

Ministère de l'Enseignement Supérieur
Et de la Recherche Scientifique

REPUBLIQUE DU MALI

UN PEUPLE - UN BUT - UNE FOI



U.S.T.T-B

**UNIVERSITE DES SCIENCES DES
TECHNIQUES ET DES TECHNOLOGIES
DE BAMAKO**



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

ANNEE UNIVERSITAIRE 2021-2022 N°.....

TITRE

**LES FACTEURS ASSOCIES A LA NON OBSERVANCE
THERAPEUTIQUE AUX ARV CHEZ LES PVVIH SUIVIES
DANS LE SERVICE DES MALADIES INFECTIEUSES ET
TROPICALES DU CHU DE POINT-G**

THESE

Présentée et soutenue publiquement le 27/07/2023 devant la

Faculté de Médecine et d'Odontostomatologie

Par : M. Ousmane DJIBO

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

(Diplôme d'Etat).

Jury

Président : Mr Soukalo DAO, Professeur

Directeur : Mr Issa KONATÉ, Maître de Conférences

Co-directeur : Mr Oumar MAGASSOUBA, Médecin

Membre : Mme Fatoumata DAOU, Assistante (FAPH)

FACULTE DE MEDECINE ET D'ODONTO-STOMATOLOGIE
ANNEE UNIVERSITAIRE 2021 – 2022

ADMINISTRATION

DOYEN : **Mr Seydou DOUMBIA** - PROFESSEUR
VICE-DOYEN : **Mme Mariam SYLLA** - PROFESSEUR
SECRETAIRE PRINCIPAL : **Mr Monzon TRAORE** - MAITRE DE CONFERENCES
AGENT COMPTABLE : **Mr Yaya CISSE** - INSPECTEUR DU TRESOR



LES ENSEIGNANTS A LA RETRAITE

- | | |
|---------------------------------|--|
| 1. Mr Mamadou KOUMARE | Pharmacologie |
| 2. Mr Ali Nouhoum DIALLO | Médecine interne |
| 3. Mr Aly GUINDO | Gastro-Entérologie |
| 4. Mr Mamadou M. KEITA | Pédiatrie |
| 5. Mr Siné BAYO | Anatomie-Pathologie-Histo-embryologie |
| 6. Mr Sidi Yaya SIMAGA | Santé Publique |
| 7. Mr Abdoulaye Ag RHALY | Médecine Interne |
| 8. Mr Boukassoum HAIDARA | Législation |
| 9. Mr Boubacar Sidiki CISSE | Toxicologie |
| 10. Mr Sambou SOUMARE | Chirurgie Générale |
| 11. Mr Daouda DIALLO | Chimie Générale & Minérale |
| 12. Mr Issa TRAORE | Radiologie |
| 13. Mr Mamadou K. TOURE | Cardiologie |
| 14. Mme SY Assitan SOW | Gynéco-Obstétrique |
| 15. Mr Salif DIAKITE | Gynéco-Obstétrique |
| 16. Mr Abdourahmane S. MAIGA | Parasitologie |
| 17. Mr Abdel Karim KOUMARE | Chirurgie Générale |
| 18. Mr Amadou DIALLO | Zoologie - Biologie |
| 19. Mr Mamadou L. DIOMBANA | Stomatologie |
| 20. Mr Kalilou OUATTARA | Urologie |
| 21. Mr Amadou DOLO | Gynéco- Obstétrique |
| 22. Mr Baba KOUMARE | Psychiatrie |
| 23. Mr Bouba DIARRA | Bactériologie |
| 24. Mr Bréhima KOUMARE | Bactériologie – Virologie |
| 25. Mr Toumani SIDIBE | Pédiatrie |
| 26. Mr Souleymane DIALLO | Pneumologie |
| 27. Mr Bakoroba COULIBALY | Psychiatrie |
| 28. Mr Seydou DIAKITE | Cardiologie |
| 29. Mr Amadou TOURE | Histo-embryologie |
| 30. Mr Mahamane Kalilou MAIGA | Néphrologie |
| 31. Mr Filifing SISSOKO | Chirurgie Générale |
| 32. Mr Djibril SANGARE | Chirurgie Générale |
| 33. Mr Somita KEITA | Dermato-Léprologie |
| 34. Mr Bougouzié SANOGO | Gastro-entérologie |
| 35. Mr Alhousseini Ag MOHAMED | O.R.L. |
| 36. Mme TRAORE J. THOMAS | Ophthalmologie |
| 37. Mr Issa DIARRA | Gynéco-Obstétrique |
| 38. Mme Habibatou DIAWARA | Dermatologie |
| 39. Mr Yeya Tiémoko TOURE | Entomologie Médicale, Biologie cellulaire, Génétique |
| 40. Mr Sékou SIDIBE | Orthopédie Traumatologie |
| 41. Mr Adama SANGARE | Orthopédie Traumatologie |
| 42. Mr Sanoussi BAMANI | Ophthalmologie |
| 43. Mme SIDIBE Assa TRAORE | Endocrinologie-Diabetologie |
| 44. Mr Adama DIAWARA | Santé Publique |
| 45. Mme Fatimata Sambou DIABATE | Gynéco- Obstétrique |
| 46. Mr Bakary Y. SACKO | Biochimie |
| 47. Mr Moustapha TOURE | Gynécologie/Obstétrique |
| 48. Mr Boubakar DIALLO | Cardiologie |
| 49. Mr Dapa Aly DIALLO | Hématologie |

50. Mr Mamady KANE	Radiologie et Imagerie Médicale
51. Mr Hamar A. TRAORE	Médecine Interne
52. Mr. Mamadou TRAORE	Gynéco-Obstétrique
53. Mr Mamadou Souncalo TRAORE	Santé Publique
54. Mr Mamadou DEMBELE	Médecine Interne
55. Moussa Issa DIARRA	Biophysique
56. Mr Kassoum SANOGO	Cardiologie
57. Mr Arouna TOGORA	Psychiatrie
58. Mr Souleymane TOGORA	Odontologie
59. Mr Oumar WANE	Chirurgie Dentaire
60. Mr Abdoulaye DIALLO	Anesthésie – Réanimation
61. Mr Saharé FONGORO	Néphrologie
62. Mr Ibrahim I. MAIGA	Bactériologie – Virologie
63. Mr Moussa Y. MAIGA	Gastro-entérologie – Hépatologie
64. Mr Siaka SIDIBE	Radiologie et Imagerie Médicale
65. Mr Aly TEMBELY	Urologie
66. Mr Tiéman COULIBALY	Orthopédie Traumatologie
67. Mr Zanafon OUATTARA	Urologie
68. Mr Abdel Kader TRAORE	Médecine Interne
69. Mr Bah KEITA	Pneumo-Phtisiologie
70. Mr Zimogo Zié SANOGO	Chirurgie Générale
71. Mr Samba Karim TIMBO	ORL et Chirurgie cervico-faciale
72. Mr Cheick Oumar GUINTO	Neurologie
73. Mr Samba DIOP	Anthropologie de la Santé
74. Mr Mamadou B. DIARRA	Cardiologie
75. Mr Youssouf SOW	Chirurgie Générale



LISTE DU PERSONNEL ENSEIGNANT PAR D.E.R. & PAR GRADE

D.E.R. CHIRURGIE ET SPECIALITES CHIRURGICALES

1. PROFESSEURS / DIRECTEURS DE RECHERCHE

1. Mr Nouhoum ONGOIBA	Anatomie & Chirurgie Générale
2. Mr Mohamed Amadou KEITA	ORL
3. Mr Youssouf COULIBALY	Anesthésie-Réanimation
4. Mr Sadio YENA	Chirurgie Thoracique
5. Mr Djibo Mahamane DIANGO	Anesthésie-Réanimation
6. Mr Adegné TOGO	Chirurgie Générale
7. Mr Bakary Tientigui DEMBELE	Chirurgie Générale
8. Mr Alhassane TRAORE	Chirurgie Générale
9. Mr Yacaria COULIBALY	Chirurgie Pédiatrique
10. Mr Drissa KANIKOMO	Neurochirurgie
11. Mr Oumar DIALLO	Neurochirurgie
12. Mr Mohamed KEITA	Anesthésie Réanimation
13. Mr Niani MOUNKORO	Gynécologie/Obstétrique
14. Mr. Drissa TRAORE	Chirurgie Générale
15. Mr Broulaye Massaoulé SAMAKE	Anesthésie Réanimation
16. Mr Mamadou Lamine DIAKITE	Urologie
17. Mme Kadidiatou SINGARE	ORL-Rhino-Laryngologie
18. Mr Youssouf TRAORE	Gynécologie/Obstétrique

2. MAITRES DE CONFERENCES / MAITRES DE RECHERCHE

1. Mme Diénéba DOUMBIA	Anesthésie/Réanimation
2. Mr Nouhoum DIANI	Anesthésie-Réanimation
3. Mr Lamine TRAORE	Ophtalmologie
4. Mr Ibrahima TEGUETE	Gynécologie/Obstétrique
5. Mr Honoré Jean Gabriel BERTHE	Urologie
6. Mr Boubacar BA	Médecine et chirurgie buccale
7. Mr Lassana KANTE	Chirurgie Générale
8. Mr Bréhima COULIBALY	Chirurgie Générale

9. Mr Birama TOGOLA	Chirurgie Générale
10. Mr Soumaïla KEITA	Chirurgie Générale
11. Mr Moussa Abdoulaye OUATTARA	Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
12. Mr Hamidou Baba SACKO	ORL
13. Mr Seydou TOGO	Chirurgie Thoracique et Cardio Vasculaire
14. Mr Aladji Seïdou DEMBELE	Anesthésie-Réanimation
15. Mme Fatoumata SYLLA	Ophtalmologie
16. Mr Tioukany THERA	Gynécologie
17. Mr Siaka SOUMAORO	ORL
18. Mr Adama I GUINDO	Ophtalmologie
19. Mr Seydou BAKAYOKO	Ophtalmologie



