patients asymptomatiques

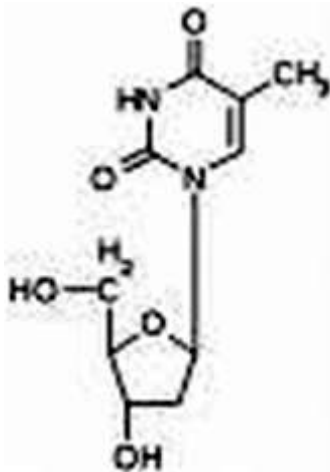
Lorsque le patient est asymptomatique, le traitement antirétroviral est indiqué dans les cas suivants :

- Taux de lymphocytes T CD4 < 350/mm³
- Femmes enceintes

6. Effets secondaires dus aux ARV

La prise en charge des patients infectés par le VIH fait appel aux ARV, qui constituent actuellement le seul espoir pour les PVVIH (78). Malgré l'efficacité de ce traitement, les ARV s'avèrent fortement toxiques et produisent divers effets indésirables d'intensité variable.

Les expériences de médicaments ARV dispensées aux patients se sont multipliées et les effets secondaires répertoriés selon les médicaments sont les suivants :

Zidovudine :

La principale toxicité est hématologique, il s'agit de l'anémie et de la neutropénie. Elle est dose dépendante et s'observe surtout aux stades avancés de la maladie, lorsque le taux de lymphocytes T CD4 est bas (<100 /mm³) ou lorsqu'il existe une anémie et /ou une neutropénie initiale.

Une myopathie particulière due à l'inhibition de la réplication de l'ADN mitochondrial survient chez 6 à 18 % des patients ayant reçu de l'AZT pendant plus de 6 à 12 mois. Cette myopathie est cliniquement muette. Lorsqu'elle se manifeste, il s'agit de myalgies d'effort, de faiblesse inhabituelle et/ou d'une fonte musculaire progressive qui prédomine à la racine des membres.

Des nausées s'observent surtout au début du traitement.

Une hyperpigmentation de la peau et surtout des ongles en rayures est observée parfois. Les effets tels que les céphalées et l'insomnie ont été rapportés.

Didanosine :

Sa toxicité hématologique est minime.

Une neuropathie périphérique survient chez 9% des patients ; elle est plus fréquente sous fortes doses et est liée aux doses cumulées. Paresthésies, crampes, faiblesse musculaire, et douleurs des membres inférieurs s'observent

plus souvent chez des patients qui ont des antécédents de ce type. Pour obtenir une régression complète de ces signes, il faut arrêter la didanosine.

Il est parfois difficile de distinguer la neuropathie induite par la didanosine des autres neuropathies dues au VIH ou CMV, et qui surviennent aux stades avancés de la maladie.

Une pancréatite survient chez 5 à 10% des patients, allant d'anomalies biologiques isolées à la forme typique, qui peut mettre en jeu le pronostic vital. Les patients présentant des antécédents de pancréatite aiguë ou qui présentent une atteinte rénale y sont particulièrement exposés. L'amylasémie doit être surveillée pendant le traitement. Les élévations minimales en l'absence de signes cliniques n'impliquent pas un arrêt automatique du traitement, d'autant que les macroamylasémies sont fréquentes chez les patients infectés par le VIH. Le dosage de la lipémie est un critère biologique de pancréatite plus spécifique que l'amylasémie.

Une hyperuricémie est banale, sans conséquences cliniques.

Les inconforts digestifs tels que la xérostomie, la diarrhée, les ballonnements et les crampes abdominales sont fréquents.

Lamivudine :

L'asthénie, les nausées et une élévation des transaminases sont rares et peu sévères. Il est rare qu'ils conduisent à un arrêt du traitement.

Stavudine :

Le principal effet secondaire est la neuropathie périphérique des membres inférieurs. Les signes fonctionnels précoces de neuropathie sont à surveiller surtout lorsque la stavudine est prescrite en association avec la didanosine.

Des pancréatites aiguës peuvent également survenir et une surveillance des

enzymes hépatiques doit être faite. Des élévations modérées de transaminases sont observées fréquemment, mais les hépatites sévères sont exceptionnelles. La stavudine est un cofacteur significatif de développement de la lipodystrophie.

Abacavir :

Des réactions hypersensibilité surviennent dans 3 à 5% des cas dans les 6 premières semaines. Leurs survenues imposent l'arrêt définitif de l'ABC.

Les symptômes les plus fréquents sont : fièvre, éruption cutanée, signes digestifs, signes généraux à type de sensation de malaise et d'asthénie intense. Des manifestations respiratoires (dyspnée, toux, pharyngite) peuvent survenir alors que les signes de bronchospasme sont exceptionnels.

Il ne faut jamais réintroduire ABC après son arrêt, car plusieurs décès sont survenus tous lors de la réintroduction du médicament au décours de manifestations d'hypersensibilité.

Nevirapine :

Les effets secondaires principaux sont la survenue d'un rash (environ 10-15%), habituellement modéré, limité, apparaissant au cours des deux premières semaines de traitement. En cas de rash, la posologie ne doit pas être augmentée, et le traitement doit même être arrêté s'il existe des signes de sévérité tels que fièvre élevée, atteinte muqueuse, atteinte cutanée extensive, des cas de cytolyse hépatique ont également été rapportés. Dans environ la moitié des cas, le rash peut disparaître spontanément sans qu'il soit besoin d'arrêter le traitement. Des formes graves de toxidermie, syndrome de Stevens-Johnson et syndrome de Lyell ont été observées. Des allergies croisées peuvent survenir entre EFV et NVP.

Efavirenz :

Chez 50 à 80% des patients sont observés des troubles neuropsychologiques ou de troubles du sommeil (rêves actifs, cauchemars, hypersomnie ou troubles de l'endormissement, vertiges, sensation d'ébriété, troubles de la concentration). Ces troubles durent en moyenne 1 à 2 semaines et régressent spontanément. Leur persistance, la survenue ou l'accentuation d'un tableau dépressif peuvent cependant conduire à l'arrêt du traitement.

Des rashes cutanés sont observés dans 20 à 30% des cas dans les 10 à 15 jours suivant l'initiation du traitement. Les patients présentant une éruption modérée peuvent conserver l'EFV ; mais il faut l'interrompre en cas d'éruption sévère (3 à 5% des cas) avec atteinte muqueuse, ulcération, ou en cas de persistance de l'éruption après plusieurs jours.

Nelfinavir :

Les principaux effets secondaires sont centrés sur la sphère digestive :

- diarrhée (16 à 20% des cas)
- vomissements, nausées,
- rash cutané,
- asthénie,
- élévation des CPK,
- intolérance au glucose, hyperinsulinisme.

Ritonavir :

Les effets secondaires surviennent principalement à pleine dose, qui n'est plus utilisée actuellement :

- troubles gastro-intestinaux,
- neuropathie périphérique sensitive et paresthésie péri-buccale,

- vasodilatation, érythème, pharyngite,
- asthénie,
- céphalées,
- élévation des transaminases (3 à 15% des cas avec l'association ritonavir+saquinavir suivant le dosage),
- hématome et hémarthrose (chez les hémophiles),
- hypertriglycémie (2 à 8% des cas),
- intolérance au glucose,
- hypercholestérolémie (2% des cas).

Indinavir :

Les effets secondaires sont :

- lipodystrophies,
- nausées (12%), douleurs abdominales (9%), vomissements (4%), ces effets secondaires sont augmentés en cas d'associations avec la zidovudine (6% des cas),
- Lithiase rénale 9 à 12 % des cas conduit à l'arrêt du traitement dans 0,5-4% des cas. De rares cas d'insuffisance rénale, de néphrite interstitielle ont été rapportés,
- Anémie hémolytique aiguë,
- Sécheresse cutanée des muqueuses,
- Altération du goût,
- Hématomes accrus chez les hémophiles,
- Cytolyse,
- Hyperbilirubinémie,
- Hyperinsulinisme, intolérance au glucose.

Saquinavir :

Les effets secondaires sont essentiellement digestifs : diarrhée, vomissements, douleurs abdominales, dyspepsie. Les effets secondaires biologiques sont : élévation des CPK (5%) et une élévation des transaminases.

Le saquinavir est suspecté de jouer un rôle dans la survenue des lipodystrophies, de l'hyperglycémie et de l'hyperinsulinisme.

Lopinavir :

Les effets secondaires sont :

- douleurs abdominales (6 à 13% des cas),
- diarrhée (12 à 25% des cas),
- nausées, vomissements (6 à 30% des cas),
- hypercholestérolémie,
- hypertriglycémie,

Les dyslipidémies semblent plus fréquentes et plus sévères avec le lopinavir qu'avec les autres IP.

7. Accès au traitement et choix du schéma thérapeutique

7.1 Accès au traitement

L'introduction des ARV dans le traitement du VIH a fait du SIDA une maladie chronique pouvant être gérée. Elle permet une restauration de la productivité économique et du fonctionnement social (58). Mais ces effets ont été constatés uniquement dans les endroits où les ressources disponibles assuraient l'accessibilité des médicaments et où les capacités sanitaires permettaient d'optimiser leur utilisation de façon durable, efficace et dépourvue de risque (59).

Malgré les importantes réductions de prix récentes des ARV, il est nécessaire de disposer d'un équipement de haut niveau pour suivre les malades et surveiller les effets secondaires éventuels (59 ; 60). Tous ceux-ci constituent des obstacles

majeurs à la généralisation de l'accès pour l'immense majorité des personnes infectées par le VIH dans les pays en développement.

Au plan clinique, on observe une incidence réduite des infections opportunistes, une diminution des hospitalisations et la capacité de reprendre les activités quotidiennes. Au laboratoire, on constate une baisse de la charge virale et une augmentation du nombre des cellules CD4 (58 ; 59 ; 60).

Si les associations thérapeutiques permettent aux malades de mener une vie normale, elles exigent une observance rigoureuse des schémas thérapeutiques. Il y'a un risque d'interaction entre les ARV et les autres médicaments couramment utilisés dans le traitement des maladies liées au SIDA (58 ; 60).

7.2 Choix du schéma thérapeutique

L'efficacité des ARV tient davantage à l'observance par le patient du schéma thérapeutique prescrit qu'à la nature de l'association utilisée (58). Plusieurs schémas ayant une activité antivirale acceptable sont possibles ; en particulier lorsque le patient est traité pour la première fois. Ces schémas comportent trois à quatre médicaments. A la base de la plupart de ces associations se trouvent en général deux inhibiteurs nucléosidiques de la transcriptase reverse. Le choix de l'un ou l'autre inhibiteur repose sur la commodité, sur les effets secondaires et sur la préférence du malade (56 ; 57).

Les différents schémas antirétroviraux actuellement disponibles sont :

- Les schémas thérapeutiques concernant un inhibiteur de la protéase : les trithérapies utilisant une anti protéase sont le schéma de première intention pour la mise en route du traitement antirétroviral. Les schémas contenant un inhibiteur de la protéase ont une activité démontrée et sont efficaces quelle que soit l'importance de la charge virale. Ils ont cependant de lourds inconvénients qui limitent leur acceptabilité : la complexité du schéma qui rend l'observance difficile ; la résistance croisée entre les différents

inhibiteurs de la protéase qui risque de limiter le choix d'un autre traitement en cas d'échec initial (27).

- Les schémas thérapeutiques sans inhibiteurs de protéase c'est-à-dire associant des inhibiteurs nucléosidiques et des non nucléosidiques de la transcriptase reverse. Ils constituent une alternative valable aux associations contenant des anti-protéases en termes d'activité antivirale. Ils permettent une diminution du nombre de comprimés à prendre et une amélioration à l'observance grâce aux associations. Les inconvénients majeurs des inhibiteurs de la reverse transcriptase sont la facilité et la rapidité avec laquelle la résistance apparaît. Cette résistance se développe s'ils sont utilisés dans le cadre d'une association qui n'est pas suffisamment présente.

Le choix d'un schéma thérapeutique reste individualisé, et tient compte de la solidité des données existantes dont la tolérance à ce régime. Il tient également compte des éventuels effets secondaires, des interactions médicamenteuses, ainsi que de sa commodité, de la probabilité d'observance et d'autres options possibles en cas d'échec de l'association initiale.