3. MAITRES ASSISTANTS / CHARGES DE RECHERCHE

1. Mr Koniba KEITA	Chirurgie Générale
2. Mr Sidiki KEITA	Chirurgie Générale
3. Mr Amadou TRAORE	Chirurgie Générale
4. Mr Bréhima BENGALY	Chirurgie Générale
5. Mr Madiassa KONATE	Chirurgie Générale
6. Mr Sékou Bréhima KOUMARE	Chirurgie Générale
7. Mr Boubacar KAREMBE	Chirurgie Générale
8. Mr Abdoulaye DIARRA	Chirurgie Générale
9. Mr Idrissa TOUNKARA	Chirurgie Générale
10. Mr Ibrahima SANKARE	Chirurgie Thoracique et Cardio Vasculaire
11. Mr Abdoul Aziz MAIGA	Chirurgie Thoracique
12. Mr Ahmed BA	Chirurgie Dentaire
13. Mr Seydou GUEYE	Chirurgie Buccale
14. Mr Issa AMADOU	Chirurgie Pédiatrique
15. Mr Mohamed Kassoum DJIRE	Chirurgie Pédiatrique
16. Mr Boubacary GUINDO	ORL-CCF
17. Mr Youssouf SIDIBE	ORL
18. Mr Fatogoma Issa KONE	ORL
19. Mme Fadima Koréïssy TALL	Anesthésie Réanimation
20. Mr Seydina Alioune BEYE	Anesthésie Réanimation
21. Mr Hammadoun DICKO	Anesthésie Réanimation
22. Mr Moustapha Issa MANGANE	Anesthésie Réanimation
23. Mr Thierno Madane DIOP	Anesthésie Réanimation
24. Mr Mamadou Karim TOURE	Anesthésie Réanimation
25. Mr Abdoul Hamidou ALMEIMOUNE	Anesthésie Réanimation
26. Mr Daouda DIALLO	Anesthésie Réanimation
27. Mr Abdoulaye TRAORE	Anesthésie Réanimation
28. Mr Siriman Abdoulaye KOITA	Anesthésie Réanimation
29. Mr Mahamadoun COULIBALY	Anesthésie Réanimation
30. Mr Abdoulaye KASSAMBARA	Stomatologie et Chirurgie Maxillo-faciale
31. Mr Mamadou DIARRA	Ophtalmologie
32. Mme Assiatou SIMAGA	Ophtalmologie
33. Mr Sidi Mohamed COULIBALY	Ophtalmologie
34. Mme Fatimata KONANDJI	Ophtalmologie
35. Mr Abdoulaye NAPO	Ophtalmologie
36. Mr Nouhoum GUIROU	Ophtalmologie
37. Mr Bougadary Coulibaly	Prothèse Scellée
38. Mme Kadidia Oumar TOURE	Orthopédie Dentofaciale
39. Mr Oumar COULIBALY	Neurochirurgie
40. Mr Mahamadou DAMA	Neurochirurgie
41. Mr Youssouf SOGOBA	Neurochirurgie
42. Mr Mamadou Salia DIARRA	Neurochirurgie
43. Mr Moussa DIALLO	Neurochirurgie
44. Mr Abdoul Kadri MOUSSA	Orthopédie Traumatologie
45. Mr Layes TOURE	Orthopédie Traumatologie
46. Mr Mahamadou DIALLO	Orthopédie Traumatologie
47. Mme Hapssa KOITA	Stomatologie et Chirurgie Maxillo -Faciale
48. Mr Alhousseïny TOURE	Stomatologie et Chirurgie Maxillo -Faciale
49. Mr Amady COULIBALY	Stomatologie et Chirurgie Maxillo-faciale

50. Mr Amadou KASSOGUE	Urologie
51. Mr Dramane Nafo CISSE	Urologie
52. Mr Mamadou Tidiani COULIBALY	Urologie
53. Mr Moussa Salifou DIALLO	Urologie
54. Mr Alkadri DIARRA	Urologie
55. Mr Soumana Oumar TRAORE	Gynécologie/Obstétrique
56. Mr Abdoulaye SISSOKO	Gynécologie/Obstétrique
57. Mme Aminata KOUMA	Gynécologie/Obstétrique
58. Mr Mamadou SIMA	Gynécologie/Obstétrique
59. Mr Seydou FANE	Gynécologie/Obstétrique
60. Mr Amadou BOCOUM	Gynécologie/Obstétrique
61. Mr Ibrahim Ousmane KANTE	Gynécologie/Obstétrique
62. Mr Alassane TRAORE	Gynécologie/Obstétrique
63. Mr Kalifa COULIBALY	Chirurgie orthopédique et traumatologie



4. ASSISTANTS / ATTACHES DE RECHERCHE

1. Mme Lydia B. SITA Stomatologie

D.E.R. DE SCIENCES FONDAMENTALES

1. PROFESSEURS / DIRECTEURS DE RECHERCHE

1. Mr Cheick Bougadari TRAORE Anatomie-Pathologie **Chef de DER**
2. Mr Bakarou KAMATE Anatomie Pathologie
3. Mr Mahamadou A. THERA Parasitologie – Mycologie
4. Mr Djibril SANGARE Entomologie Moléculaire Médicale

2. MAITRES DE CONFERENCES / MAITRES DE RECHERCHE

1. Mr Guimogo DOLO Entomologie Moléculaire Médicale
2. Mr Bakary MAIGA Immunologie
3. Mme Safiatou NIARE Parasitologie – Mycologie
4. Mr Karim TRAORE Parasitologie – Mycologie
5. Mr Moussa FANE Biologie, Santé publique, Santé-Environnement
6. Mr Mamoudou MAIGA Bactériologie-Virologie (Disponibilité)
7. Mr Aboubacar Alassane OUMAR Pharmacologie
8. Mr Bréhima DIAKITE Génétique et Pathologie Moléculaire
9. Mr Yaya KASSOGUE Génétique et Pathologie Moléculaire

3. MAITRES ASSISTANTS / CHARGES DE RECHERCHE

1. Mr Abdoulaye KONE Parasitologie– Mycologie
2. Mr Sanou Kho COULIBALY Toxicologie
3. Mme Aminata MAIGA Bactériologie Virologie
4. Mme Djeneba Bocar FOFANA Bactériologie-Virologie
5. Mr Sidi Boula SISSOKO Histologie embryologie et cytogénétique
6. Mr Bourama COULIBALY Anatomie Pathologie
7. Mr Boubacar Sidiki Ibrahim DRAME Biologie Médicale/Biochimie Clinique
8. Mr Mamadou BA Biologie, Parasitologie Entomologie Médicale
9. Mr Bamodi SIMAGA Physiologie
10. Mr Oumar SAMASSEKOU Génétique/Génomique
11. Mme Mariam TRAORE Pharmacologie
12. Mr Saïdou BALAM Immunologie
13. Mme Arhamatoulaye MAIGA Biochimie
14. Mr Modibo SANGARE Pédagogie en Anglais adapté à la Recherche Biomédicale
15. Mr Hama Abdoulaye DIALLO Immunologie
16. Mr Bassirou DIARRA Bactériologie-Virologie

- | | |
|--------------------------------|--------------------------------------|
| 17. Mr Adama DAO | Entomologie médicale |
| 18. Mr Ousmane MAIGA | Biologie, Entomologie, Parasitologie |
| 19. Mr Cheick Amadou COULIBALY | Entomologie |
| 20. Mr Drissa COULIBALY | Entomologie médicale |
| 21. Mr Abdallah Amadou DIALLO | Entomologie, Parasitologie |
| 22. Mr Sidy BANE | Immunologie |
| 23. Mr Moussa KEITA | Entomologie Parasitologie |

4. ASSISTANTS / ATTACHES DE RECHERCHE

- | | |
|------------------------|----------------------|
| 1. Mr Harouna BAMBA | Anatomie Pathologie |
| 2. Mme Assitan DIAKITE | Biologie |
| 3. Mr Ibrahim KEITA | Biologie moléculaire |



D.E.R. DE MEDECINE ET SPECIALITES MEDICALES

1. PROFESSEURS / DIRECTEURS DE RECHERCHE

- | | |
|--------------------------------|--|
| 1. Mr Adama Diaman KEITA | Radiologie et Imagerie Médicale |
| 2. Mr Sounkalo DAO | Maladies Infectieuses et Tropicales |
| 3. Mr Daouda K. MINTA | Maladies Infectieuses et Tropicales |
| 4. Mr Boubacar TOGO | Pédiatrie |
| 5. Mr Moussa T. DIARRA | Hépto Gastro-Entérologie |
| 6. Mr Ousmane FAYE | Dermatologie |
| 7. Mr Youssoufa Mamoudou MAIGA | Neurologie |
| 8. Mr Yacouba TOLOBA | Pneumo-Phtisiologie Chef de DER |
| 9. Mme Mariam SYLLA | Pédiatrie |
| 10. Mme Fatoumata DICKO | Pédiatrie |
| 11. Mr Souleymane COULIBALY | Psychologie |
| 12. Mr Mahamadou DIALLO | Radiologie et Imagerie Médicale |
| 13. Mr Ichaka MENTA | Cardiologie |
| 14. Mr Abdoul Aziz DIAKITE | Pédiatrie |
| 15. Mr Japhet Pobanou THERA | Médecine Légale/Ophthalmologie |

2. MAITRES DE CONFERENCES / MAITRES DE RECHERCHE

- | | |
|----------------------------|-------------------------------------|
| 1. Mme KAYA Assétou SOUKHO | Médecine Interne |
| 2. Mr Idrissa Ah. CISSE | Rhumatologie |
| 3. Mr Ilo Bella DIALL | Cardiologie |
| 4. Mr Souleymane COULIBALY | Cardiologie |
| 5. Mr Anselme KONATE | Hépto Gastro-Entérologie |
| 6. Mr Adama Agoussa DICKO | Dermatologie |
| 7. Mr Issa KONATE | Maladies Infectieuses et Tropicales |

3. MAITRES ASSISTANTS / CHARGES DE RECHERCHE

- | | |
|---------------------------------|---------------------------------|
| 1. Mr Mahamadoun GUINDO | Radiologie et Imagerie Médicale |
| 2. Mr Salia COULIBALY | Radiologie et Imagerie Médicale |
| 3. Mr Koniba DIABATE | Radiothérapie |
| 4. Mr Adama DIAKITE | Radiothérapie |
| 5. Mr Aphou Sallé KONE | Radiothérapie |
| 6. Mr Mody Abdoulaye CAMARA | Radiologie et Imagerie Médicale |
| 7. Mr Mamadou N'DIAYE | Radiologie et Imagerie Médicale |
| 8. Mme Hawa DIARRA | Radiologie et Imagerie Médicale |
| 9. Mr Issa CISSE | Radiologie et Imagerie Médicale |
| 10. Mr Mamadou DEMBELE | Radiologie et Imagerie Médicale |
| 11. Mr Ouncoumba DIARRA | Radiologie et Imagerie Médicale |
| 12. Mr Ilias GUINDO | Radiologie et Imagerie Médicale |
| 13. Mr Abdoulaye KONE | Radiologie et Imagerie Médicale |
| 14. Mr Alassane KOUMA | Radiologie et Imagerie Médicale |
| 15. Mr Aboubacar Sidiki N'DIAYE | Radiologie et Imagerie Médicale |
| 16. Mr Souleymane SANOGO | Radiologie et Imagerie Médicale |

17. Mr Ousmane TRAORE	Radiologie et Imagerie Médicale
18. Mr Boubacar DIALLO	Médecine Interne
19. Mme Djénébou TRAORE	Médecine Interne
20. Mr Djibril SY	Médecine Interne
21. Mr Hamadou YATTARA	Néphrologie
22. Mr Seydou SY	Néphrologie
23. Mr Hamidou Oumar BA	Cardiologie
24. Mr Massama KONATE	Cardiologie
25. Mr Ibrahim SANGARE	Cardiologie
26. Mr Youssouf CAMARA	Cardiologie
27. Mr Samba SIDIBE	Cardiologie
28. Mme Asmaou KEITA	Cardiologie
29. Mr Mamadou TOURE	Cardiologie
30. Mme COUMBA Adiaratou THIAM	Cardiologie
31. Mr Mamadou DIAKITE	Cardiologie
32. Mr Boubacar SONFO	Cardiologie
33. Mme Mariam SAKO	Cardiologie
34. Mme Hourouma SOW	Hépto-Gastro-Entérologie
35. Mme Kadiatou DOUMBIA	Hépto-Gastro-Entérologie
36. Mme Sanra Déborah SANOGO	Hépto-Gastro-Entérologie
37. Mr Abdoulaye Mamadou TRAORE	Maladies Infectieuses et Tropicales
38. Mr Yacouba CISSOKO	Maladies Infectieuses et Tropicales
39. Mr Garan DABO	Maladies Infectieuses et Tropicales
40. Mr Jean Paul DEMBELE	Maladies Infectieuses et Tropicales
41. Mr Mamadou A.C. CISSE	Médecine d'Urgence
42. Mr Seybou HASSANE	Neurologie
43. Mr Guida LANDOURE	Neurologie
44. Mr Thomas COULIBALY	Neurologie
45. Mr Adama Seydou SISSOKO	Neurologie-Neurophysiologie
46. Mr Dianguina dit Noumou SOUMARE	Pneumologie
47. Mme Khadidia OUATTARA	Pneumologie
48. Mr Souleymane dit Papa COULIBALY	Psychiatrie
49. Mme Sirtio BERTHE	Dermatologie
50. Mme N'DIAYE Hawa THIAM	Dermatologie
51. Mr Yamoussa KARABINTA	Dermatologie
52. Mr Mamadou GASSAMA	Dermatologie
53. Mr Belco MAIGA	Pédiatrie
54. Mme Djénéba KONATE	Pédiatrie
55. Mr Fousseyni TRAORE	Pédiatrie
56. Mr Karamoko SACKO	Pédiatrie
57. Mme Fatoumata Léonie DIAKITE	Pédiatrie
58. Mme Lala N'Drainy SIDIBE	Pédiatrie
59. Mme SOW Djénéba SYLLA	Endocrinologie, Maladies Métaboliques et Nutrition
60. Mr Djigui KEITA	Rhumatologie
61. Mr Souleymane SIDIBE	Médecine de la Famille/Communautaire
62. Mr Drissa Mansa SIDIBE	Médecine de la Famille/Communautaire
63. Mr Issa Souleymane GOITA	Médecine de la Famille/Communautaire



4. ASSISTANTS / ATTACHES DE RECHERCHE

1. Mr Boubacari Ali TOURE	Hématologie Clinique
2. Mr Yacouba FOFANA	Hématologie
3. Mr Diakalia Siaka BERTHE	Hématologie

D.E.R. DE SANTE PUBLIQUE

1. PROFESSEURS / DIRECTEURS DE RECHERCHE

1. Mr Seydou DOUMBIA	Epidémiologie
2. Mr Hamadou SANGHO	Santé Publique, Chef de D.E.R.
3. Mr Cheick Oumar BAGAYOKO	Informatique Médicale



2. MAITRES DE CONFERENCES / MAITRES DE RECHERCHE

1. Mr Sory Ibrahim DIAWARA Epidémiologie
2. Mr Abdourahmane COULIBALY Anthropologie de la Santé

3. MAITRES ASSISTANTS / CHARGES DE RECHERCHE

1. Mr Hammadoun Aly SANGO Santé Publique
2. Mr Ousmane LY Santé Publique
3. Mr Ogobara KODIO Santé Publique
4. Mr Oumar THIERO Biostatistique/Bioinformatique
5. Mr Cheick Abou COULIBALY Epidémiologie
6. Mr Moctar TOUNKARA Epidémiologie
7. Mr Nouhoum TELLY Epidémiologie
8. Mme Lalla Fatouma TRAORE Santé Publique
9. Mr Nafomon SOGOBA Epidémiologie
10. Mr Cheick Papa Oumar SANGARE Nutrition
11. Mr Salia KEITA Médecine de la Famille/Communautaire
12. Mr Samba DIARRA Anthropologie de la Santé
13. Mr Housseini DOLO Epidémiologie
14. Mr Oumar SANGHO Epidémiologie

4. ASSISTANTS / ATTACHES DE RECHERCHE

1. Mr Seydou DIARRA Anthropologie de la Santé
2. Mr Abdrahamane ANNE Bibliothéconomie-Bibliographie
3. Mr Mohamed Mounine TRAORE Santé Communautaire
4. Mr Souleymane Sékou DIARRA Epidémiologie
5. Mr Yéya dit Sadio SARRO Epidémiologie
6. Mme Fatoumata KONATE Nutrition et Diététique
7. Mr Bakary DIARRA Santé Publique
8. Mr Ilo DICKO Santé Publique
9. Mr Moussa SANGARE Orientation, contrôle des maladies
10. Mr Mahamoudou TOURE Epidémiologie

CHARGES DE COURS & ENSEIGNANTS VACATAIRES

1. Mr Ousseynou DIAWARA Parodontologie
2. Mr Amsalla NIANG Odonto Préventive et Sociale
3. Mme Daoulata MARIKO Stomatologie
4. Mr Issa COULIBALY Gestion
5. Mr Klétigui Casmir DEMBELE Biochimie
6. Mr Brahima DICKO Médecine Légale
7. Mme Tenin KANOUTE Pneumo- Phtisiologie
8. Mr Bah TRAORE Endocrinologie
9. Mr Modibo MARIKO Endocrinologie
10. Mme Aminata Hamar TRAORE Endocrinologie
11. Mr Ibrahim NIENTAO Endocrinologie
12. Mr Aboubacar Sidiki Thissé KANE Parodontologie
13. Mme Rokia SANOGO Médecine Traditionnelle
14. Mr Benoît Y KOUMARE Chimie Générale
15. Mr Oumar KOITA Chirurgie Buccale
16. Mr Mamadou BA Chirurgie Buccale
17. Mr Baba DIALLO Epidémiologie
18. Mr Mamadou WELE Biochimie
19. Mr Djibril Mamadou COULIBALY Biochimie
20. Mr Tietie BISSAN Biochimie
21. Mr Kassoum KAYENTA Méthodologie de la recherche
22. Mr Babou BAH Anatomie
23. Mr Zana Lamissa SANOGO Ethique-Déontologie
24. Mr Lamine DIAKITE Médecine de travail
25. Mme Mariame KOUMARE Médecine de travail
26. Mr Yaya TOGO Economie de la santé
27. Mr Madani LY Oncologie

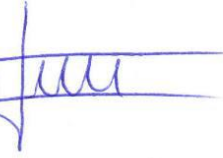
28. Mr Abdoulaye KANTE	Anatomie
29. Mr Nicolas GUINDO	Anglais
30. Mr Toumaniba TRAORE	Anglais
31. Mr Kassoum BARRY	Médecine communautaire
32. Mr Blaise DACKOOU	Chimie organique
33. Mr Madani MARICO	Chimie générale
34. Mr Lamine TRAORE	Odonto
35. Mr Abdrahamane Salia MAIGA	Odonto

ENSEIGNANTS EN MISSION

Bamako, le 29 / 09 / 2022

Le Secrétaire Principal




Dr Monzon TRAORE



DEDICACES

➤ **Au tout puissant Allah**

Le clément et le miséricordieux, à Toi toutes les louanges, Ô la lumière des cieux, de la terre et de ce qu'ils renferment.

Gloire à Toi de nous avoir assister de Ta lumière et en toute circonstance matin et soir.

➤ **Au Prophète Mouhamed (Paix et salut sur lui)**

Et à tous ses serviteurs (qu'Allah soit satisfait d'eux)

➤ **A mon père Feu Lassine DJIBO (Paix à son âme)**

Ton courage, ta bonté, ton hospitalité et ton amour resteront graves dans ma mémoire à jamais. Décédé le 28 janvier 2000 au moment où j'avais le plus besoin de ton aide. Que Dieu t'accueille dans son paradis.

➤ **A mes différentes mères : Haby Keita, Bibata Senou, Bintou Tangara**

Vous avez été à la base de mes études, je suis fier de l'éducation que vous m'avez donnée. Que Dieu vous garde aussi longtemps que possible.

➤ **A tous mes frères et sœurs : Bourama, Kadiatou, Abdoulaye, Mariam, Chaka, Kalidou, Salimata, Moussa, Alimatou, Aminata, Djenebou, Bibata, Hawa et Aichata**

Vos accompagnements financiers et moraux m'ont permis de ne manquer à rien pendant ce long cursus universitaire. Que le tout puissant fortifie nos liens familiaux. Amen.

➤ **A mes belles sœurs : Ana, Maimouna, Aminata et Fatoumata**

Merci pour vos différents repas délicieux quand je venais à la maison pour les week-ends.

REMERCIEMENTS

➤ **Le Mali**

Tu es ma patrie, terre d'accueil et d'hospitalité. Ton étendard est le mien et ton hymne je le chanterai toujours.

➤ **A tous mes enseignants du 1^{er} cycle jusqu'à l'université**

C'est aujourd'hui que j'apprécie le métier tant fatigant mais très noble qu'est l'enseignement. Sans vous que serai l'humanité : dans l'obscurité totale. Qu'Allah bénisse d'avantage cette profession.

➤ **A mon mentor et frère Dr Diallo Abdoulaye**

Vous avez toujours eu confiance en moi, vous avez été un guide inconditionnel lors de mes stages pratiques. Je me suis toujours inspiré de votre amour du travail bien fait. Merci pour vos conseils.

➤ **Mes frères et sœurs internes du service : Auriano, Ismaël, Daouda, Emmanuel, Ag al Mahmoud, Théodore, Fortuné, Fadimata, Kadidiatou, Aichata**

Je vous dis merci.

➤ **A tous les personnels du SMIT**

Malgré nos petits différends qu'on a pu régler à chaque fois (ainsi est faite toute relation professionnelle), j'ai beaucoup appris à vos cotes. Merci

➤ **A tous les malades vivants avec le VIH/SIDA**

Courage et endurance, le combat vaut vraiment la peine. Dans cette vie il n'y a pas que de succès, de réussites et de joie mais il y a également des échecs, des peines et des souffrances qu'on doit s'efforcer d'affronter et de surmonter. C'est ce qui fait la grandeur et la force d'un Homme.

➤ **A mes amis: Aboubacar Coulibaly, Hamidou Samake, Seydou Haidara, Moussa Samake, Diaguely Bidanessy, Ousmane Koumeré...**

Merci de m'avoir soutenu dans des moments difficiles, je vous remercie de tout mon cœur.

➤ **A mes camarades de classes : Lucien Togola, Sory I Tarre, Djibril Doumbia, Makan Sissoko, Aichata Ouane, Aichata Sangho**

Nous sommes les dignes fils de l'Afrique. Le Mali place beaucoup d'espoir en nous, l'Afrique compte énormément sur nous et l'humanité tout en entière nous regarde.