8. Observance (objet de notre étude)

8.1 Définition opérationnelle

L'observance est la capacité d'une personne à suivre un traitement selon la prescription donnée (13 ; 17 ; 54 ; 64). L'observance représente la clé du succès thérapeutique. Il pose un problème essentiel pour le suivi médical des personnes ; étant donné que le traitement nécessite une prise régulière et prolongée à moyen et long terme des médicaments. L'observance est un phénomène dynamique. A l'observance s'ajoute :

- l'adhérence qui est le degré d'accord du patient avec traitement. C'est pourquoi la prescription d'ARV doit être une décision informée et partagée entre le patient et le prescripteur (18 ; 19).
- La compliance est le respect du rythme des prises médicamenteuses (19).

8.2 Evaluation de l'observance

Il n'existe pas de méthode de mesure universelle de l'observance, cependant certaines méthodes ont été mises en place et expérimentées. Ces méthodes sont très diverses et varient en fonction des objectifs recherchés. Pour pallier un tel manque, il est préconisé de croiser les différents types d'outils entre eux (objectifs/subjectifs), afin d'obtenir une approximation plus juste de l'observance. On distingue les méthodes suivantes (50 ; 66 ; 72) :

- l'évaluation par le prescripteur ;
- l'auto-questionnaire (questions claires, non culpabilisantes). Son avantage : il est peu coûteux et il est facile à utiliser ;
- le carnet journal : il précise le rythme des prises ;
- Le taux de renouvellement des ordonnances, la fréquence aux rendez-vous, l'implication du pharmacien ;
- la biologie : le dosage plasmatique, urinaire, salivaire les marqueurs biologiques ;
- l'observation directe qui correspond à la prise effective ;
- le dénombrement des comprimés rapportés : il est facile à utiliser et peu coûteux ;
- le pilulier électronique : c'est une boîte de médicament avec un dispositif électronique de comptage incorporé. C'est un procédé très cher avec possibilité de détournement d'un comprimé de la part du patient. Cette méthode expérimentale n'a pas été retenue en clinique.

En Côte d'Ivoire ; trois méthodes sont retenues à savoir l'entretien ; l'auto-questionnaire ; le taux de renouvellement des ordonnances (32).

8.3 Facteurs déterminants l'observance

Plusieurs facteurs influencent l'observance du traitement ; ces facteurs sont définis en fonction des déterminants (32).

Tableau III : Déterminants et facteurs de l'observance (32)

Déterminants	Facteurs
patient	Accessibilité géographique et financière ; analphabétisme ; promiscuité ; croyance religieuse ; représentation sociale et culturelle du VIH/SIDA
traitement	Complexité du traitement ; restriction alimentaire ; effets indésirables et secondaires
entourage	Confidentialité ; stigmatisation ; rejet ; discrimination ; soutien ; tradipraticien ; croyance religieuse ; représentation socioculturelle.
Professionnel de la santé	Relation soignant/patient ; niveau de connaissance de l'infection à VIH ; charge de travail ; gestion de la confidentialité

8.4 Avantages et inconvénients

8.4.1 Avantages de l'observance

L'observance est primordiale dans le cadre du traitement de l'infection à VIH car celui-ci est un virus très changeant ; qui s'adapte vite et effectue des mutations qui le rendent encore plus puissant dans l'organisme (32). En

pratiquant l'observance au traitement prescrit, on améliore l'état de santé ainsi que le prolongement de la vie, la réduction des infections opportunistes, la réduction des dépenses liées à la PEC (59).

8.4.2 Inconvénients de la non-observance

Lorsque le patient est non observant, cela signifie qu'il n'utilise pas les médicaments conformément à la prescription. Ce qui aura pour conséquences l'aggravation de la maladie ; la réapparition des infections opportunistes, les résistances aux médicaments, l'échec au traitement antirétroviral (32).

8.5 Les problèmes liés à l'observance

L'observance est la résultante de nombreux facteurs quasiment indissociables. Ces facteurs sont liés au virus, à la maladie elle-même, au patient, à l'équipe soignante dans sa globalité (médecins, infirmiers, pharmacien, psychologue, membres associatifs,...), aux médicaments avec ses effets « positifs » et ses effets secondaires, à la famille et à la communauté. Les causes liées à ces difficultés d'observance sont entre autres (32) :

- les ruptures d'approvisionnement en médicaments ;
- les problèmes d'accessibilité géographique et/ou économique ;
- la complexité du régime thérapeutique : la prise des médicaments aux heures de repas peut poser des problèmes au patient (troubles digestifs à titre de vomissements, liés à la prise des médicaments) ;
- les formes galéniques peu adaptées en raison du goût ou de la présentation ; les ARV ne sont pas toujours disponibles sous des formes faciles ou agréables à prendre par les patients ;
- la non-information de l'entourage a pour conséquence la difficulté de l'administration des médicaments devant une tierce personne ; ou la non-administration en cas d'indisponibilité de la personne en charge du patient ;

-la lassitude de la prise des médicaments chez des patients qui se portent beaucoup mieux.



METHODOLOGIE

METHODOLOGIE

A-Cadre général de l'étude

Notre étude a été réalisée à l'Hôpital Général d'Abobo (HGA) qui se trouve dans la ville d'Abidjan, capitale économique de la Côte d'Ivoire.

1-Généralités sur la Côte d'Ivoire (69)

1.1. Situation démographique et socioéconomique

La République de Côte d'Ivoire (RCI) est un état de l'Afrique de l'Ouest, situé dans l'hémisphère Nord entre le Tropique du Cancer et l'Equateur. Il couvre une superficie de 322.462 km² et est limité au Nord par le Mali et le Burkina Faso, au Sud par l'Océan Atlantique, à l'Ouest par le Libéria et la Guinée, à l'Est par le Ghana. Cette position géographique explique d'une part les variations climatiques et les deux principales zones de végétation (la forêt au Sud et la savane au Nord). Et d'autre part, la présence de divers maladies dont certaines endémiques et particulières à ces zones (la méningite au Nord et le pian au Sud) (11 ; 69)

Sur le plan administratif, la Côte d'Ivoire se subdivise en 19 régions, 56 départements, 244 sous préfectures, 198 communes, plus de 12.000 villages.

Estimée à 18.373.060, la population ivoirienne présente deux caractéristiques essentielles la jeunesse de la population (près de la moitié de la population est âgée de moins de 15 ans) et une population à prédominance féminine (0,99 homme/femme). Le rythme annuel de croissance de la population est estimé à 3,3%. Le taux de natalité est de 34,26 naissances/1000 habitants et le taux de mortalité de 14,65/1000 habitants.

L'économie ivoirienne repose sur l'agriculture qui représente 34% du PIB et occupe environ 60% de la population. L'industrie représente 20% du PIB et occupe 13% de la population.



©1992 Magellan GeographixSM Santa Barbara CA (800) 929-4627

Figure 1 Carte de la Côte d'Ivoire

1.2. Système sanitaire (68)

Comme dans la plupart des pays de l'Afrique de l'Ouest, le système sanitaire de la Côte d'Ivoire est de type pyramidal. Il comporte des services administratifs et /ou de gestion et des structures de soins. Au plan organisationnel, il repose sur trois niveaux hiérarchisés, à savoir :

- Le niveau central ou stratégique : il est chargé de définir, planifier, suivre et évaluer la politique sanitaire du pays. Il est constitué essentiellement des services centraux et assimilés du Ministère de la Santé. Les structures de soins sont les Centres Hospitaliers et Universitaires (CHU), le Laboratoire National de la Santé Publique (LNSP), l'Institut National de la Santé Publique (INSP), l'Institut de cardiologie, le Service d'Aide Médicale d'Urgence (SAMU), l'Institut National d'Hygiène Publique (INHP), l'Institut Raoul Follereau. Ils sont chargés de la formation, de la recherche des soins tertiaires et quaternaires de très haute qualité.

- Le niveau intermédiaire ou niveau d'appui technique : il correspond à la région sanitaire. Les Centres Hospitaliers Régionaux (CHR) sont les structures de soins appartenant à ce niveau.

- Le niveau périphérique correspond au district sanitaire : c'est l'unité opérationnelle du système permettant la mise en œuvre des soins de santé primaires. Le district dessert une population bien définie vivant dans une zone administrative et géographique précise qu'elle soit urbaine ou rurale. Le système ivoirien de santé du district se compose des éléments suivants : les services de soins de santé comprenant les établissements sanitaires de premier contact ou centre de santé, un hôpital de référence du district et une direction départementale sanitaire avec son équipe cadre de district. A ces structures, il faut ajouter le secteur privé confessionnel ou non qui joue un grand rôle dans la

prise en charge des populations. Ce système confessionnel est surtout développé dans les grandes villes telles Abidjan et Bouaké.

2. Description du site de l'étude

2.1 Présentation d'Abidjan

Abidjan est la capitale économique de la Côte d'Ivoire. Elle est située au Sud de la Côte d'Ivoire, au bord du golfe de Guinée. La ville d'Abidjan est scindée en deux par la lagune Ebrié. Elle s'étend sur une superficie de 57.735 ha.

Administrativement, Abidjan est située dans la région des Lagunes. Elle est composée de dix communes : Abobo, Adjamé, Attécoubé, Cocody, Yopougon ; Plateau sont situés au Nord de la lagune Ebrié d'où l'appellation Abidjan Nord. Treichville, Koumassi, Marcory et Port-Bouet font partie d'Abidjan Sud.

En 2006, la ville comptait 5.068.858 habitants soit 20% de la population nationale. Le taux de croissance démographique est de 3,7% contre 3,3% national.

S'agissant du domaine de l'éducation de nombreuses écoles primaires, secondaires et supérieures facilitent la scolarisation, la formation et la recherche.

La ville dispose d'une offre de soins complète. Elle comporte plus de cinquante polycliniques et plus de soixante établissements spécialisés (vétérinaires, dermatologie, dentiste optométrie, etc.)

2.2 L'Hôpital Général d'Abobo

2.2.1 Présentation

La commune d'Abobo est limitée au nord par la commune d'Anyama, au sud par la commune d'Adjamé, à l'ouest par la forêt du Banco et à l'est par le département d'Alépé. Elle s'étend sur une superficie de 7400 hectares avec une population (environ 1076466 habitants INS RPGH 1998 actualisé 2007) qui a connu une forte augmentation eue égards aux nombreux déplacés de guerre.

Cette commune compte plusieurs centres de santé parmi lesquels l'Hôpital Général d'Abobo, situé dans le quartier Houphouët Boigny, sous quartier de l' « habitat ». Il est bâti sur une superficie de 3,2 hectares et sa voie d'accès est l'intersection face aux immeubles de la SOGEPHIA communément appelé « 4 étages ».

Hôpital de type pavillonnaire, il est issu de la transformation et de l'extension de la Formation Sanitaire Abobo Nord (FSAN). C'est un des maillons de la chaîne des dix hôpitaux généraux du Projet Santé Abidjan, dans le cadre de la Coopération Franco Ivoirienne, dont l'objectif premier est de désengorger les CHU d'Abidjan. C'est un hôpital de référence d'une capacité d'accueil de 100 lits.

L'Hôpital Général d'Abobo a une organisation conforme aux dispositions du décret n°98-379 du 30 Juin 1998 portant organisation et fonctionnement des Etablissements Sanitaires Publics et Urbains n'ayant pas le statut d'EPN.

Ses organes de gestions sont :

- le COGES
- l'équipe de direction ;
- la commission médicale consultative ;
- le comité d'hygiène ;
- le comité du médicament ;
- le conseil d'établissement.

2.2.2 Organigramme de l'HGA

Il est constitué de la manière suivante :

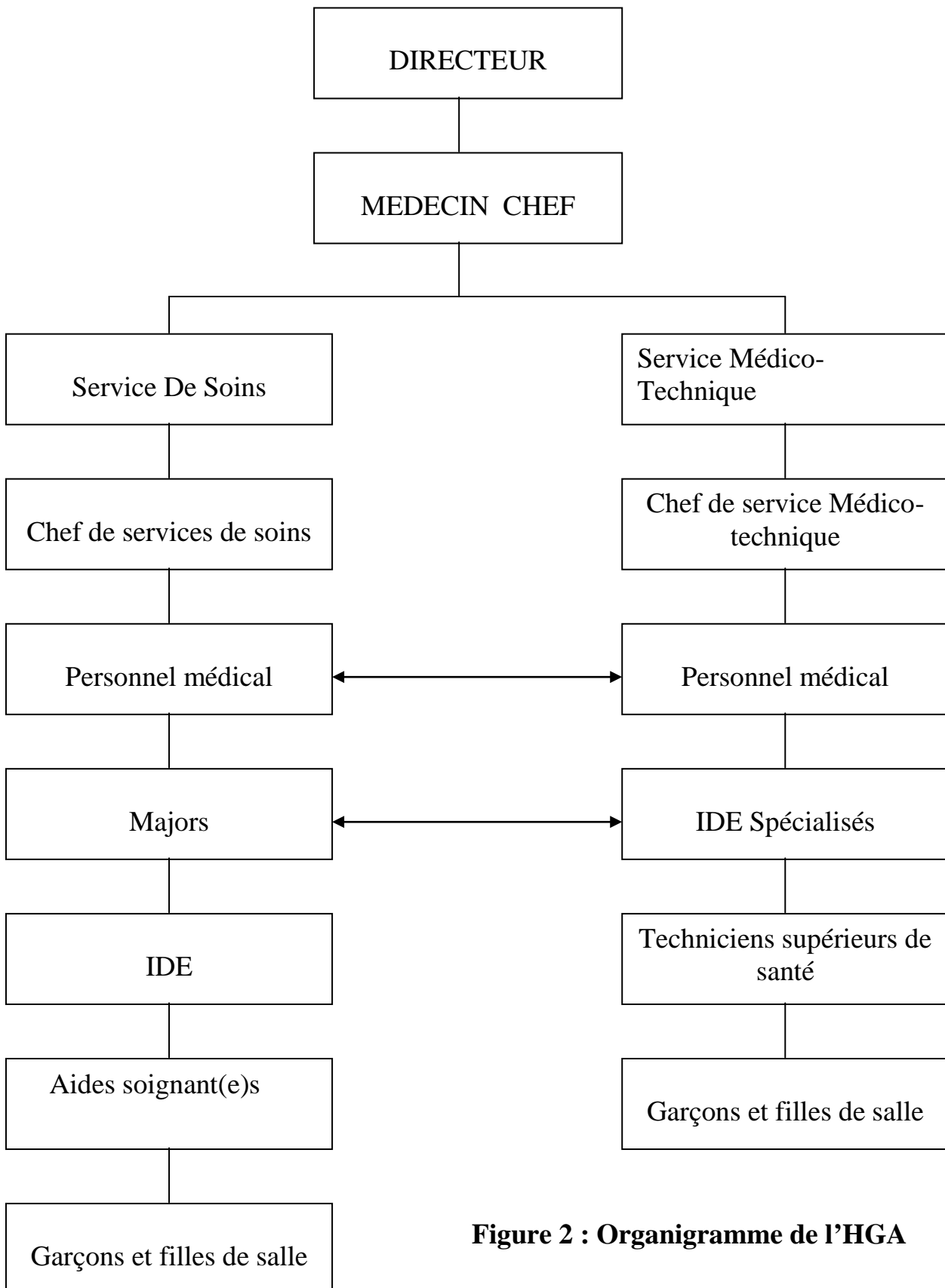


Figure 2 : Organigramme de l'HGA

2.2.3 Circuit du malade à l'HGA

Il est le suivant :

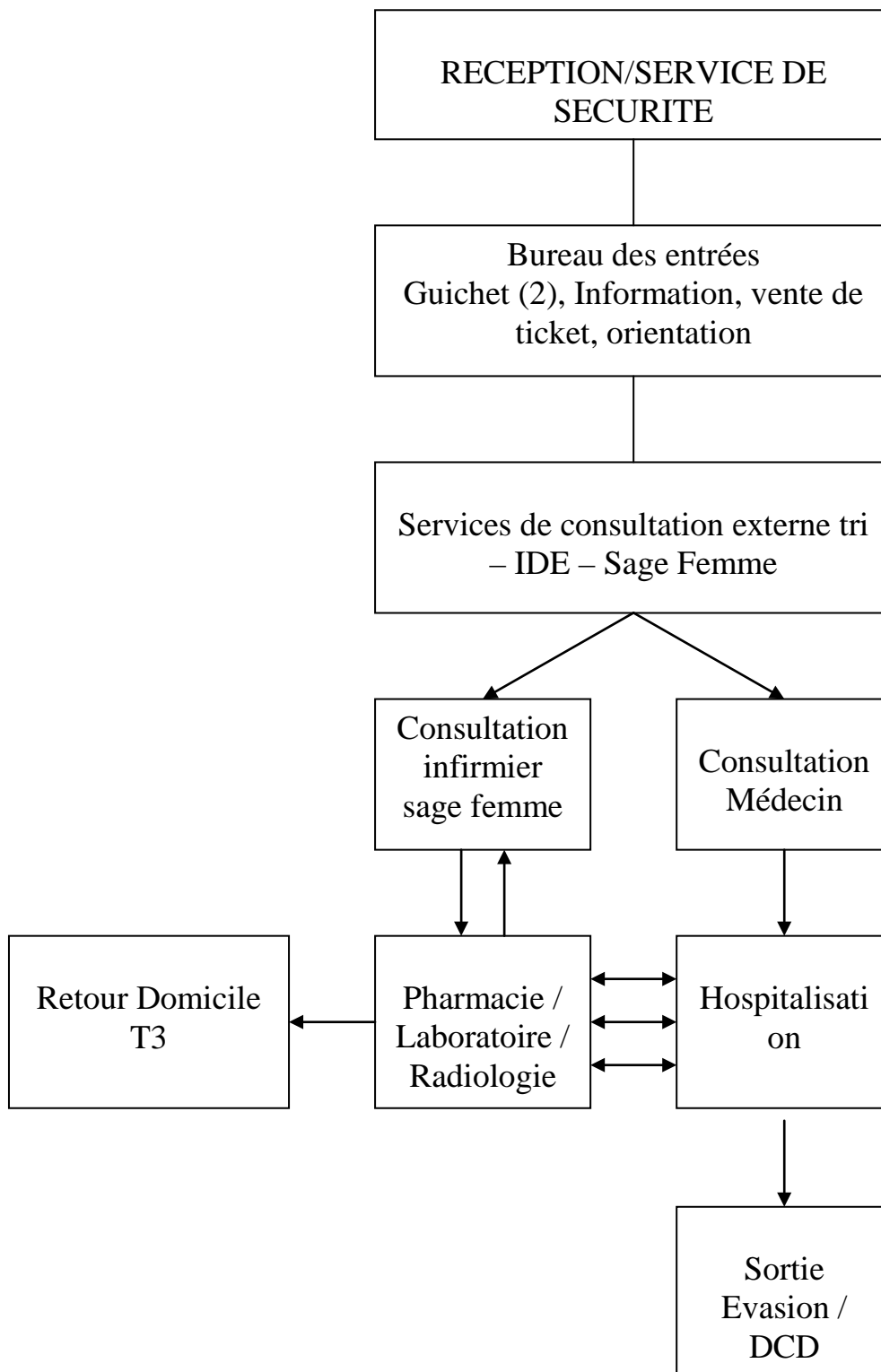


Figure 3 : Circuit du malade à l'HGA

2.2.4 Les services

- L'administration de l'hôpital : elle regroupe la direction ; la surveillance générale, la régie des recettes, le service social, le service financier.

- Les services de soins : on distingue la médecine (20 lits), la chirurgie (30 lits), la pédiatrie (20 lits), la gynécologie obstétrique (30 lits). A ces services s'ajoutent des services de soins spécialisés : l'ORL, la dermatologie, le cabinet dentaire, l'ophtalmologie, l'anesthésie-réanimation. On dénombre également des services médico-techniques et autres : l'imagerie médicale, un laboratoire d'analyses, une pharmacie, un service technique, un service d'hygiène hospitalière.

B. Etude proprement dite

1. Type et période d'étude

Il s'agit d'une étude rétrospective, transversale et descriptive menée à l'HGA du 15 juin au 21 août 2008.

2. Population d'étude

L'étude a porté sur les patients adultes sous traitement antirétroviral suivis, venus renouveler leur ordonnance à l'HGA ayant au moins deux mois de traitement.

3. Critères d'inclusion

Ont été inclus dans notre étude :

- tous les patients adultes infectés sous traitement antirétroviral, venus renouveler leur ordonnance, ayant accepté de répondre à nos questions ;
- tous les patients ayant au moins deux mois de traitement, suivis ;
- tous les patients âgés au moins de 18 ans.

4. Critères de non-inclusion

N'ont pas été inclus dans notre étude :

- les patients qui ont refusé de participer à l'étude ;
- les patients qui n'étaient pas présents au renouvellement de leur ordonnance.

5. Aspects éthiques

Un consentement volontaire et éclairé de chaque patient a été obtenu oralement. Nous avons exposé lors de ce processus le but, les avantages liés à leur participation. Un numéro a été attribué à chaque patient pendant l'enquête pour garantir la confidentialité.

6. Echantillonnage

Sur la période de notre étude, tous les malades répondant à nos critères ont été retenus.

7. Définition opérationnelle de l'observance

L'observance dans le cadre de notre étude a été décrite comme la capacité du patient à prendre au moins 95% de prises médicamenteuses, le mois précédent l'enquête. Nous avons considéré comme observants les patients ayant manqué au maximum trois fois la prise de leurs médicaments le mois précédent l'enquête.

8. Techniques et outils de collecte des données

8.1 Technique

Nos patients étaient reçus par des conseillers dans des locaux contigus à celui du médecin prescripteur. Les conseillers renouvelaient les ordonnances après avoir demandé aux malades s'ils avaient bien pris ou pas les ARV ou si ceux-ci leur convenaient. Il faut noter que les conseillers tenaient compte, en posant les questions aux patients des renseignements dont nous avons besoin dans le cadre

de notre étude. C'est après cela que nous avons recensé 206 dossiers selon nos critères d'inclusion

8.2 Outils de collecte des données

A partir des informations données par les patients sur place et des données recueillies à partir des dossiers de suivis des patients, nous avons alors élaboré des fiches d'enquêtes.

9. Les variables

Notre questionnaire comportait les variables suivantes :

- les données socio- démographiques ;
 - .le sexe
 - .l'âge
 - .la profession
 - .le statut matrimonial
 - .la résidence
 - .le niveau d'instruction
- les données immuno-virologiques ;
 - .le type de VIH
 - .le taux de CD4 au démarrage ;
- les données relatives à la mise en route du traitement ;
 - .la date de démarrage
 - .le protocole d'ARV
 - .le stade clinique selon l'OMS
 - .le stade clinique selon la classification CDC (1993)
- les facteurs liés à l'observance ;
 - .les facteurs liés au patient
 - .les facteurs liés aux médicaments

.les facteurs liés à l'environnement humain

10. Plan de traitement et analyses des données

Nos données ont été saisies sur Microsoft Word 2003, et analysées par le logiciel Epi info 2003. Les tableaux et les figures ont été traités sur Excell 2003. Les résultats obtenus ont été calculés avec un intervalle de confiance à 95%.



RESULTATS

RESULTATS

Du 15 juin au 21 août, nous avons enregistré 206 patients adultes porteurs du VIH et traités par les ARV dans le service de Médecine de l'HGA. Parmi ces 206 patients 48 étaient des hommes et 158 des femmes.

A- Caractéristiques sociodémographiques

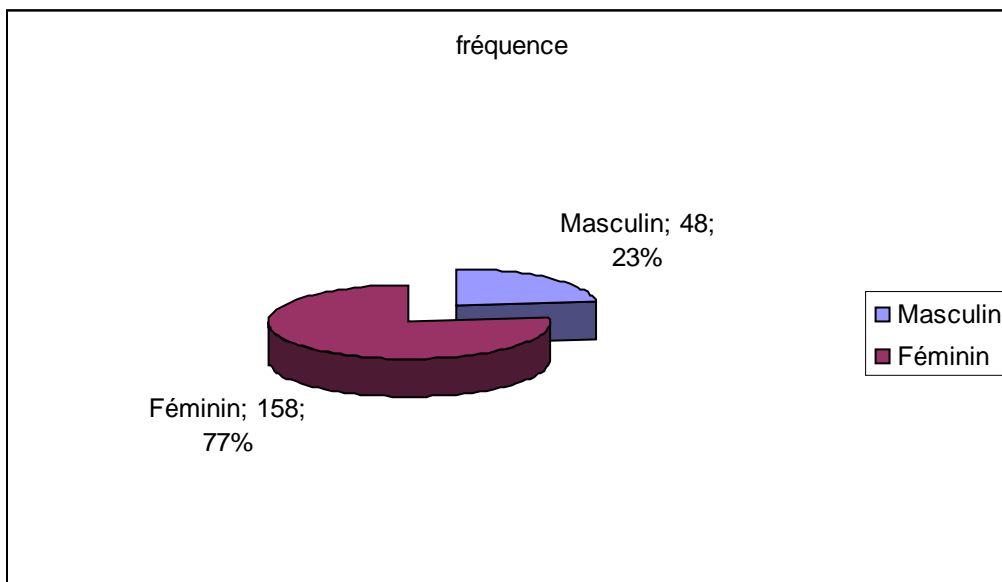


Figure 4 : Répartition selon le sexe

Le sexe féminin était le plus représenté avec 77%.