**HOMMAGES AUX MEMBRES DU
JURY**

❖ **A notre maître et Président du jury :**

Professeur Sounkalo DAO

- Professeur titulaire des Maladies Infectieuses et Tropicales ;
- Responsable de l'enseignement des Maladies Infectieuses à la **FMOS** ;
- Investigateur clinique au Centre Universitaire de Recherche Clinique (**UCRC**) ;
- Chercheur au centre de recherche et de formation sur la tuberculose et le VIH ;
- Coordinateur du Diplôme d'Etudes Spécialisées (**D.E.S**) des Maladies Infectieuses et Tropicales ;
- Coordinateur du D.U de VIH/Sida et co-infections à la **FMOS** ;
- Président de la Société Malienne des Pathologies Infectieuses et Tropicales (**SOMAPIT**) ;
- Membre de la Société Africaine des pathologies Infectieuses (**SAPI**) ;
- Membre du Collège Ouest Africain des Médecins ;
- Membre de la Société des Pathologies Infectieuses de Langue Française (**SPILF**) ;
- Directeur de publication de la Revue Malienne d'Infectiologie et de Microbiologie ;
- Chef de service des Maladies Infectieuses et Tropicales du CHU du Point G.

Cher maître,

Vous nous avez honorés en acceptant de présider ce jury de thèse malgré vos multiples occupations. Vos qualités scientifiques et votre souci pour la culture de l'excellence auprès de vos apprenants font de vous un maître exemplaire. Veuillez accepter cher maître l'expression de notre profonde gratitude et notre sincère respect.

❖ **A notre maître et co-directeur de thèse**

Docteur Oumar MAGASSOUBA

- Médecin spécialiste des Maladies Infectieuses et Tropicales
- Praticien hospitalier au CHU du point-G
- Membre de la Société Malienne des Pathologies Infectieuses et Tropicales

Cher maître,

Vous nous avez accepté et encadré ce travail malgré votre emploi du temps chargé. Vos qualités humaines et votre générosité font de vous un homme remarquable. Nous avons également apprécié votre disponibilité et votre rigueur pour le travail bien fait. Nous vous prions de recevoir ici cher maître, l'expression de notre profonde gratitude.

❖ **A notre maitre et directeur de thèse**

Professeur Issa KONATE

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

Cher maitre,

Vous nous faites un grand honneur en nous confiant ce travail. Nous avons admiré vos qualités scientifiques, humaines et pédagogiques. Votre gentillesse et votre amour pour le travail bien fait font de vous un homme apprécié.

Puisse l'éternel vous accorde une longue vie et une brillante carrière.

❖ **A notre maitre et juge**

Docteure Fatoumata DAOU

- Pharmacienne à la pharmacie du CHU du point G
- Assistante en pharmacologie à la faculté de pharmacie

Chère maitre,

Votre humanisme, votre disponibilité permanente, vos remarquables connaissances scientifiques nous ont toujours impressionnés. Vous n'avez ménagé aucun effort à nous conseiller et orienter sur la réalisation de ce travail. Veuillez accepter notre entière considération.

ABBREVIATIONS :

ABC : Abacavir

ADN : Acide désoxyribonucléique

ALAT: Alanine aminotransférase

APV : Amprénavir

ARN : Acide ribonucléique

ARV : Antirétroviraux

ATV: Atazanavir

AZT: zidovudine

(AZT +3TC) : Zidovudine + lamivudine en combinaison fixe

CCR 5 : Récepteur de bêta chémokine

CDC : Centers of Diseases Control and Prevention

CERKES : Centre de Référence Kéné Dougou Solidarité

CSCOM : Centre de santé communautaire

CSREF : Centre de santé de référence

CESAC: Centre d'écoute, de soins, d'animation, et de conseil

CISMA: Conférence internationale sur le SIDA et les Maladies sexuellement transmissibles en Afrique.

CMV : Cytomégalovirus

CP: Comprimé

CPK: Créatinine phosphokinase

CV: Charge virale

CYP 450: Cytochrome P450

DDC: Zalcitabine

DDI : Didanosine

DTG: Dolutégravir

EFV: Efavirenz

ES : Effet secondaire

FTC: Emtricitabine

GP : Glycoprotéine

HCNLS : Haut Conseil National de Lutte contre le Sida

IDV : Indinavir

IMAARV: Initiative malienne d'accès aux antirétroviraux

IM : Intramusculaire

INTI : Inhibiteurs nucléosidiques de la transcriptase inverse

INNTI: Inhibiteurs non nucléosidiques de la transcriptase inverse

IP : Inhibiteurs de protéase

IST : Infection sexuellement transmissible

IV : Intraveineuse

LCR : Liquide céphalo-rachidien

NVP: Névirapine

OMS : Organisation mondiale de la santé

ONU : Organisation des nations Unies

ONUSIDA: l'organisation des nations unis contre le sida

PDV : Perdu de vue

PTME: Prévention de la transmission mère enfant du VIH

RAL: Raltégravir

RTV: Ritonavir

SIDA: Syndrome d'immunodéficience acquise

SMIT: Service des Maladies Infectieuses et Tropicales

SQV: Saquinavir

TARV : Traitement ARV

TCD4: Les classes de différenciation T4

TDF: Tenofovir

TAF: Tenofovir/alafenamide

USAC: Unité de soins d'Accompagnement et conseil

VIH : Virus de l'immunodéficience humaine

PVVIH : Personne vivant avec le VIH

3TC: Lamivudine

LISTE DES TABLEAUX

Tableau I : Répartition des patients selon le sexe et la non observance au TARV.....	53
Tableau II : Répartition des patients selon les tranches d'âge et la non observance au TARV	54
Tableau III : Répartition des patients selon la profession et la non observance au TARV	55
Tableau IV: Répartition des patients selon la résidence	55
Tableau V : Répartition des patients selon la résidence et la non observance thérapeutique ..	56
Tableau VI : Répartition des patients selon le statut matrimonial et la non observance thérapeutique.....	56
Tableau VII : Répartition des patients selon le niveau d'étude et la non observance au TARV	57
Tableau VIII : Répartition des patients selon la non observance au TARV et la réalisation du counseling au moment du dépistage du VIH	58
Tableau IX : Répartition des patients selon la ligne thérapeutique et la non observance au TARV.....	59
Tableau X : Répartition des patients selon la non observance au TARV et la durée sous TARV.....	59
Tableau XI : Répartition des patients selon la non observance au TARV et le nombre de comprimé ARV pris par jour	60
Tableau XII : Répartition des patients selon la non observance au TARV et la dernière charge virale	61
Tableau XIII : Répartition des patients selon la non observance au TARV et le dernier taux de CD4.....	62
Tableau XIV : Répartition des patients selon la non observance au TARV et le partage du statut avec leur conjoint(e)	62
Tableau XV : Répartition des patients selon la non observance au TARV et le partage du statut avec les autres membres de la famille.....	63
Tableau XVI : Répartition des patients selon la non observance au TARV et les effets secondaires liés aux ARV	63
Tableau XVII : Répartition des patients selon la non observance au TARV et l'impression de toxicité des ARV.....	64
Tableau XVIII : Répartition des patients selon la non observance au TARV et la notion de voyage.....	64

Tableau XIX : Répartition des professionnels de santé selon leur ancienneté dans la prise en charge des PVVIH	65
Tableau XX : Répartition des professionnels de santé selon les difficultés rencontrées dans ce travail avec leur confrère	65
Tableau XXI : Répartition des professionnels de santé selon les difficultés rencontrées dans ce travail avec leur patient	66
Tableau XXII : Répartition des professionnels de santé selon les indicateurs qu'ils utilisent pour détecter la non observance aux TARV chez un patient.....	66
Tableau XXIII : Répartition des professionnels de santé selon le rapport entre la non observance aux TARV et d'autres caractéristiques comme :	67
Tableau XXIV : Répartition des professionnels de santé selon le rapport entre la non observance aux TARV et d'autres variables comme :.....	67
Tableau XXV : Répartition des professionnels de santé selon les méthodes qu'ils utilisent en cas de non observance au TARV	68
Tableau XXVI : Répartition des professionnels de santé selon les solutions proposées pour remédier aux problèmes de non observance au TARV	68

LISTE DES FIGURES

Figure 1 : Structure du VIH	33
Figure 2 :Cycle de vie du VIH.....	34
Figure 3 : Diagramme de flux	52
Figure 4 : Répartition des patients selon le sexe.....	53
Figure 5 : Répartition des patients selon les tranches d'âge	54
Figure 6 : Répartition des patients en fonction du niveau d'étude	57
Figure 7 : Répartition des patients en fonction de l'effectivité du counseling au moment du depistage du VIH	58
Figure 8 :Répartition des patients selon leur dernière charge virale.....	60
Figure 9 : Répartition des patients selon leur dernier taux de CD4.....	61

TABLE DES MATIERES

I.	INTRODUCTION :	27
II.	OBJECTIFS :	30
III.	GENERALITES :	32
IV.	METHODOLOGIE :	46
V.	RESULTATS	52
VI.	DISCUSSION	70
VII.	CONCLUSION	75
VIII.	RECOMMANDATIONS	76
IX.	REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES	78
X.	ANNEXES	83

INTRODUCTION

I. INTRODUCTION :

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

En 2021, 38.4 millions de personnes vivaient dans le monde avec le VIH. 1.5 millions de personnes sont nouvellement infectées par le VIH en 2021. 650000 personnes sont décédées des maladies liées au VIH/sida en 2021[1].

L'Afrique demeure la région la plus touchée par cette maladie avec une proportion de près de 2/3 des populations des personnes infectées. L'Afrique de l'est et du sud représente la région la plus lourdement touchée par le VIH (20.6 millions de personnes) l'Afrique de l'ouest et du centre (4.7 millions) [2].

L'estimation à partir des Enquêtes Démographique et de Santé au Mali (EDSM), permet d'observer que dans la population générale, la prévalence est passée de : 1,7% en 2001, 1,3% en 2006 à 1,1% en 2018. 56306 ont accès à la trithérapie ARV. Le Mali est un pays à épidémie généralisée du VIH, à prévalence basse avec tendance à la stabilisation [3].

Parmi les patients vivant avec le VIH (PVVIH), seul environ un tiers prend ses médicaments selon la prescription. Cependant même lorsque les patients comprennent pleinement les conséquences de la non-observance au traitement, les taux d'observance ne sont pas optimaux. La bonne observance est un facteur décisif dans le succès du traitement. Contrairement à d'autres maladies chroniques, la vitesse de répllication et la mutation rapide du VIH exigent des niveaux très élevés d'observance (soit = 95%) pour obtenir la suppression durable de la charge virale. La mauvaise observance peut rapidement conduire à la résistance et le virus peut ensuite être transmis à d'autres personnes [4].

De nombreuses études expérimentales et d'observations effectuées essentiellement dans les pays développés ont montré l'importance de l'observance comme facteur majeur de l'efficacité thérapeutique. Mills *et al.* en 2006, dans une méta-analyse, ont trouvé un combiné continental (Afrique et Amérique du nord) de non-observance au traitement antirétroviral de 36%, avec 45% de non-observance en Amérique du Nord et 23% en Afrique [5]. Vingt-deux pour cent de non-observance ont été rapportés en Côte d'Ivoire [6], 13% au Cameroun [7].