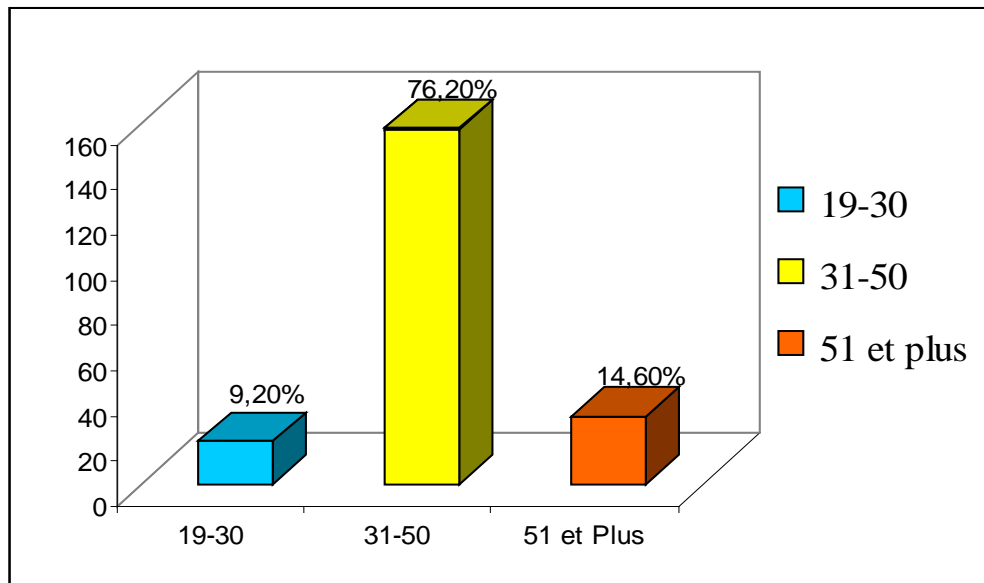


Figure 5 : Répartition des patients selon la tranche d'âge

La tranche d'âge de 31-50 était le plus représenté soit **76,2%** des cas ; avec une moyenne de 41,89 ans.

Tableau IV : Répartition des patients selon la profession

Profession	Fréquence	Pourcentage
Elève /étudiant	2	1,0%
Commerçants	66	32,0%
Fonctionnaires	16	7,8
Ouvrier /paysan	15	7,3%
Ménagères	15	7,3%
Sans emploi	59	28,6%
Autres	33	17,0%
Total	206	100%

Autres : coiffeuses ; couturières

Les commerçants et les sans emploi représentaient **60,6%** des patients.

Tableau V : Répartition des patients selon le statut matrimonial

Vit en couple	Fréquence	Pourcentage
Oui	99	48,1%
Non	107	51,9%
Total	206	100%

Plus de la moitié des patients n'avaient pas une vie de couple (**51,9%**).

Tableau VI : Répartition des patients selon la résidence

Résidence	Fréquence	Pourcentage
Abobo	151	73,3%
Yopougon	8	3,3%
Cocody	10	4,9%
Attécoubé	1	0,5%
Adjamé	11	5,3%
Treichville	1	0,5%
Hors Abidjan	24	11,7%
Total	206	100%

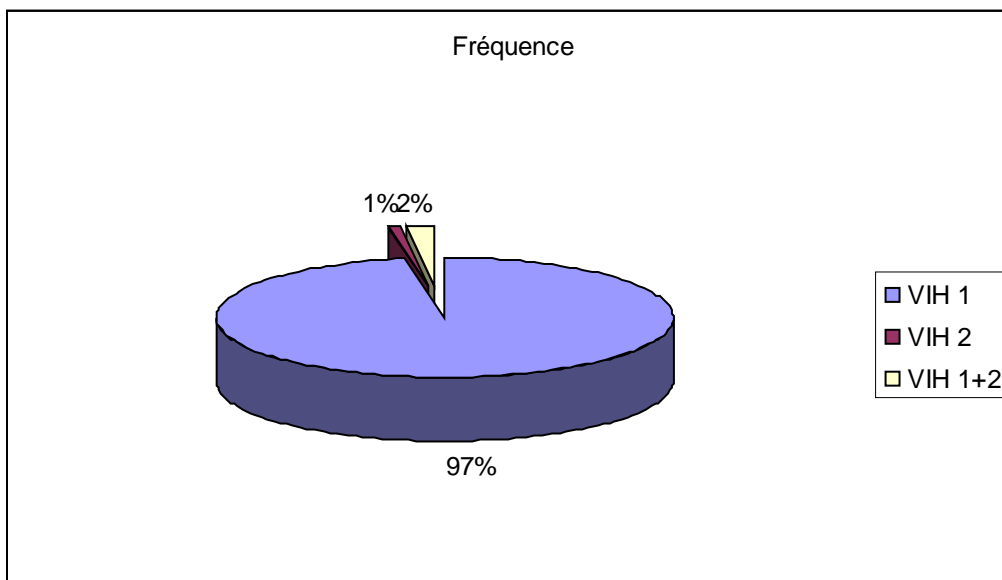
Les patients résidaient pour la plupart dans la commune d'Abobo soit **73,3%**.

Tableau VII : Répartition des patients selon le niveau d'instruction

Niveau d'instruction	Fréquence	Pourcentage
Non scolarisé	62	30,1%
Primaire	62	30,1%
Secondaire	73	35,4%
Supérieur	9	4,4%
Total	206	100%

Seulement **4,4%** des patients avaient un niveau supérieur.

B. Données immuno-virologiques

**Figure 6 : Répartition des patients selon le type de VIH**

La majorité des patients avaient le VIH 1 soit **97%**.

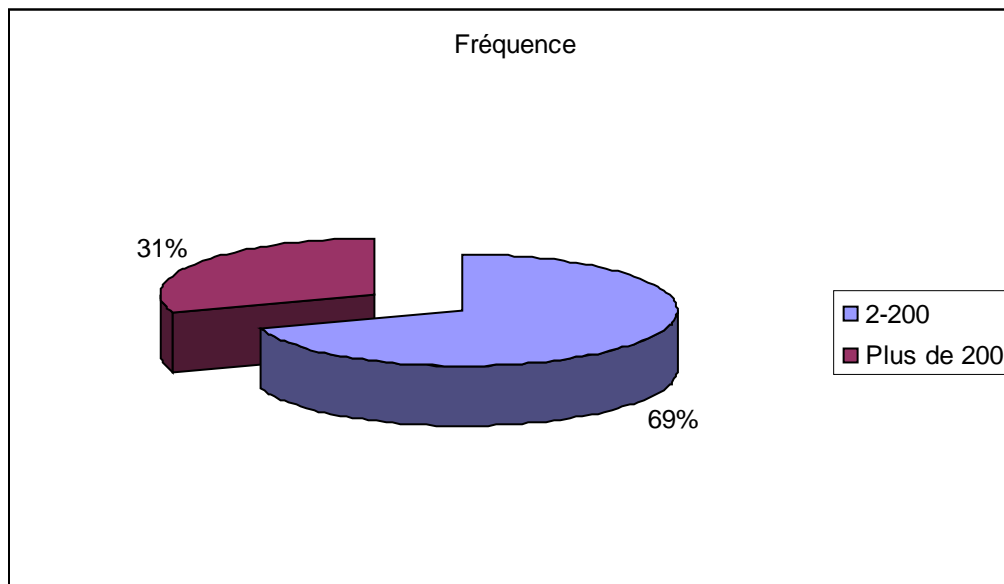


Figure 7 : Répartition des patients selon le taux de lymphocytes T CD4 à l'inclusion

La plupart des patients avait un taux de CD4 inférieur ou égal à 200 (**69 %**).

C. Données sur la mise en route du traitement

Tableau VIII : Répartition des patients selon la durée du traitement

Durée du traitement	Fréquence	Pourcentage
3-12 mois	8	3,9%
13-24 mois	46	22,3%
25 mois et plus	152	73,8%
Total	206	100%

La majorité des patients était à 25 mois et plus de traitement ; soit **73,8%**.

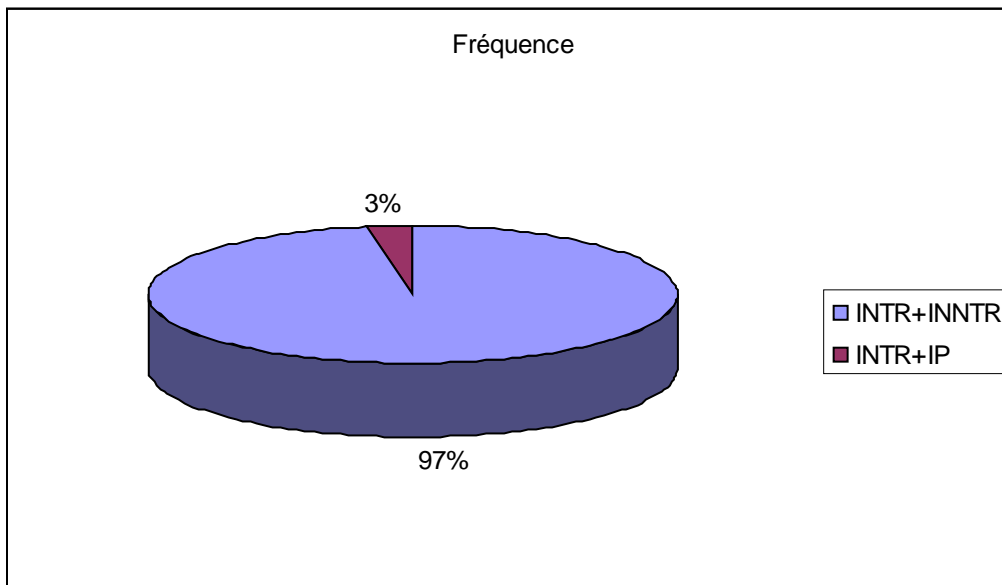


Figure 8 : Répartition des patients selon le protocole d'ARV

Le schéma thérapeutique le plus prescrit était l'association de deux inhibiteurs nucléotidiques de la reverse transcriptase avec un inhibiteur non nucléotidique de la transcriptase reverse retrouvé dans **97 %** des cas.

Tableau IX : Répartition des patients selon le stade clinique de l'OMS

Stade clinique selon l'OMS	Fréquence	Pourcentage
1	7	3,4%
2	29	14,1%
3	159	77,2%
4	11	5,3%
Total	206	100%

La majorité des patients était au stade clinique 3 selon l'OMS, soit **77,2%**.

Tableau X : Répartition des patients selon la classification CDC (1993)

Classification selon les CDC (1993)	Fréquence	Pourcentage
A	30	14,6%
B	162	78,6%
C	14	6,8%
Total	206	100%

La majorité des patients étaient au stade clinique B selon la classification des CDC de 1993 soit **78,6%** des cas.

D. Facteurs liés à l'observance

Tableau XI : Répartition des patients selon le manque de prises médicamenteuses

Manque de prises médicamenteuses	Fréquence	Pourcentage
1 fois	37	18%
2 fois	60	29,1%
3 fois	12	5,8%
Plusieurs fois	97	47,1%
Total	206	100%

Moins de la majorité, soit **47,1%** de nos patients avaient plusieurs fois manqué la prise de leurs médicaments.

1. Les facteurs liés au patient

Tableau XII : Répartition des patients selon l'activité rémunératrice

Activité rémunératrice	Fréquence	Pourcentage
OUI	121	58,7%
NON	85	41,3%
Total	206	100%

La majorité des patients exerçaient une activité rémunératrice, soit **58,7%**. Parmi ceux qui exerçaient une activité rémunératrice : 95 étaient dans le secteur informel ; 17 dans le secteur public et 9 dans la fonction publique.

Tableau XIII : Répartition des patients selon la suffisance des ressources

Ressources suffisantes	Fréquence	Pourcentage
OUI	115	55,8%
NON	91	44,2%
Total	206	100%

La majorité des patients trouvaient leurs ressources suffisantes pour suivre leur traitement soit **55,8%**. Sur les 91 patients qui avaient des ressources insuffisantes pour prendre en charge leur traitement : 98% avait le soutien financier de leur famille et 2% avait un soutien financier social (ONG ; groupe de parole ou autre).

Tableau XIV : Répartition des patients selon la suffisance des ressources pour couvrir toutes les dépenses

Ressources pour couvrir les dépenses	Fréquence	Pourcentage
Oui	178	86,4%
Non	28	13,6%
Total	206	100%

Concernant la question sur la suffisance des ressources pour couvrir toutes les dépenses, **86,4%** des patients ont répondu par l'affirmatif.

Tableau XV : Répartition des patients selon les horaires de prises médicamenteuses

Horaires de prises	Fréquence	Pourcentage
OUI	202	98,1%
NON	4	1,9%
Total	206	100%

Seulement **1,9%** des patients n'étaient pas favorables aux horaires à cause de leur travail.

Tableau XVI : Répartition des patients selon la régularité aux visites médicales

Régularité aux visites	Fréquence	Pourcentage
OUI	109	52,9%
NON	97	47,1%
Total	206	100%

Concernant la régularité aux visites médicales ; seuls les **97** patients non observants ont répondu par la négative, soit **47,1%**. Ils ont énuméré les raisons dans le tableau ci-dessous.

Tableau XVII : Répartition des patients selon les raisons d'irrégularité aux visites médicales

Irrégularités aux visites	Fréquences	Pourcentages
Oubli	15	15,5%
Voyage	2	2,1%
Manque de moyens	1	1 %
Eloignement	1	1%
Autres	1	1%
Manque de moyens +éloignement	21	21,6%
Eloignement+autres	9	9,3%
Oubli+autres	7	7,2%
Oubli+voyage+éloignement	5	5,2%
Voyage+manque de moyens	14	14,4%
Oubli+manque de moyens	2	2,1%
Oubli+voyage	18	18,6%
Manque de moyens+autres	1	1%
Total	97	100%

Autres : lassitude ; malade

Sur les 97 patients non-observants, **21,6%** des patients étaient irréguliers aux visites à cause du manque de moyens financiers et de l'éloignement.

Tous les patients prenaient trois repas par jour

2. Facteurs liés aux médicaments

Tableau XVIII : Répartition des patients selon les difficultés liées aux médicaments

Difficultés liées aux médicaments	Fréquence	Pourcentage
OUI	6	2,9%
NON	200	97,1%
Total	206	100%

Seulement **2,9%** patients avaient des difficultés pour prendre leurs médicaments ; leurs difficultés étaient les suivantes :

Tableau XIX : Difficultés liées aux médicaments

Paramètres	Fréquence	Pourcentage
Effets secondaires	4	66,7%
Formes galéniques	2	33,3%
Total	6	100%

La plupart des difficultés étaient liées aux effets secondaires, soit **66,7%**.

Tableau XX : Répartition des patients selon les modalités d'accès aux ARV

Modalités d'accès	Fréquence	Pourcentage
OUI	8	3,9%
NON	198	96,1%
Total	206	100%

Seulement **3,9%** avaient des difficultés pour accéder aux traitements. Ils ont énoncé les difficultés dans le tableau ci-dessous :

Tableau XXI : Difficultés liées aux modalités d'accès aux ARV

Paramètres	Fréquence	Pourcentage
Coût	2	25%
Rupture de stock	2	25%
Eloignement	4	50%
Total	8	100%

Concernant la modalité d'accès l'éloignement était le plus cité soit **50%**, comme difficulté.

3. Facteurs liés à l'environnement humain

Tous les patients inclus dans notre étude ne vivaient pas seul.

Tableau XXII : Répartition des patients selon que la non-observance soit liée à l'entourage

Non observance	Fréquence	Pourcentage
Oui	15	15,5%
Non	82	84,5%
Total	97	100%

Sur les patients non-observants, seulement **15,5%** ont trouvé que leur mauvaise observance était due à leur entourage pour raison de stigmatisation.

Tableau XXIII : Répartition des patients selon le soutien reçu des membres de l'entourage

Soutien de l'entourage	Fréquence	Pourcentage
Oui	77	37,4%
Non	129	62,6%
Total	206	100%

La plupart des patients n'avaient pas reçu le soutien des membres de leur entourage, soit **62,6%**.

4. Observance selon les caractéristiques sociodémographiques

Tableau XXIV : Observance au traitement en fonction du sexe

Sexe	Observant		Non-Observant		Total	
	N	%	N	%	N	%
Masculin	21	10,2%	27	13,1%	48	23,3%
Féminin	88	42,7%	70	34 %	158	76,7%
Total	109	52,9%	97	47,1%	206	100%

Khi2=2,29 P=0,5219

Il n'y a pas de relation entre le sexe et l'observance au traitement.

Tableau XXV : Observance au traitement selon la tranche d'âge

Tranche d'âge	Observant		Non-Observant		Total	
	N	P	N	P	N	P
19-30	12	5,8%	7	3,4%	19	9,2%
31-50	85	41,3%	72	34,9%	157	76,2%
51 et plus	12	5,8%	18	8,8%	30	14,6%
Total	109	52,9%	97	47,1%	206	100%

Khi2=3,82 P=0,7003

Il n'y a pas de relation entre l'observance au traitement et l'âge.

Tableau XXVI : Observance au traitement selon le niveau d'instruction

Niveau d'instruction	Observant		Non-Observant		Total	
	N	P	N	P	N	P
Non scolarisé et primaire	59	28,6%	65	31,5%	124	60,1%
Secondaire et supérieur	50	24,3%	32	15,6%	82	39,9%
Total	109	52,9	97	47,1%	206	100%

Khi²=15,78 **P=0,07**

Il n'y a pas de relation entre le niveau d'instruction et l'observance au traitement des patients.

5. Observance selon les données cliniques

Tableau XXVII : Observance au traitement selon le type de VIH

Type de VIH	Observant		Non-Observant		Total	
	N	P	N	P	N	P
VIH 1	106	51,5%	94	45,6%	200	97,1%
VIH 2	2	1%	0	0%	2	1%
VIH 1+2	1	0,4%	3	1,5 %	4	1,9%
Total	109	52,9%	97	47,1%	206	100%

Khi²=4,1492 **P=0,6565**

Il n'y a pas relation entre le type de VIH et l'observance au traitement.

Tableau XXVIII : Observance au traitement selon la classification CDC

Classification	Observant		Non-Observant		Total	
	N	P	N	P	N	P
A	11	5,3%	19	9,2%	30	14,5%
B	90	43,7%	72	34,9%	162	78,6%
C	8	3,9%	6	3%	14	6,9%
Total	109	52,9%	97	47,1%	206	100%

Khi²=7,86 P=0,5479

Il n'y a pas de relation entre le stade clinique et l'observance au traitement.

Tableau XXIX : Observance au traitement selon le taux de lymphocytes T CD4

Taux des CD4	Observant		Non-Observant		Total	
	N	P	N	P	N	P
2-200	76	36,9%	67	32,5 %	143	69,4%
Plus de 200	33	16%	30	14,6 %	63	30,6%
Total	109	52,9%	97	47,1 %	206	100 %

Khi²=3,57 P=0,3119

Il n'y a pas de relation entre l'observance et le taux de CD4.

6. Observance selon l'environnement humain

Tableau XXX : Observance au traitement selon le suivi des parents

Parents suivis	Observant		Non-Observant		Total	
	N	P	N	P	N	P
Oui	16	7,8%	14	6,8%	30	14,6%
Non	93	45,1%	83	40,3%	176	85,4%
Total	109	52,9%	97	47,1%	206	100%

Khi2=6,75 P=0,3437

Il n'y a pas de relation entre le suivi des parents et l'observance au traitement.

Tableau XXXI : Observance au traitement des patients selon que l'entourage soit au courant de leur statut sérologique

Entourage	Observant		Non-Observant		Total	
	N	P	N	P	N	P
Oui	92	44,7%	86	41,7%	178	86,4%
Non	17	8,2%	11	5,4%	28	13,6%
Total	109	52,9%	97	47,1%	206	100%

Khi2=7,80 P=0,2532

Il n'y a pas de relation entre l'observance au traitement et le fait que l'entourage soit informé

Tableau XXXII : Répartition des patients ayant informé leur entourage en fonction de la personne informée

Paramètres	Fréquence	Pourcentage
Partenaire (1)	32	18%
Personne sous le même toit (2)	32	18%
Personne pas sous le même toit (3)	45	25,3%
1+2+3	4	2,2%
1+2	11	6,2%
1+3	27	15,2%
2+3	27	15,2%
Total	178	100%

Les patients ont plus informé d'autres personnes ne vivant pas sous le même toit ; soit **25,3%**.

Tableau XXXIII : Observance au traitement des patients en fonction du soutien reçu de la part de la personne informée

Soutien	Observant		Non- Observant		Total	
	N	P	N	P	N	P
Oui	86	48,3%	51	29,7%	137	78%
Non	6	3,4%	35	18,6%	41	22%
Total	92	51,7%	86	48,3%	178	100%

Khi²=37,03 **P=0,0001**

Il y'a une relation statistiquement significative entre l'observance au traitement et le soutien reçu de la part de la personne informée.

Tableau XXXIV : Observance au traitement des patients selon qu'ils aient été stigmatisé

Stigmatisation	Observant		Non-Observant		Total	
	N	P	N	P	N	P
Oui	0	0%	3	1,5%	3	1,5%
Non	109	52,9%	94	45,6%	203	98,5%
Total	109	52,9%	97	47,1%	206	100%

Khi²=7,0559 **P=0,3157**

Il n'y a pas de relation entre l'observance au traitement et la stigmatisation des patients.



COMMENTAIRES ET DISCUSSIONS

COMMENTAIRES ET DISCUSSION

Au terme de notre étude, nous voudrions relever d'emblée les difficultés que nous avons rencontrées lors de la réalisation de l'enquête sur le terrain. Ce fut notre crainte d'être refoulé par les patients enquêtés que nous rencontrions pour la première fois au début de leur consultation. Nous n'avons pas constaté de refus réel. La présente étude est la première à l'HGA à évaluer l'observance des patients vis-à-vis des ARV en situation de vie réelle, hors des essais thérapeutiques.

1- Les limites de notre étude

Il n'existe pas de méthode de référence en matière d'observance. Cependant, certaines méthodes sont plus fiables que d'autres. Comme aucune méthode n'a toutes les propriétés idéales, il est recommandé de recourir à au moins deux méthodes, dont l'une doit reposer sur la déclaration du patient (15 ; 67). Dans cette étude, la récolte des données a utilisé les dossiers de suivi du patient et le récit du malade sur sa prise des médicaments. La question se pose sur la fiabilité des réponses du malade, car souvent il a tendance à surestimer son observance dans ses dires.

Une autre limite est celle de la méthode transversale ne permettant pas d'avoir un suivi longitudinal des patients et d'évaluation de l'observance basée chez nous sur l'auto-questionnaire ; tandis que dans les pays industrialisés les paramètres biologiques en particulier la charge virale sont pris en compte (18). Toutefois, la pertinence du sujet indique que l'observance est un problème crucial dans le contexte africain notamment en Côte d'Ivoire.

2-Mesure de l'observance de notre étude

Nous avons pu interroger 206 patients suivis et traités. Le résultat principal de cette étude a été de constater que 52,9% de nos patients étaient observants. Parmi ces patients 18% avaient une bonne observance, 34,9% avaient une observance moyenne. Ce résultat est très proche des études faites en Occident où la corrélation entre le niveau d'observance et l'efficacité du traitement a été déjà montrés (12 ; 13). Selon les données de la littérature, une bonne observance au traitement antirétroviral avec un niveau de consommation de plus de 90% des prises médicamenteuses est associée à une bonne réponse thérapeutique (31 ; 59 ; 77).