Byakika *et al.* [8] ont rapporté 32% de non-observance au TAR en Ouganda. Quarante-six pour cent de non-observance au Nigéria a été rapporté par Iliyasu *et al.* [9] et 37% en Afrique du Sud par Orell *et al.* [10]. En République Démocratique du Congo (RDC), l'épidémie de VIH est relativement stable, avec une prévalence de la maladie variant autour de 1,2% en 2013 [11] dont seuls 12,3% des patients éligibles ont eu accès aux traitements antirétroviraux en 2012 [12]. Une étude menée à Kinshasa en 2012 a rapporté un taux de non-observance de 20,9% [13].

La non-observance au traitement antirétroviral a souvent été associée à divers facteurs dont ceux liés aux patients, au système des soins de santé, au traitement et aux facteurs socio-économiques [5-10, 13].

Ce présent travail aura pour but d'identifier les différents facteurs associés à cette non observance chez les PVVIH suivies dans le service des maladies infectieuses et tropicales du CHU du Point G.

QUESTIONS DE RECHERCHE :

Existen-ils des facteurs favorisant chez les PVVIH pouvant conduire à la non observance thérapeutique aux ARV ?



OBJECTIFS

II. OBJECTIFS :

1. Objectif général :

Etudier les facteurs associés à la non observance thérapeutique aux ARV chez les PVVIH suivies dans le service des maladies infectieuses et tropicales (SMIT) du CHU du Point G.

2. Objectifs spécifiques :

- Décrire les caractéristiques socio démographiques des PVVIH suivies dans le SMIT.
- Déterminer la fréquence de la non observance thérapeutique aux ARV chez les PVVIH suivies dans le SMIT.
- Identifier et analyser les facteurs prépondérants associés à la non observance thérapeutique aux ARV chez les PVVIH suivies dans le SMIT.



GENERALITES

III. GENERALITES :

1- Épidémiologie :

1-1. Agent pathogène :

Le VIH est un virus appartenant à la famille des *Retroviridae* du genre *lentivirus*. Il mesure environ 120 nm de diamètre et est formé :

- d'une enveloppe virale constituée d'une double bicouche lipidique et de deux glycoprotéines, la gp120 et la gp41, issues du clivage de la glycoprotéine gp160 ;
- d'un core viral ou nucléocapside composée d'une couche de protéines p17 et d'une couche plus profonde de protéines p24 ;
- d'un génome viral, composé de deux copies d'ARN simple brin, qui code pour trois gènes de structures essentiels ; *gag*, *env* et *pol*. *Gag* code pour les protéines de la membrane interne et de la nucléocapside du virus, *pol* pour les enzymes spécifiques du virus et *env* pour les deux glycoprotéines de l'enveloppe. L'ARN du VIH est associé à des enzymes essentielles pour la réplication du virus : la transcriptase inverse ou reverse transcriptase (RT) p64, la protéase p10 et l'intégrase p32. [14,15,16].

Il est isolé pour la première fois par l'équipe de Luc Montagnier à l'institut Pasteur de Paris en 1981[17,18]. Il se présente donc sous deux formes, le VIH1, ubiquitaire et le VIH2, principalement retrouvé en Afrique de l'Ouest. Il existe une grande variabilité génétique de ces deux virus. Le VIH de type 1 est lui-même divisé en quatre groupes : le groupe M qui se divise en neuf sous types (le sous type B prédomine en France et le sous type C dans le monde), le groupe N, le groupe O et le groupe P découvert par Jean Christoph Plantier en 2009 [19, 20,21].

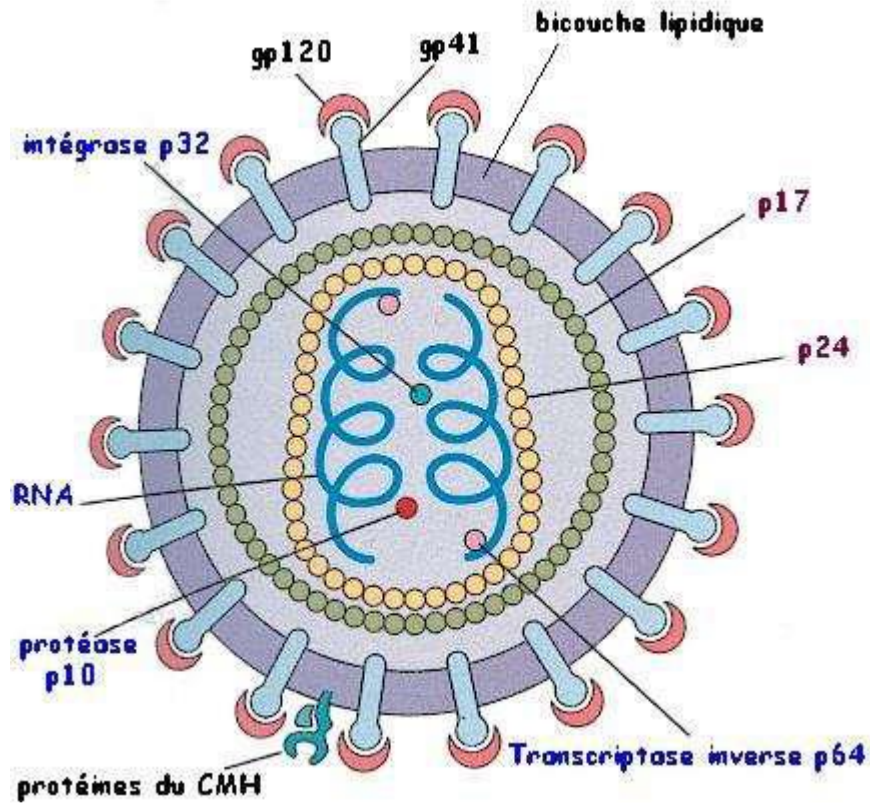


Figure 1 : Structure du VIH .

1-2. Réplication du VIH :

Le cycle de réplication peut être divisé en deux étapes :

- De la fixation à l'intégration de l'ADN viral.
- De l'intégration à la production virale.

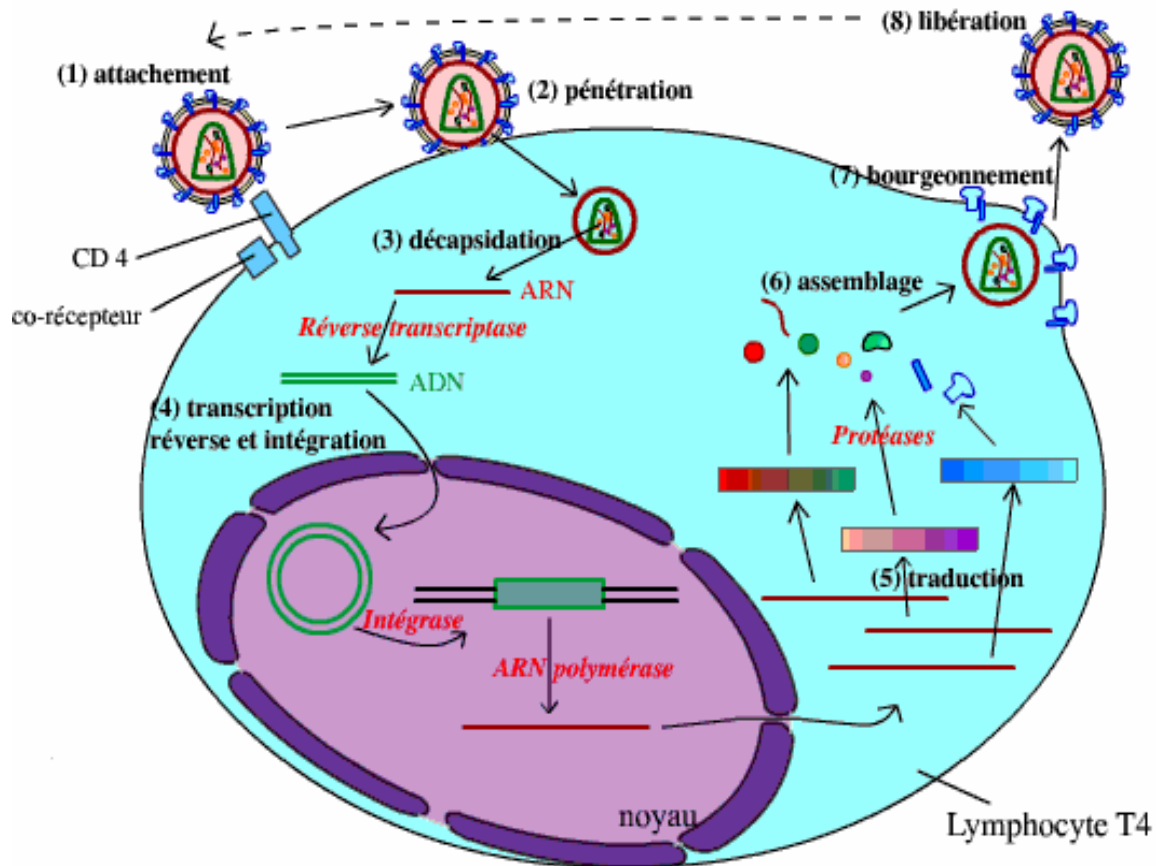


Figure 2 :Cycle de vie du VIH

(1) attachement

Le virus se fixe sur le lymphocyte T4, par reconnaissance entre la protéine virale gp120 et la protéine CD4 du lymphocyte (ainsi qu'un corécepteur).

(2) pénétration

Les deux membranes (du virus et du lymphocyte) fusionnent, ce qui permet la pénétration de la nucléocapside (les deux capsides + le matériel génétique, etc.) du virus dans le cytoplasme.

(3) décapsulation

La capside se dissocie, libérant l'ARN viral dans le cytoplasme.

(4) reverse transcription et intégration

Grâce à la reverse transcriptase virale, l'ARN viral est rétro-transcrit en ADN double brin. Cet ADN pénètre dans le noyau, où il s'intègre au génome du lymphocyte. Il est ensuite transcrit en ARN.

(5) traduction

Après avoir été transcrits par l'ARN polymérase de la cellule, les ARN messagers viraux sont traduits en trois précurseurs protéiques. Ces précurseurs sont clivés par des protéases, pour donner les différentes protéines du virus.

(6) assemblage

Les protéines virales et l'ARN viral (transcrit par ailleurs) sont associés pour reformer des virus (sous la membrane). Les protéines virales membranaires sont intégrées à la membrane du lymphocyte.

(7) bourgeonnement

Le virus bourgeonne, emportant un fragment de la membrane plasmique du lymphocyte (qui contient uniquement les protéines membranaires virales).