La méthode de mesure de l'observance par l'auto-questionnaire associé à l'entretien a déjà été prouvée dans d'autres études ; LANIECE et coll. ont montré que les déclarations des patients pour l'évaluation de l'observance sont parfaitement adaptables au contexte africain (42 ; 43). En effet, il s'agit d'une méthode d'évaluation simple, peu coûteuse et accessible. Il faut signaler que pour notre étude nous avons utilisé des critères différents de ceux utilisés dans les pays du Nord pour construire un score d'observance et rechercher les facteurs de non-observance (18 ; 19). Dans notre étude, ont été considérés comme observants tous patients ayant manqué une, deux ou trois fois la prise d'un médicament. Et comme non-observant, tous patients ayant manqué plus de trois fois ses prises médicamenteuses (18 ; 19). DESCLAUX trouve que les modèles théoriques élaborés dans les pays du Nord présentent quelques insuffisances lorsqu'ils sont appliqués en Afrique, bien que l'auteur reconnaisse qu'il n'existe pas d'outil de référence (42 ; 43). Cependant, certains auteurs ont suggéré que la mesure de l'observance par auto-déclaration des patients est une mesure exacte de l'observance (7 ; 10 ; 31 ; 40).

Une fois, le niveau d'observance déterminée l'autre volet de notre étude était de décrire le profil des patients :

3- Profil des patients

3.1 Caractéristiques socio-démographiques

Sur les 206 patients interrogés, 23,3% était des hommes pour 76,7% de femmes, soit un sex ratio de 3,35 en faveur de la femme. Ce sex ratio est nettement supérieur à celui de l'étude faite au Mali en 2006, où il était de 1,7 F/H. Ce résultat confirme la féminisation du VIH/SIDA et la vulnérabilité de la femme face au VIH (2). Cette prédominance féminine pourrait s'expliquer par les prédispositions anatomiques naturelles de la femme à contracter la maladie (34). Concernant l'âge, la moyenne était de 42 ans ; la tranche d'âge la plus touchée était celle allant de 31-50 ans avec 76%. Ce qui confirme que le SIDA touche la population la plus active (49). Ce résultat est aussi conforme aux données de l'ONU-SIDA, créant ainsi un préjudice considérable pour les pays en développement qui sont les plus touchés. La majorité des patients exerçaient une profession libérale. La plupart des patients étaient célibataires, soit 51,9% ; ce même résultat a été trouvé par Neper (55). La majorité des patients soit 73,3% vivaient à proximité de l'hôpital. Seulement 4,4% des patients avaient un niveau d'instruction élevé, contrairement à l'étude menée à Abidjan en septembre 2002 où 91,5% des patients avait un niveau d'instruction plus élevé (76).

3.2 Données cliniques

Sur les 206 patients, 200 étaient atteints du VIH-1 ; 4 patients du VIH-1+2 ; 2 patients du VIH-2. 69,4% des patients avaient un taux de CD4 inférieur à 200 ; la moyenne des CD4 était 141,70. Ces résultats corroborent avec ceux trouvés par Neper et Bonouman (11 ; 55). Dans notre étude, 77% des patients étaient au stade 3 selon l'OMS et au stade B selon la classification des CDC de 1993. La durée moyenne de suivi des patients était de 30 mois.

4- Facteurs liés à l'observance

4.1 Données socio-démographiques

Au terme de notre étude, il est apparu que 52,9% des patients étaient observants dont 18% de bonne observance et 34,9% d'observance moyenne. 41,3% des patients se situaient dans la tranche d'âge de 31-50 ans. 60,1% des patients avaient un niveau d'instruction bas et 42,7% étaient des femmes.

Nos résultats ont montré que les variables socio-démographiques n'avaient pas d'influence significative sur l'observance ($P=0,43$). En d'autres termes, l'âge et le sexe ne sont pas prédictifs d'une mauvaise observance des patients. Sous un autre angle, GORDILLO et coll. ont pu constater que les facteurs socio-démographiques et psychologiques influencent le degré de l'observance des traitements ARV (36).

4.2 Données cliniques

Sur les 109 patients observants, 106 patients étaient atteints du VIH-1. Sur les 52,9% des patients observants ; 48,5% étaient au stade clinique B de la classification CDC.

Parmi les autres facteurs pouvant influencer l'observance, nous n'avons pas pu établir un lien significatif entre le stade clinique CDC et l'observance. Dans certains travaux, la corrélation trouvée entre le taux initial de lymphocytes de CD4 et l'observance laissent penser que les individus ayant un taux de CD4 élevé, tendent à avoir une bonne observance. Tandis que ceux qui ont un taux bas sont moins bien observants, comme l'atteste les travaux d'ABELLAN et coll. : $p = 0,02$ (1). Mais cela ne semble pas se confirmer dans la présente étude où nous avons noté que certains patients inobservants avaient un taux initial de lymphocytes T CD4 élevé à l'initiation du traitement.

4.3 Facteurs liés au patient

La majorité des patients soit 58,7% avaient une activité rémunératrice pour la plupart dans le secteur informel. Dans notre étude, 115 patients, soit 55,8% jugeaient leurs ressources suffisantes pour prendre en charge leur traitement. Pour arriver à suivre leur traitement 98% de ces patients avaient recours à leur famille pour un soutien financier ; seulement 2% recevaient un soutien financier social soit de la part d'une ONG ou une tierce personne (groupe de parole ou autre). La plupart, soit 86% des patients trouvaient le soutien financier reçu suffisant pour couvrir toutes les dépenses à savoir le transport pour se rendre à l'hôpital et les frais de consultation. Ceux qui le trouvaient insuffisant le mentionnaient comme une raison pour leur mauvaise observance. Concernant les horaires de prises médicamenteuses, 202 patients y étaient favorables, seulement 1,9% des patients n'y adhéraient pas à cause de leur travail. Ce résultat est similaire à celui de Tanon S (76).

Tous les patients observants étaient réguliers aux visites médicales, seuls les patients non-observants n'étaient pas réguliers. Ils ont énoncé plusieurs raisons :

- 21,6% manque de moyens financiers+éloignement
- 18,6% oubli+voyage
- 15,5% oubli
- 14,4% voyage+manque de moyens financiers

Toutes ces raisons étaient des facteurs de mauvaise observance liée au patient. D'autres études similaires ont énoncé les mêmes facteurs comme sources de mauvaise observance à savoir celles faites respectivement à Cotonou ; à Bamako ; à Dakar (70 ; 65 et 66 ; 43).

4.4 Facteurs liés aux médicaments

Seulement 2,9% des patients sur les 206 ont eu des difficultés liées aux ARV pour suivre leur traitement. Ces difficultés étaient pour 67% dues aux effets secondaires des ARV et pour 33% dues à la forme galénique soit le goût ou la couleur. Ces difficultés étaient parfois des causes de mauvaise observance.

Seuls 3,9% des patients sur les 206 ont eu des difficultés quant à la modalité d'accès aux ARV. Comme difficultés liées aux modalités d'accès aux ARV, l'éloignement représentait la première difficulté avec 50% des cas, suivi respectivement de la rupture de stock et le coût des ARV. Ce résultat est similaire à celle faite au Mali en 2003 (65 ; 75).

4.5 Facteurs liés à l'environnement humain

Il faut noter que tous les patients interrogés ne vivaient pas seul. Seulement 14,6% des patients sur les 206 avaient des parents suivis et 86,4% avaient au moins informé un membre de leur entourage sur leur statut sérologique. La plupart des patients soit 25,3% avaient informé une personne ne vivant pas sous le même toit ; 18% leur partenaire ; 18% une personne vivant sous le même toit.

Seul 22% des patients n'avaient pas le soutien de la personne informée. Sur les autres patients ayant reçu un soutien 48,3% sont observants. Le soutien de la personne informée serait une source de bonne observance $p=0,0001$.

Seulement 1,5% des patients ont été stigmatisés par leur entourage et ces patients étaient tous non-observants. Ils émettaient cela comme facteur de non-observance. Ce résultat est similaire à celui de Neper (55). Sur les patients non-observants, 15,5% trouvaient que leur mauvaise observance était liée à leur environnement.

Les facteurs associés de non-observance dans notre étude, tiennent aux patients eux-mêmes dans 68% des cas ; aux médicaments dans 16% des cas et à

l'environnement dans 12% des cas. Ces facteurs étaient dus aux manques de moyens financiers, à l'oubli, à l'éloignement, au voyage, aux effets indésirables. De tels résultats présentent une différence avec ceux observés dans les pays du Nord. Dans ces pays les motifs liés aux médicaments, notamment les effets secondaires, ont été décrits comme la première cause de non-observance (4 ; 15). Les principaux déterminants de l'observance en Afrique semblent être l'adhésion au traitement. Ce qui implique l'engagement du patient lui-même à suivre son traitement ; aux modalités d'accès aux ARV ; à la durée du traitement. Cependant, il reste évident que si ces éléments sont réunis l'observance s'épuise au fil du temps, constat corroboré par les études européennes et sénégalaises (43 ; 44 ; 45). Ces éléments sont liés à la lassitude comme dans tout autre maladies chroniques (42 ; 44 ; 54 ; 64). Cela fait ressortir l'importance d'un counseling continu et des dispositifs d'appui à l'observance (46 ; 56 ; 72). Ces dispositifs reposent sur l'implication des décideurs pour subventionner les traitements et assurer la participation de tous les acteurs de soin pour l'accompagnement psychosocial (26 ; 45 ; 46 ; 52).



CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

CONCLUSION

Dans le domaine de la thérapeutique anti-infectieuse, les traitements antirétroviraux ont permis l'une des plus grandes avancées en matière de lutte contre le VIH/SIDA. En attendant l'avènement d'un éventuel vaccin, ils nous sont indispensables, sachons alors les préserver. L'introduction des ARV en CI a suscité un engouement important auprès des praticiens et de personnes infectées par le VIH. Le but de notre étude était d'étudier l'observance au traitement antirétroviral chez les patients adultes VIH positifs suivis à l'Hôpital Général d'Abobo. Nous pouvons conclure que l'observance au traitement antirétroviral est primordiale pour arrêter la progression de la maladie et éviter l'apparition de résistances aux ARV.

Dans notre étude, la population était majoritairement féminine. La tranche d'âge de 31-50 ans était le plus représenté ; le VIH-1 était le type le plus prédominant. La population en moyenne était à 30 mois de traitement, pour la plupart sous INRT et INNRT. Le taux global d'observance était de 52,9%. Les facteurs associés à la non-observance tenaient au patient lui-même dans 68% des cas. Cela suppose un engagement fort de la part du patient pour le partage de l'information. Ce qui permettrait aux accompagnateurs en dehors des circuits hospitaliers, d'optimiser l'observance dans la communauté et prévenir le risque de stigmatisation. A notre avis, cette méthode serait meilleure si elle reposait sur la famille.

Cette étude bien qu'ayant montré les insuffisances dans l'observance du traitement ARV, nous interpelle sur les solutions à apporter pour améliorer le niveau d'observance et l'adhésion des patients au traitement. Pour cela nous recommandons :

RECOMMANDATIONS

Aux Autorités sanitaires

- Optimiser l'accès aux ARV dans les pays à ressources limitées par des programmes de décentralisation des sites de prise en charge et l'adoption de schémas thérapeutiques simplifiés ; cela est maintenant en voie de réalisation grâce à l'appui du fonds mondial.
- Assurer la formation de médecins, de pharmaciens et de conseillers pour la prise en charge des patients sous ARV, ainsi que l'approvisionnement en médicaments pour la régularité de la dispensation.
- Sensibiliser et éduquer la communauté sur les pratiques néfastes du lévirat et du sororat
- Assurer la gratuité des ARV.

Aux équipes médicales

- Mettre en place des dispositifs permettant d'évaluer l'impact de l'observance sur la charge virale et la qualité de vie des patients.
- Le médecin prescripteur devra être particulièrement attentif aux symptômes rapportés par les patients au cours du traitement, qu'ils soient dus ou non à une réelle toxicité objective des molécules prises.
- La relation de confiance entre le médecin et son patient doit permettre à celui-ci d'aborder sans tabous les éventuelles difficultés liées à la prise du traitement.

- Les situations où le patient a tendance à oublier son traitement doivent être discutées, de façon à faire prendre conscience au patient des circonstances où sa vigilance est la plus nécessaire.
- Réévaluer l'information déjà donnée et sa compréhension sur la maladie et les traitements, ainsi que la perception des enjeux du traitement.
- Poursuivre et de favoriser le développement du soutien par les pairs, de lieux de parole, de formation ou de ressourcement pour favoriser le désir de se soigner.
- Mettre en place au sein du service hospitalier des programmes spécifiques d'écoute et d'aide aux patients par du personnel spécialement formé à cet effet.
- Une interaction régulière de la consultation d'observance avec la consultation médicale est vivement souhaitable.
- L'analyse des relations avec la famille ou les proches, dans le respect de la volonté de la personne, est importante pour comprendre les enjeux du traitement pour le patient et l'aide que ceux-ci peuvent ou non lui apporter.
- le temps de parole du patient ne doit pas lui être compté.

Aux patients

- Accepter son statut, vivre positivement, ne pas tenir compte de ce que les autres penseront.

- Se confier à quelqu'un (son conjoint, ou un membre de la famille en qui on a confiance).

- Etre convaincu de l'efficacité des médicaments.

- Se soumettre aux exigences du traitement (respect des horaires, nombre de médicaments à prendre, etc.).

- Pallier les oublis en utilisant un réveil.

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

- Informé au moins un membre de sa famille proche par rapport à son statut.

A l'entourage des PVVIH

- Favoriser le soutien communautaire.

- Sensibiliser la communauté et la mobiliser pour les soins à apporter aux PVVIH qui sont sous traitement.

- Lutter contre la stigmatisation et la discrimination à l'égard des PVVIH.

C'est en conjuguant ainsi nos efforts que nous arriverons à maîtriser la pandémie du VIH/SIDA.



BIBLIOGRAPHIE

REFERENCES

1- **ABELLAN J, GAROTTE M, SAIZ-MAZA M et Al.** Triple therapy adherence in HIV positive patients In 4th congress in drug therapy-HIV infect. AIDS 1998, 12 Abstract 185.

2- **Adédiran Moutairou Yacine.**

Evaluation de la mise en œuvre de la prévention de la transmission mère-enfant du VIH à l'hôpital de la mère et de l'enfant lagune de Cotonou.

Thèse Med. FMPOS Bamako 2005.

3- **Amadou Amidou Amina.**

Préparation d'une évaluation de la séroprévalence du VIH en population générale au Niger. Quels prélèvements pour quels tests ?

Thèse Pharm. Juillet 2002.

4- **Andréo C., Bouhnik A., Soletti J., Bertholon D., Moatti J., Rossert H. et Spire B.**, La non-observance des patients infectés par le VIH, soutenus par une association communautaire, Santé publique 2001/3, N° 13, p. 249-262.

5- **ANRS** : Accès aux traitements du VIH/SIDA en Côte d'Ivoire. Evaluation de l'initiative ; Aspects économiques, sociaux et comportementaux. Collections sciences sociales et SIDA p 1-6.

6- **ANRS information** Prise en charge thérapeutique du SIDA et observance 1998, 24 p 49-51.

7- **Arrivé E.** Observance au traitement antirétroviral chez des enfants africains infectés par le VIH, caractéristiques et rôle dans la réponse virologique dans une

cohorte à Abidjan, Côte d'Ivoire, 2003-2004. Mémoire Master de Santé publique, Institut de Santé Publique, d'épidémiologie et de développement.

8- **BENJABER K., REY J. L., HIMMICH H.** Etude de l'observance du traitement antirétroviral à Casablanca (Maroc). Médecine et maladies infectieuses (méd. Mal. Infect.). ISSN 03996077X. CODEN MMAIB5 2005, vol. 35, n°7-8, pp 390-395 [6 pages (article)] (7 réf.).

9- **BENTZ L., PRADIER C., TOURETTE-TURGIS C.** et al. Description et évaluation d'un programme d'intervention sur l'observance thérapeutique (counselling) dans un centre hospitalo-universitaire. In : L'observance aux traitements contre le VIH/SIDA. Paris, ANRS 2001 : 99-112.

10- **Bissagnene E, Eholie S, Tanon A.** Evaluation du traitement antirétroviral chez les patients à Abidjan in CISMA Burkina December 10th 13th, 2001. Abstract [10DT3 6].

11- **Bonouman Ama B V.** Evaluation de la qualité de prise en charge thérapeutique des patients adultes VIH positifs dans les centres accrédités de l'initiative d'accès aux ARV à Abidjan. Thèse Médecine 2002.

12- **B. Spire.** Faut-il rester 100 % observant ? RePI d'Act Up, Toulouse, France, 18 février 2004 [Communication orale].

13- **CARRIERI M P, CAILLTON V, LEMOING V, SPIRE B, DELLAMONIACA.** L'observance au traitement de type HAART: résultats de la cohorte nationale APROCO. Journal of acquired immune deficiency syndrome 2001; 28: 232-239

14- **CATHERINE S., ANGLARE X., DAKOURY-DOGBO N., SLOMON R.** Etude de la mortalité des adultes infectés par le VIH, recevant un traitement ARV dans la cohorte 1203 ANRS Abidjan, RCI in CISMA, Burkina.

Décembre 10 – 13th.

15- **Costagliola D, Barberousse C.** Comment mesurer l'observance ? In L'observance aux traitements contre le VIH/sida. Collection sciences sociales et sida ANRS 2001. p 3342.

16- **C.Pradier, L.Bentz, B. Spire, C.Tourette-Turgis, M. Morin, M. Souville, M. Rébillon, J-G. Fuzibet, A. Pesce, P. Dellamonica, J-P. Moatti (2003).** Efficacy of an Educational and Counseling Intervention on Adherence to Highly Active Antiretroviral Therapy : French Prospective Controlled Study. HIV Clinical Trials, 4 (2), 121-131. Abstract

17- **C. Tourette-Turgis, M. Rébillon L. Pereira-Paulo.** " De l'adhésion à l'observance thérapeutique : réunir les conditions d'une primo-observance et développer une multiplicité d'interventions dans la durée." Counseling, Santé et développement, Dossier N° 1, Mars 2005 [En ligne]

http://www.counselingvih.org/fr/dossiers/dossier_pdf_doc/dossier_observance_mars04_complet.pdf [24 mai 2005]

18- **Delfraissy- JF** Suivi ARV 2002 chap 5.

19- **Delfraissy J.F.** (sous la direction de) (2002). Prise en charge des personnes infectées par le VIH. Rapport 2002. Recommandations du groupe d'experts. (chap. 7, p. 75). Ed. Flammarion.

20- DIABY D.

Evaluation de l'efficacité immuno-virologique des traitements ARV en usage dans trois centres de soins accrédités en Côte d'Ivoire: CIRBA, CAT d'Adjamé, Pédiatrie du CHU de Yopougon.

Thèse, Pharm., Bamako 2003.

21- D. NKOGHE, P. LÉONARD, S. NNEGUE, M. MOUTSCHEN, J.

DEMONTY Prise en charge des patients infectés par le VIH. Expérience du CHU de Liège. Rev. Med. Liège 2002; Vol.57, n° 8, p 546-551

22- Dormont J . Stratégie d'utilisation des antirétroviraux dans l'infection par le VIH 1998 p5-11.

23- Eholié S.P. ; Adjé T. C. ; Tanon A. ; Traoré-Ettiégne V. ; Anglaret X. ; Bissagnéné E. Epidémiologie et prise en charge de l'infection à VIH/SIDA en Côte d'Ivoire.

24- Eholié S. P.; Girard P-M. Memento thérapeutique du VIH/SIDA en Afrique. Paris : Doin, 2005, 242 p.

25- Eholié S-P; C-T N'Dour ; M Cissé ; Bissagnéné ; P-M Girard. Médecine et Maladie infectieuse. Volume 36 ; Issue 9 ; September 2006 ;pp 53-58. Revue générale. « L'observance aux traitements antirétroviraux : particularités africaines ».

26- EHOLIÉ SP, NOLAN M, GAUMON AP, MAMBO J, KOUAMÉ-YÉBOUET Y, AKA-KACOU R et Al .Antiretroviral treatment can be cost saving for industry and life saving for workers: a case study from Côte d'Ivoire's private sector. In : Economics of AIDS and access to HIV/AIDS Care in

developping countries. Issues and challenges. Collections Sciences Sociales et SIDA. ANRS 2003. P 329-46.

27- Family Health International.

L'introduction efficace et sans risque des ARV par le VIH/SIDA. Juillet 2001 <http://www.fhi.org>.

28- Family Health International, rapport sur l'analyse du VIH/SIDA dans le milieu du travail en Côte d'Ivoire.

29- Fleury H. J. A. Virologie Humaine, 3^{ème} édition Masson ; 205 p.

30- Feugeux S ; Pele G ; Bessette D. et al. Adherence to antiretroviral therapy ; the french ministry of health policy. International conference on AIDS. Geneva June 28th - Jul. 3th 1998; Abstract 42442.

31- F. Olivier; M. N'Kam; C. Midoungue; J-L. Rey. Etude sur l'observance des traitements antirétroviraux au centre hospitalier universitaire de Yaoundé (Cameroun). Santé publique 2005-4(vol. 17) ISSN 0995- 3914 page 559 à 568.

32- Formation en counseling du VIH/SIDA : manuel de référence JHPIEGO Mars 2005.

33- Furlan V, Taburet AM. : Interactions médicamenteuses avec les antirétroviraux. Thérapie GBR. 2001 ; 56 : 267-271.

34- GBEGNEDJI Kodjogan Y.

Evaluation des facteurs déterminants l'utilisation des services de la prévention de la transmission mère-enfant du VIH/SIDA dans le district de Bamako.

Thèse Pharm. FMPOS Bamako 2004-2005.

35- Gorée : suivi de la dispensation des ARV au service des maladies infectieuses et tropicales du CHU de Treichville d'octobre 1998 à décembre 2002. Thèse, Pharm, Abidjan, 2001.

36- GORDILLO V, DELAMO J, SORIANO V, GONZALES LJ. Socio-demographic and psychological variables influencing adherence to antiretroviral therapy. AIDS 1999 ; 13 : 1763-1769.

37- HOSSEINIPOUR MC, KAZEMBE PN, SANNE IM, VAN DER HORST CM. Challenges in delivering antiretroviral treatment in resource poor countries. AIDS 2002 ; 16 : 177-187.

38- IDRISSA Boukari Amadou

La trithérapie antirétrovirale au cours de l'infection par le virus de l'immunodéficience humaine de l'adulte, Novembre 2001- Juin 2004.

Thèse Med. FMPOS Bamako 2005.

39- Kissougle Nkongo Aimée Florence ; Prof. Tietche Félix ; Dr. Tene Gilbert. Evaluation de l'observance du traitement antirétroviral chez les enfants de 0 à 15 ans infectés par le VIH. Etude menée au Cameroun sur des enfants traités au Centre Mère et Enfant de la Fondation Chantal Biya.

Sidanet ; 2007, 4 (5) : 1001 ; Articles médicaux. .

40- **Kibangou N, Tran Minht Manku M, Bakala N, Perrier ch, Gentilini M.** Bilan de 6 mois de trithérapie au congo in Acces to care 13th ICASA Nairobi September 21st 26th, 2003.[Abstract 833805].

41- **Koffi Brou Aka.** Evaluation de la trithérapie antirétrovirale : Bilan de 24 mois de prescription. Thèse Médecine 2001.

42- **Lanièce (I), Desclaux (A), Cissé (M), Diop (K), N'diaye (B).** L'observance des traitements antirétroviraux et ses déterminants. Analyse quantitative. In Desclaux (A), Lanièce (I), Ndoye (I) (Eds). L'initiative sénégalaise d'accès aux médicaments antirétroviraux. Paris : ANRS, 2002, p 97-108 (260 p).

43- **LANIÈCE I, CISS M, DESCLAUX A, DIOP K, MBODJ F, NDIAYE B et Al.** Adherence to HAART and it principal determinants in a cohort of Senegalese adults. AIDS 2003, 17 : S103-S108.

44- **LAURENT C, DIAKHATÉ N, NGOM GUEYE NF, TOURÉ MA, SOW PS, FAYE MA et Al.** The Senegalese government's HAART initiative : a 18-month follow up study of feasibility, effectiveness, adherence, toxicity and viral resistance. AIDS 2002 ; 16 : 1363-1370.

45- **LIECHTY, BANGSBERG DR.** Doubt about DOTS: antiretroviral therapy in resources poor countries. AIDS 2003; 17 : 1383-1387.

46- **Marchand C, Gagnayre R.** Recommandations pour la mise en oeuvre de programmes d'éducation thérapeutique pour les patients atteints d'infection par le VIH dans les pays à ressources limitées. A partir d'une expérience pilote réalisée au sein du service de maladies infectieuses du CHU Ibn Rochd à Casablanca, au Maroc. Paris : Fondation GlaxoSmithKline Format Santé, 2003.