(8) libération

Les nouveaux virus sont libérés dans le milieu intérieur. Ils peuvent infecter de nouveaux lymphocytes

1-3. Mode Transmission :

Le VIH se transmet principalement par : [22,23]

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

1-4. Fréquence :

En 2019 le monde comptait ainsi 38 millions de personnes vivant avec le VIH [24]. Avec 1,7 million de personnes nouvellement infectées en 2019, nous sommes encore loin des moins de 500.000 nouveaux cas, but fixé pour 2020 par l'ONU-SIDA. Le nombre de personnes décédées s'élevait à 690.000 pour la même année contre 1,7 millions en 2004 et 1,1 millions en 2010. Chaque semaine, environ 5500 jeunes femmes âgées de 15-24 ans sont infectées par le VIH [20]. En Afrique subsaharienne les jeunes femmes âgées de 15 à 24 ans sont deux fois plus susceptibles de vivre avec le VIH que les hommes. Les femmes et les filles représentaient environ 48% de toutes les nouvelles infections à VIH en 2019 [24].

La prévalence au Mali était de 1,1% au cours de l'Enquête Démographique et de santé du Mali (EDSM-V) 2012-2013. Globalement les femmes sont plus touchées que les hommes respectivement 1,3% et 0,8% [25].

1-5. Histoire naturelle : [26]

L'infection par le VIH est d'évolution lente et peut produire une très grande variété de manifestations cliniques mais parfois rester longtemps asymptomatique. Toute personne infectée par le VIH n'évolue pas obligatoirement vers le sida. Le fait essentiel au cours de l'infection VIH est l'apparition progressive d'une immunodépression (principalement liée à l'atteinte des lymphocytes CD4).

-La phase aiguë ou primo-infection : elle survient deux à trois semaines après la contamination, les manifestations cliniques peuvent être variées. C'est durant cette phase que l'organisme va fabriquer les anticorps spécifiques du VIH qui pourrait être décelés par le test de dépistage de l'infection.

-La phase asymptomatique ou d'infection chronique : Le sujet séropositif (test dépistage positif). Le virus est présent, en multiplication mais contrôlé par le système immunitaire de l'organisme.

-La phase symptomatique : la destruction des lymphocytes CD4 entraîne un affaiblissement progressif du système immunitaire qui peut se traduire par les manifestations cliniques et/ou des pathologies plus ou moins graves n'entrant pas dans la définition du sida.

-Le sida : L'apparition des pathologies opportunistes chez le sujet infecté par le VIH.

2- Bases diagnostiques :

2-1 Cliniques :

La primo-infection est la phase initiale et aiguë de la maladie. Elle survient 2 à 3 semaines après le contact infectant. Elle est symptomatique dans 60% des cas. Bien que des symptômes (fièvre, poly adénopathie, angine, éruption fruste de quelques jours) puissent être observés lors de la primo infection, il est exceptionnel que le diagnostic soit évoqué à ce stade précoce en régions tropicales. La banalité de ces symptômes spontanément régressifs en 1 à 2 semaines, rarement au complet et les causes multiples pouvant leur être attribuées font qu'ils sont le plus souvent ignorés par le patient et les soignants ou mis sur le compte d'une infection endémique telle qu'une arbovirose ou un accès palustre [22].

Le diagnostic clinique se fait sur la base de classification de L'OMS [12] :

- Classification de l'OMS en 4 stades cliniques 1, 2, 3 et 4. La classification OMS des stades du marqueur du VIH indique les manifestations les plus souvent observées et les regroupe selon 4 stades de sévérité croissante. La survenue de ces manifestations permet conjointement avec la numération des lymphocytes CD4 (quand elle est disponible), de définir le stade évolutif du déficit immunitaire et d'orienter la prise en charge thérapeutique [12 ;22]

Ainsi cette classification se compose comme suit :

- **Stade clinique 1** : Patient asymptomatique, adénopathies persistantes généralisées.

Degré d'activité : activité normale

- **Stade clinique 2** : perte de poids < 10 % du poids corporel, Zona (au cours des 5 dernières années), manifestations cutanéomuqueuses mineures (dermite séborrhéique, prurigo, ulcérations buccales, chéilite angulaire), infections récidivantes des voies aériennes supérieures.

Degré d'activité : patient symptomatique, activité normale

- **Stade clinique 3** : Perte de poids supérieure à 10 % du poids corporel, diarrhée inexpliquée > 1 mois, fièvre prolongée > 1 mois, candidose buccale, leucoplasie orale chevelue, tuberculose pulmonaire au cours de l'année précédente, Infection bactérienne sévère.

Degré d'activité : patient alité moins de 50 % du temps

- **Stade clinique 4** : Syndrome cachexisant dû au VIH, pneumocystose, toxoplasmose cérébrale, Cryptosporidiose avec diarrhée > 1 mois, cryptococcose extra-pulmonaire, Cytomégalovirus, Herpes virose cutanéomuqueuse > 1 mois ou viscérale, leucoencéphalite multifocale progressive, trachéale, bronchique ou pulmonaire, mycobacteriose atypique disséminée, tuberculose extra pulmonaire, lymphome malin, sarcome de Kaposi, encéphalopathie à VIH.

Degré d'activité : patient alité plus de 50 % du temps.

2-2 Biologiques : [27]

Les méthodes utilisées pour la détection de l'infection par le virus du VIH comprennent des tests plasmatiques ou sanguins qui détectent soit :

- Des Anticorps produits par l'hôte : méthodes indirectes
- Le virus entier ou une particule virale : méthodes directes

Méthode indirecte :

Le diagnostic indirect ou sérologique fondé sur la détection des anticorps reste dans la majorité des cas l'approche diagnostique la plus pertinente et la plus accessible. Les méthodes de référence pour la visualisation de la réaction Ag-Ac sont actuellement :

- Tests rapides, facilement réalisables et qui ne demandent pas de moyens sophistiqués : les résultats sont obtenus plus rapidement que l'ELISA par simple lecture à l'œil nu. Cependant, aussi performants qu'ils sont pour les anticorps anti-VIH-1 et anti-VIH-2 au cours de la phase chronique de l'infection, ils n'offrent pas d'une manière générale le même niveau de sensibilité que les tests ELISA de troisième et quatrième génération au cours de la primo-infection. Leur avantage est leur usage dans les situations d'urgences et du fait qu'ils différencient généralement les VIH-1 et VIH-2. Ils se posent sur des tests qui utilisent les antigènes viraux et les anticorps produits par l'hôte permettant la détection spécifique pour :
VIH1 : Ac anti-gp120 et Ac anti-gp41. VIH2 : Ac anti-gp140 et Ac anti-gp36.

ELISA : [27]

Principe : Les tests ELISA sont des réactions immuno-enzymatiques en phase solide utilisant des antigènes sélectionnés capables de se fixer aux anticorps spécifiques. L'interaction Ag-Ac est révélée par une coloration résultant de l'action d'un substrat sur une enzyme. La méthode ELISA permet d'utiliser différents types d'antigènes ou anticorps : Lysats de virus, protéines virales natives, protéines de recombinaison génétique ou peptides de synthèse. Ceci permet des sérologies analytiques selon les marqueurs utilisés. Classification : Les tests ELISA peuvent être classés en fonction de plusieurs critères :

En fonction du support antigénique :

- les tests ELISA de 1ère génération : utilisant des lysats viraux
- les tests ELISA de 2ème génération : utilisant des protéines recombinantes ou des peptides synthétiques et ne détectent que les Ac de type IgG.
- Les tests ELISA de 3ème génération : utilisent les mêmes antigènes que les tests de 2ème génération mais ils permettent de détecter les anticorps de type IgG et IgM.

- les tests de 4ème génération : détectent simultanément les AC anti-VIH (IgG et IgM) et l'antigène p24. Cette double détection permet de réduire la fenêtre sérologique et permet un dépistage précoce de l'infection.

En fonction de principe de la réaction :

- ELISA indirect,
- ELISA par compétition,
- ELISA par sandwich, Tests rapides : [28 ; 29]

Le principe est aussi basé sur la réaction antigène-anticorps. Les Ag ou Ac sont fixés au préalable sur le support de réaction. Au cours de la réaction, les Ag ou Ac spécifiques présents dans le sérum ou plasma à tester se lient respectivement aux Ac ou Ag correspondants. La révélation se fait soit par :

- Agglutination : les Ac spécifiques se fixent aux Ag formant des ponts entre eux permettant leur union en amas que l'on voit à l'œil nu.
- Immuno- marquage : dans cette réaction les complexes Ag-Ac sont révélés par un chromogène permettant de les voir à l'œil nu.

Les tests de confirmation VIH :

La radio – immuno- précipitation (RIPA) : [29]

Principe : Utilise un virus marqué par un isotope radioactif (en général la cystéine 35). Le lysat viral contenant les antigènes à l'état natif est incubé avec le sérum à tester. Les complexes immuns formés sont alors captés sur un support d'affinités telles que des billes de protéine A-sepharose. Les antigènes viraux retenus par les anticorps spécifiques sont ensuite élués et séparés en fonction de leur poids moléculaire sur le gel de polyacrylamide. La révélation est effectuée par autoradiographie. Cette technique met en évidence préférentiellement des anticorps dirigés contre les protéines d'enveloppe et de ce fait elle constitue un apport complémentaire d'informations pour les échantillons sériques d'interprétation délicate en Western Blot. La RIPA est un test de confirmation très sensible, réservé à des laboratoires agréés.

Le Western Blot : [28]

C'est la technique la plus utilisée. Cette technique consiste à faire migrer les protéines virales dénaturées sur un gel de polyacrylamide. Ces protéines sont séparées selon leur poids, puis transférées sur une feuille de nitrocellulose qui sera découpée en bandelettes. Chaque bandelette est incubée avec le sérum à étudier. La fixation des anticorps sur les protéines spécifiques sera mise en évidence par une anti globuline conjuguée à une enzyme, révélée par un substrat chromogénique. Une bande colorée sera présente au niveau de chaque protéine spécifique du virus contre laquelle le sérum possède des anticorps. Le western Blot doit toujours être effectué sur un sérum différent de celui qui a permis le dépistage des anticorps en vue d'éliminer toute erreur possible. Il est dit positif lorsque le sujet présente des anticorps dirigés contre deux protéines d'enveloppe GP 160, GP 120 ou GP 41 et une protéine Gag (P 24 ou 55) ou une protéine Pol (P 64 ; P 53 ; P 31). Chez les sujets infectés depuis longtemps, les anticorps dirigés contre les protéines des gènes gag ont tendance à disparaître.

Méthode directe :

La technique de biologie moléculaire PCR (polymérase chainreaction) met en évidence l'ADN proviral pour le VIH. Cette technique permet le diagnostic précoce de l'infection, la mesure de la charge virale des patients infectés, l'étude de la résistance aux ARV, d'évaluer le risque évolutif de la maladie. La diminution de la virémie au cours d'un traitement prouve son efficacité. La technique d'amplification par PCR est actuellement la plus sensible.