47- **Médicaments antirétroviraux.** In :P.M.Girard, Ch.Katlama,G.Pialoux
VIH, Doin Editeurs-Paris 2004 ;301-321

48- **Meilo (H.), Guiard-Schmid (J.B.), Tzeuton (C.)** et al. - Impact of drug cost on treatment adherence in Cameroon: DARVIR antiretroviral therapy access program. - 14th Int. AIDS Conf., Barcelona, July 2002, Abstract TuPe E5176.

49- **MEMSP/PNPEC:** Politique nationale de prise en charge globale des personnes vivant avec le VIH dans le secteur de la santé. Abidjan, 1ère édition: Novembre 2005.

50- **M. Enriquez, P. Gore, M. O'Connor, D. McKinsey** (2003). The index of readiness as a predictor of adherence. An International Conference on Adherence to Antiretroviral Therapy, December 4-7, 2003, Dallas, Texas, USA [abstract]

51- **Ministère de la Santé Publique- PNLS/MST/TUB-CI :** Guide pour la prise en charge clinique et thérapeutique de l'infection à VIH chez l'adulte.

52- **MOULIN P.** Enquête sur les pratiques des professionnels de santé en matière d'observance dans le domaine du VIH/ SIDA en France : Recherches, actions, évaluations. In : L'observance aux traitements contre le VIH/SIDA : Mesures, déterminants, évolution. Paris : ANRS, Collections Sciences Sociales et SIDA ; 2001.pp 21-31.

53- **M.P. Carrieri, F. Raffi, C. Lewden, et al.** (2003). Impact of early versus late adherence to highly active antiretroviral therapy on immuno-virological response : a 3-year follow-up study. Antiviral Therapy, 8 (6): 585-594. [abstract]

54- **Nachega JB, Hislop M, Dowdy DW, et al.** Adherence to highly active antiretroviral therapy assessed by pharmacy claims predicts survival in HIV-infected South African adults. *J Acquir Immune Defic Syndr* 2006; 1 (43):78-84.

55- **Neper Ngami Eugène.** Analyse de l'observance du traitement antirétroviral chez les patients VIH positifs suivis au service des Maladies Infectieuses d'Abidjan . Thèse Medecine 2001.

56- **Olivier Rogeaux.** Prise en charge de l'infection VIH/SIDA de l'adulte en Afrique Développement et Santé, n°162, décembre 2002

57- **OMS** Programmes nationaux de lutte contre le SIDA. Guide des indicateurs de suivi et d'évaluation des traitements antirétroviraux. Genève 2005.

58- **OMS,** Améliorer l'accès aux traitements dans les pays à ressources limitées. Recommandation de santé publique. Avril 2002 1^{er} Edition Genève.

59- **OMS** Initiative VIH/SIDA et infections sexuellement transmissibles. Sécurité et efficacité des traitements antirétroviraux chez l'adulte plus particulièrement en situation de ressources limitées. WHO/HSI/2000.

60- **ONUSIDA- OMS** Traitement antirétroviral : Modules d'information. Module2. Introduction des traitements antirétroviraux dans les systèmes de santé : Aspects économiques, p 17-19 ; 27-29.

61- **ONUSIDA/OMS.** Le point sur l'épidémie de SIDA. Décembre 2007.
www.unaids.org

62- **ONUSIDA/OMS**. Rapport sur l'épidémie mondiale de SIDA : 5^{ème} rapport mondial ; Juillet 2005. Genève 2005.

63- **ONUSIDA/OMS**: Report on the HIV/AIDS epidemic, December 2005.

64- **ORERELL C, BANGSBERG Dr, Badri et Wood**. Adherence is not a barrier to successful antiretroviral therapy in South Africa. AIDS, 2003, 17, 1369-1375.

65- **OUMAR A. A. ; DAO S. ; DIARRA S.M. ; COULIBALY S. ; TRAORE A. K.; DIALLO A.** Quant la rupture de stock d'ARV devient un facteur d'inobservance dans les pays sous développés : Le cas du Mali en Afrique de l'ouest. Louvain médical (Louvain méd.) 2007, vol. 126, n°2, pp. 67-70 [4 page(s) (article)] (15 réf.).

66- **OUMAR A. A. ; DAO S. ; DIAMOUTENE A. ; COULIBALY S.; KOUMARE B.; MAIGA I.I.; MARIKO E.** Les facteurs associés à l'observance du traitement antirétroviral à l'hôpital du point G. Mali Médical 2007, p 18-21.

67- **Pierre Hugues Aubin ; Karine Cloutier ; François Dubé ; Denis Lebel ; Ema Ferreira.** La mesure de l'observance du traitement, la technologie au service du pharmacien et du patient. Pharmactuel, Vol. 38 N°4 Aout-Septembre 2005, p 226-233.

68- Rapport annuel d'activités sanitaires, **MSP** 2002.

69- **RGPH**, Côte d'Ivoire, 1998.

70- **Roux (P)**. De l'accès aux antirétroviraux à l'observance des personnes vivant avec le VIH/SIDA dans le cadre de l'Initiative béninoise d'accès aux ARV (IBA-ARV). Thèse Doct. Pharm., Univ. Bordeaux, 2003, n° 18, 69f.

71- **Samaké Michel**.

Infection VIH de l'enfant : Aspects cliniques et bilans de seize mois de prise en charge des cas par les ARV à la Pédiatrie du Centre Hospitalo-universitaire Gabriel Touré. Thèse Med. FMPOS Bamako 2004.

72- **SANOGO A, ADOU K, N'DRI Y, BLEU T, OUATTARA S, AKA K,**

Prise en charge thérapeutique par les antirétroviraux des personnes vivant avec le VIH/SIDA. Expérience de l'hôpital militaire d'Abidjan. Rev. Inter. Des Services de Santé des Forces Armées 2003 ; 76 (1) : 40 – 44.

73- **S. BADRÉ-SENTENAC, C. ESSOMBA, C. COMMEYRAS, C.**

KOUANFACK, J.L. REY.

The use of antiretroviral prescriptions' renewal as a marker of compliance in Yaoundé. J Pharm. Clin, vol. 24, n° 4, décembre 2005.

74- **Selected drugs used in the care of people living with HIV sources and prices.** October 2000.

75- **Spire (B), Duran (S), Carrieri (P) et al.** Les ruptures d'observance au cours du temps dans les cohortes APROCO et MANIF 2000. In L'observance aux traitements contre le VIH/SIDA. Paris : ANRS, « Collection Sciences sociales et SIDA », 2001, p 87-98 (112 p).

76- **Tanon A., Polneau S., Aba T. : Ouattara I ; Kassi A ; Eholié S. ;**
"L'observance au traitement antirétroviral chez les patients adultes VIH

positives à Abidjan de Mars-Septembre 2002'''. Rev. Int. Sc Med. Vol.8, n°2, 2006, 53-58. EDUCI 2006.

77- **Tourette-Turgis, M. Rébillon.** (2002). Mettre en place une consultation d'observance aux traitements contre le VIH/SIDA. De la théorie à la pratique. Ed. Comment Dire ; p1-8.

78- **VAN PRAAG E, FERNYAK S, KATZ AM.**

Les incidences des traitements antirétroviraux. Consultation informelle ; Avril 1997. Document OMS/ONUSIDA, 142 pages.

79- **Wikipédia** L'encyclopédie libre: 7 septembre 2008 à 15h21 ; catégorie VIH/SIDA Pandémie.

80- **Willy Rosenbaum.**

Chronologie infection à VIH in impact médecin –Guide infection à VIH 2001 ; 16 : p 201 -205.

81- **WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO).** International Action Plan on Scaling-Up Access to HIV Care. A commitment to Universal Access and Action on HIV/ AIDS Treatment. Geneva: WHO ; december 2002.

ANNEXES**FICHE D'ENQUETE**

N° de fiche :

N° Patient :

Date :

DONNEES SOCIO-DEMOGRAPHIQUESSexe : masculin féminin

Date de naissance ou âge :

Profession :

Statut matrimoniale : vit en couple oui non

Résidence

DONNEES IMMUNO-VIROLOGIQUESType de VIH : VIH-1 VIH-2 VIH1+2 VIH non précisé

Taux de CD4 à l'inclusion :

MISE EN ROUTE DU TRAITEMENT

Date de démarrage du traitement ou durée du traitement :

Protocole d'ARV :

Stade clinique selon l'OMS: 1 2 3 4 Stade clinique selon la classification des CDC : A B C **FACTEURS LIES À L'OBSERVANCE****Facteurs liés au patient**

1- Combien de fois avez-vous manqué la prise de vos médicaments ?

1 fois 2 fois 3 fois plusieurs fois Pourquoi ? Oubli voyage lassitude autres

2- Exercez vous une activité rémunératrice régulière vous permettant de suivre le traitement ?

Oui Non Si oui dans la fonction publique dans le secteur privé dans le secteur informel Vos ressources sont-elles suffisantes pour prendre en charge votre traitement ? Oui non

3- Si non quelles sont vos sources de revenus pour avoir accès aux médicaments ?

Familiale sociale

Ces ressources sont-elles suffisantes pour couvrir toutes les dépenses (prix des médicaments transport) ? Oui non

4- Les horaires de prises des médicaments vous conviennent-elles ? Oui Non

Si non pourquoi ?

5- Êtes-vous régulier aux visites médicales ? Oui Non

Si non pourquoi ? Oubli voyage manque de moyens financiers éloignement autres

Combien de repas prenez-vous par jour ? Un deux trois

Facteurs liés aux médicaments

1- Avez-vous eu des difficultés liées aux médicaments pour suivre le traitement ? Oui non

Si oui lesquelles ? Effets secondaires la galénique autres

2- Les modalités d'accès aux ARV vous ont-ils empêché de suivre le traitement ? Oui Non

Si oui pourquoi ? Le coût rupture de stock en ARV éloignement autres

Facteurs liés à l'environnement humain

1- Vivez-vous seul ? Oui Non

2- Avez-vous des parents suivis ? Oui Non

3- Quelqu'un dans votre entourage connaît-il votre statut VIH ? Oui Non

Si oui lequel ?

Partenaire Oui Non

Autre personne vivant sous le même toit Oui Non

Autre personne ne vivant pas sous le même toit Oui Non

Avez-vous un soutien de cette personne pour suivre votre traitement ? Oui Non

4- Avez-vous été stigmatisé par votre environnement à cause de la prise des ARV ?

Oui non

5- La non-observance est-elle liée à votre entourage ? Oui non

6- Avez-vous le soutien des membres de votre entourage ? Oui non

FICHE SIGNALÉTIQUE

Nom : COULIBALY

Prénoms : AWA SALIMOU

Titre de la thèse : Observance au traitement antirétroviral chez les patients adultes VIH positifs suivis à l'Hôpital Général d'Abobo

Année de soutenance : 2007-2008

Ville de soutenance : Bamako

Pays d'origine : Côte d'Ivoire

Lieu de dépôt : Bibliothèque de la Faculté de Médecine, de Pharmacie et d'Odontostomatologie

Secteur d'intérêt : Santé Publique

Email : cerine81@yahoo.fr

Résumé

Pour améliorer nos connaissances sur l'observance au traitement ARV en Côte d'Ivoire, nous avons menée une étude à l'HGA, sur 206 patients suivis venus renouveler leur ordonnance. Il s'agissait d'une étude rétrospective transversale et descriptive, qui a été faite du 15 juin au 21 août 2008.

L'observance a été évaluée par des conseillers lors du renouvellement des ordonnances à l'aide d'un questionnaire. Ont été considérée comme observants, les patients ayant manqué une fois, deux fois ou au maximum trois fois la prise de leurs médicaments, le mois précédent l'enquête.

Les patients étaient majoritairement des femmes, soit 77% des cas. La moyenne d'âge était de 42 ans avec des extrêmes allant de 19 à 79 ans. La majorité des patients étaient atteints du VIH-1 (97%), d'où l'association d'une INTR+INNTR était la plus prescrite. La mauvaise observance a été notée chez 47,1% des patients. Les principales causes étaient le manque de moyens

financier, l'éloignement (21,6%), l'oubli et le voyage (18,6%). Le facteur associé à une bonne observance a été l'assistance du patient par un membre de la famille informée de la séropositivité.

L'implication de la famille de la personne vivant avec le VIH, dans son traitement pourrait contribuer à améliorer l'observance au traitement ARV dans cet hôpital. C'est le seul gage du succès thérapeutique.

Mots clés : Observance ; Traitement antirétroviral ; Abidjan ; Côte d'Ivoire.

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 leur témoigner ma reconnaissance en restant fidèle a 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 de 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 couverte d'opprobres et méprisée de mes confrères si j'y manque.

Je le jure