3. Traitement :

3-1 Buts :

La thérapie anti-VIH vise à :

- rendre indétectable la charge virale en dessous du seuil de détection (50 ou 25copies/ml),
- favoriser la restauration immunitaire par l'augmentation du taux de CD4,
- améliorer la qualité de vie et réduire la transmission

3-2 Moyens :

Les moyens sont essentiellement médicamenteux. Les médicaments les plus utilisés sont les antirétroviraux (ARV) qui inhibent la réplication virale quel que soit son stade. On distingue en fonction de leur mode et leur site d'action les classes thérapeutiques suivantes :

- Les inhibiteurs d'entrée :
 - o Les inhibiteurs de fusion : Enfuvirtide injectable (FuzéonR) ;
 - o Les inhibiteurs de CCR5 : Maraviroc (Celsentri)
 - o Les inhibiteurs de l'intégrase (II) : Raltégravir (Isentress), Dolutegravir.
- Les inhibiteurs de protéases (IP) : Saquinavir (SQV), Indinavir (IDV), Ritonavir (RTV), Lopinavir (LPV), Amprenavir (APV), Darunavir, Atazanavir (ATV), Tipranavir et Fosamprenavir (FPV) ;
- Les inhibiteurs de la reverse transcriptase se divisent en deux sous-groupes :
 - o Les inhibiteurs nucléosidiques/nucléotidiques de la transcriptase inverse (Didanosine, Stavudine, Zidovudine, Lamuvidine, Abacavir, Emtricitabine et Tenofovir)
 - o Les inhibiteurs non nucléosidiques/nucléotidiques de la transcriptase inverse (Névirapine, Delavirdine, Efavirenz, Etravirine, Rilvipirine).

3-3 Indications : [26]

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

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

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

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

- acceptabilité du statut
- informations maximums sur le traitement
- acceptabilité du traitement.

SCHÉMAS THÉRAPEUTIQUES

Est considéré comme schéma de première ligne :

- tout schéma de première intention prescrit chez un sujet naïf de tout traitement antirétroviral.

- toute substitution en cas d'intolérance par exemple, est aussi considérée comme un schéma alternatif de première ligne.

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

SCHÉMAS DE PREMIÈRE LIGNE

SCHÉMAS DE PREMIÈRE LIGNE POUR LE VIH1

• CHEZ LES ADULTES ET ADOLESCENTS

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

Le schéma PREFERENTIEL est le suivant :

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

Le schéma ALTERNATIF est le suivant :

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

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

Il leur sera proposé le schéma PREFERENTIEL suivant :

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

SCHÉMA DE PREMIÈRE LIGNE POUR LE VIH-2 OU COÏNFECTIION VIH-1+VIH-2 OU VIH-1 DU GROUPE O

• CHEZ LES ADULTES ET ADOLESCENTS

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

Le schéma PRÉFÉRENTIEL est le suivant :

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

Le schéma ALTERNATIF est le suivant :

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

LES SCHEMAS PROPOSES EN DEUXIEME LIGNE THERAPEUTIQUE

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

AZT / 3TC + ATV/r

AZT / 3TC + LPV/r

SCHÉMAS DE 3ème LIGNE

DRV/r + DTG (50 mg BID) + ABC/3TC ou ABC

□ CAS PARTICULIERS :

-Coïnfection VIH-VHB [22] Il est recommandé un schéma ARV comprenant au moins deux molécules actives sur le VHB. Les molécules actives sur le VHB sont : Ténofovir, Lamivudine, Dolutégravir et Raltégravir.

TABLEAU : Substitution selon les schémas de 1eres et 2èmes lignes en cas de découverte d'une coïnfection VIH/VHB [22]

PREMIERE LIGNE	
SCHEMAS ARV EN COURS	COMMENTAIRES
TDF / 3TC / DTG	Maintenir le même traitement
TDF / 3TC / EFV 400	Maintenir le même traitement
TDF / 3TC + RAL	Maintenir le même traitement
DEUXIEME LIGNE	
AZT / 3TC + ATV/r (ou LPV/r)	Maintenir le même traitement en rajoutant le TDF En cas de contre-indication au TDF le remplacer par le TAF
AZT / 3TC + DTG	Maintenir le même traitement

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

-Co infection VIH-TB [22] : Maintenir le même schéma

TDF+3TC+DTG (plus 50mg de DTG)

3-4 Surveillance :

La surveillance a pour but : d'évaluer l'efficacité du traitement, de détecter les effets indésirables et de détecter un défaut d'observance.

METHODOLOGIES

IV. METHODOLOGIE :

1. CADRE ET LIEU DE L'ETUDE :

L'étude a été réalisée dans le service des maladies infectieuses et tropicales du Centre Hospitalo-Universitaire (CHU) du point G.

A. HOPITAL DU CHU DU POINT G

L'hôpital du Point G existe depuis le début du siècle passé. Il s'est constitué à partir d'un hôpital militaire issu de la période coloniale. Il est érigé en établissement public à caractère administrative (EPA) doté de la personnalité morale et de l'autonomie de gestion par la loi n° 92-023 du 05 octobre 1992. Conformément à la convention hospitalo-universitaire, il change de statut et devient CHU (centre hospitalier universitaire). Structure de troisième niveau de référence (sommet de la pyramide des soins), il a une superficie de 35 hectares. Il est situé au nord de la ville de Bamako sur la colline dont il porte le nom, à 8 km du centre de la ville, faisant partie de la commune III de Bamako, sur la rive gauche du fleuve Niger.

La structure est dotée de 3 missions :

- Mission de soins ;
- Mission de formation ;
- Mission de recherche.

Dirigé par un directeur général, assisté d'un directeur général adjoint, le CHU du Point G comprend :

- **Deux organes de gestion :**
 - Le conseil d'administration ;
 - Le comité de direction ;
- **Quatre organes consultatifs :**
 - La commission médicale d'établissement (CME) ;
 - Le comité technique d'établissement (CTE) ;
 - Le comité technique et de sécurité ;
 - La commission des soins infirmiers et obstétricaux (CSIO) ;

L'organisation générale du CHU du Point G se présente comme suit :

- L'administration générale composée de :

- Une direction ;
- Une agence comptable
- Un service d'audit interne ;
- Un service de contrôle de gestion ;
- Un service informatique ;
- Un service social hospitalier ;
- Un service de maintenance ;
- Un service des ressources humaines ;
- Un service financier ;
- Les Services de médecine et spécialités médicales : (Cardiologie, Hématologie oncologie, Maladies infectieuses et tropicales, Médecine interne, Néphrologie, Neurologie, Pneumo-phtisiologie, Psychiatrie, Rhumatologie, et un centre de prise en charge de la COVID 19).
- Les services de chirurgies et spécialités chirurgicales : (Anesthésie-réanimation et urgences, Chirurgie générale viscérale et laparoscopie (A), Chirurgie cardio-vasculaire et endocrinologie (B), Gynéco-obstétrique et Urologie.
- Les services du plateau technique : (Laboratoire de biologie médicale et d'hygiène, Imagerie Médicale et Médecine nucléaire, Laboratoire d'anatomie et cytologie pathologique, Pharmacie hospitalière, Une délégation du contrôle financier et un service des soins, d'hygiène et du SIH).

B. SERVICE DES MALADIES INFECTIEUSES ET TROPICALES

Créé en 1912 sous l'appellation dite des « contagieux », le nouveau service dit des maladies infectieuses et tropicales fut créé le 05 Novembre 2009. C'est le service national de référence en matière de prise en charge de toutes les pathologies infectieuses et tropicales au Mali. Il participe à la formation pratique des étudiants en médecine et des médecins inscrits pour le diplôme d'Etudes Spécialisées en Maladies Infectieuses et Tropicales. Il est abrité par un bâtiment à deux (02) niveaux :

-Au rez-de-chaussée, se trouve 12 salles d'hospitalisations, 02 salles de consultations, 01 salle d'accueil, le bureau du major, 01 salle des infirmiers, 01 salle des médecins en spécialisation, 01 salle des thésards, 01 salle des techniciens de surface, 01 hall pour les patients et accompagnants, 02 toilettes pour le personnel et 02 toilettes pour les malades et

accompagnants. Le service a une capacité d'hospitalisation de 36 lits, répartis entre 02 unités (AB et C).

- A l'étage, se trouve le bureau du chef de service, les bureaux des médecins infectiologues, 01 salle pour les archives, 01 salle d'unité de recherche, 01 salle de cours et 02 toilettes pour le personnel.

En 2022, le personnel du service se répartit comme suit :

- (02) Professeurs titulaires des Maladies Infectieuses
- (02) Maitres de conférences
- (02) Médecins Chargés de recherches
- (02) Médecins praticiens hospitaliers
- (01) Psychologue
- (02) Infirmiers techniciens supérieurs de santé
- (02) Infirmiers techniciens de santé
- (01) Aide-soignante
- (04) Techniciens de surface

2. TYPE ET PERIODE D'ETUDE :

Il s'agissait d'une étude transversale descriptive avec recueil prospectif des données.

La collecte a été réalisée entre le 02 mai et le 02 Aout 2022 soit 03 mois d'activités.

3. POPULATION D'ETUDE :

L'étude s'est portée sur les PVVIH sous ARV depuis au moins 01 mois et suivies dans le service des maladies infectieuses et tropicales du CHU du Point G.

a. CRITERES D'INCLUSION :

- ✓ Toutes les PVVIH informées de leur statut VIH.
- ✓ Toutes les PVVIH initiées au traitement ARV et suivies dans le service depuis au moins 01 mois.
- ✓ Toutes les PVVIH ayant donné leur consentement pour participer à l'étude.

b. CRITERES DE NON INCLUSION :

- ✓ Toutes les PVVIH suivies dans le service mais n'ayant pas donné leur consentement pour participer à l'étude.

4. ECHANTILLONNAGE :

- **Méthode d'échantillonnage :** La méthode d'échantillonnage était non probabiliste.
- **Technique d'échantillonnage :** L'échantillonnage était par choix raisonné de tous les malades répondant aux critères d'inclusion.

5. COLLECTE DES DONNEES :

Les données ont été recueillies surtout lors du renouvellement des ordonnances par l'interrogatoire à l'aide de 02 questionnaires préétablis (une fiche adressée aux patients et une autre adressée aux professionnels de santé), et par l'analyse des dossiers médicaux à la recherche des résultats de CV et taux de CD4 récents. Nous établissons la fiche de demande en cas de non disponibilité de ces résultats.

La non observance a été attribuée à travers les déclarations des patients (Ayant manquer un ou plusieurs jours de prise de médicaments ARV).

6. CONSIDERATIONS ETHIQUES :

L'accord du chef de service a été obtenu pour mener notre étude. Dans le cadre du recrutement, le consentement verbal des patients a été obtenu après leur avoir expliqué clairement la nature du travail de recherche. Il a été également précisé dans le consentement que chaque participant aura le droit d'accepter ou de refuser l'entretien et qu'en cas de refus, cela n'aura aucune répercussion sur la qualité des services rendus par les acteurs du service et que les patients auraient la possibilité d'interrompre l'entretien à tout moment quand ils voulaient. Un numéro sera donné à chaque patient. Après autorisation du patient, l'enquête a été faite dans la confidentialité par des prises de note à travers un questionnaire.

7. ANALYSE DES DONNEES :

La saisie a été faite sur le logiciel Kobotoolbox

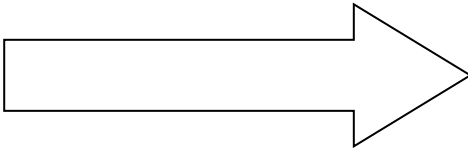
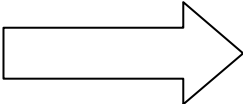
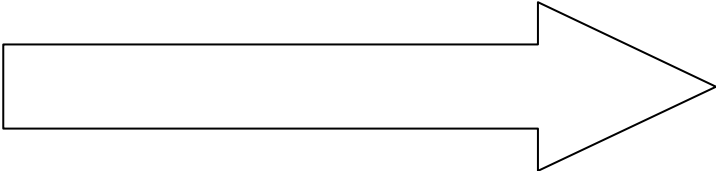
L'analyse et le traitement des données ont été effectués sur le logiciel IBM SPSS Statistic 20. Le croisement des données a été fait à l'aide du test statistique Khi-2.

8. QUELQUES DEFINITIONS OPERATIONNELLES :

- **Non observance thérapeutique :** C'est l'absence de concordance entre les comportements des patients et les recommandations médicales [6].

- **Education thérapeutique :** C'est un processus de renforcement des capacités du malade et ou de son entourage à prendre en charge l'affection qui le touche, sur la base d'actions intégrées au projet de soins [7].
- **Effet secondaire :** Est une réaction nocive et non voulue faisant suite a l'utilisation d'un produit de santé, se produisant aux doses normalement utilisées chez l'homme pour la prophylaxie, le diagnostic ou le traitement d'une maladie ou la modification d'une fonction physiologique [8].
- **Toxicité :** C'est l'ensemble des effets indésirables faisant suite a la prise d'un médicament en dehors des normes thérapeutiques [9].
- **Statut matrimonial :** Est la situation conjugale d'une personne au regard de la loi : célibataire, mariée, veuve, divorcée [10].

9. Diagramme de GANTT :

PÉRIODE	Septembre 2021 à Avril 2022	Mai à Août 2022	Septembre 2022
ACTIVITÉS			
Revue de la littérature			
Enquête			
Rédaction de la thèse			



RESULTATS

V. RESULTATS

RELATIFS AUX PATIENTS :

Au cours de notre étude, nous avons enregistré 181 patients parmi lesquels 163 (90,1%) étaient observants au TARV et 18 (9,9%) non observants.

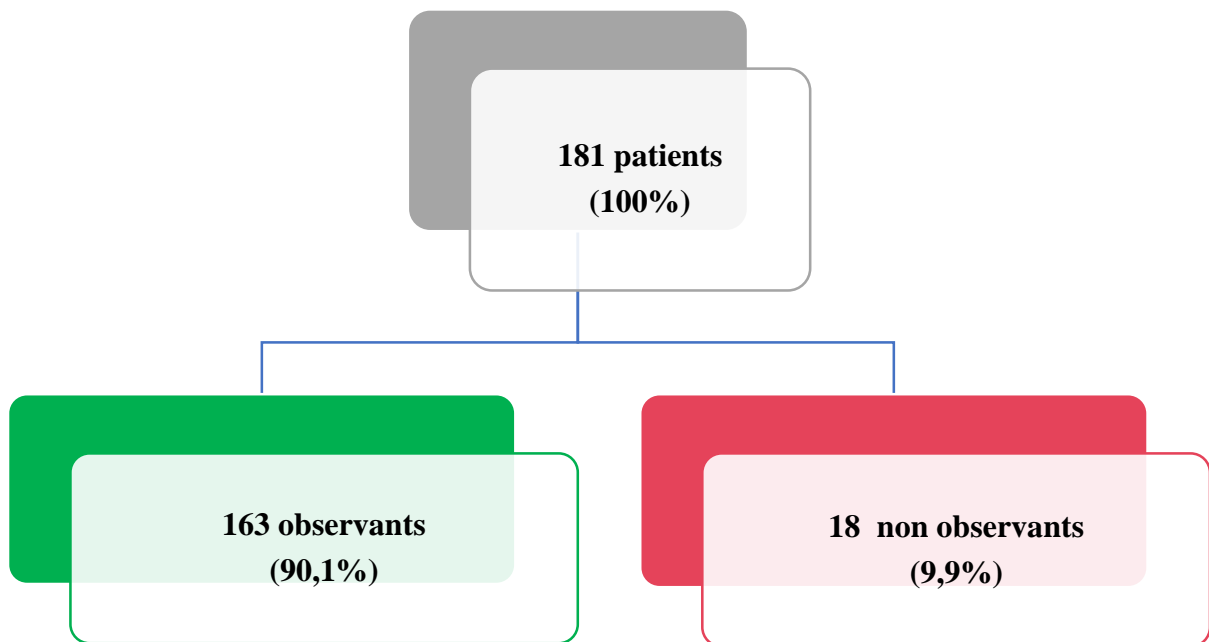


Figure 3 : Diagramme de flux

1. Caractéristiques socio-démographiques

1.1. Sexe

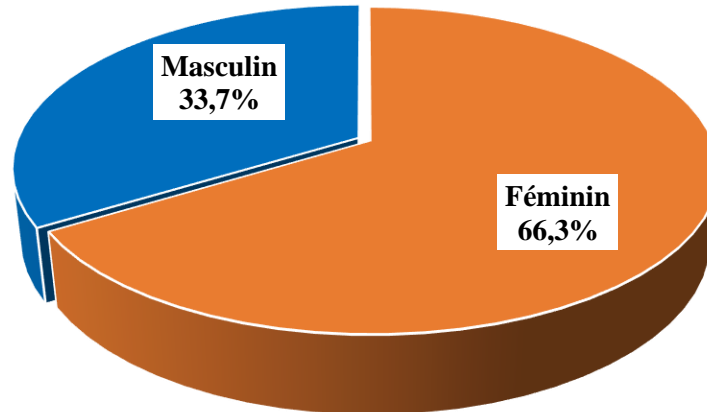


Figure 4 : Répartition des patients selon le sexe

Le sexe féminin était prédominant dans notre étude avec 66,3% des participants.

Tableau I : Répartition des patients selon le sexe et la non observance au TARV

Sexe	Non observance au TARV		Total
	Oui	Non	
Féminin	13 (7,2%)	107 (59,2%)	120 (66,3%)
Masculin	5 (2,7%)	56 (30,9%)	61 (33,7%)
Total	18 (9,9%)	163 (90,1%)	181 (100%)

$$p= 0,575$$

La non observance thérapeutique a été observée dans 7,2% des cas dans le sexe féminin contre 2,7% dans le sexe masculin. Cette prédominance n'est cependant pas statistiquement significative ($p>0,05$).

1.2. Age

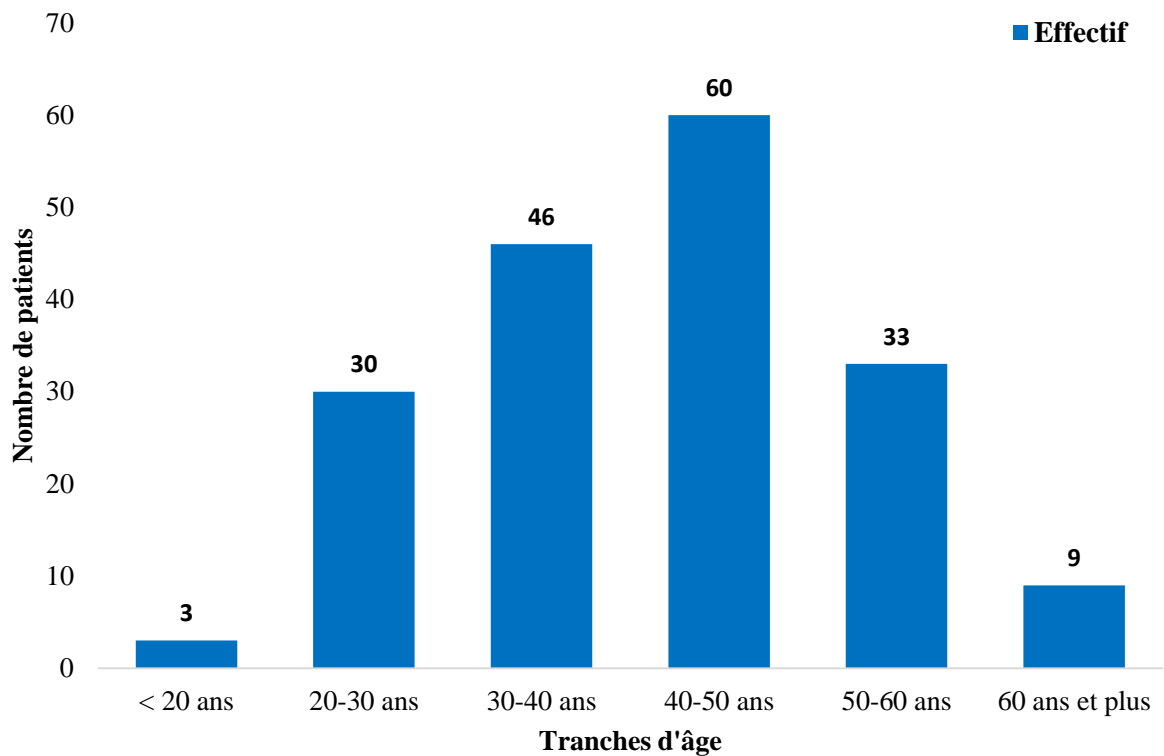


Figure 5 : Répartition des patients selon les tranches d'âge

L'âge moyen de nos patients était de 42,33 ans ($\pm 11,74$) avec des extrêmes de 15 et 70 ans. La tranche d'âge 40-50 ans était la plus représentée soit 33,1%.

Tableau II : Répartition des patients selon les tranches d'âge et la non observance au TARV

Tranches d'âge	Non observance TARV		Total
	Oui	Non	
≤ 50 ans	16 (11,5%)	123 (88,5%)	139 (76,8%)
> 50 ans	2 (4,8%)	40 (95,2%)	42 (23,2%)
Total	18 (9,9%)	163 (90,1%)	181 (100%)

p=1,9640

La non observance au TARV était plus rencontrée chez les patients de moins de 50 ans que chez les patients de plus de 50 ans (11,5% contre 4,8%) mais il n'y a pas de lien statistiquement significatif ($p > 0,05$).

1.2 Profession

Tableau III : Répartition des patients selon la profession et la non observance au TARV

Profession	Non observance au TARV		Total
	Oui	Non	
Ménagère	6(3,2%)	61(33,7%)	67(37%)
Fonctionnaire	2(1,1%)	27(14,9%)	29(16%)
Artisan/Ouvrier	4(2,2%)	41(22,7%)	45(24,9%)
Commerçant	3(1,6%)	22(12,2%)	25(13,8%)
Sans emploi	1(0,6%)	5(2,8%)	6(3,3%)
Elève/Étudiant	1(0,6%)	3(1,6%)	4(2,2%)
Homme de tenue	0(0%)	2(1,1%)	2(1,1%)
Agent des santé	1(0,6%)	2(1,1%)	3(1,7%)
Total	18 (9,9%)	163 (90,1%)	181 (100%)

p=3,916

La majorité de nos patients était des ménagères (37%), mais il n'y a pas de lien statistiquement significatif entre la non observance thérapeutique et la profession ($p > 0,05$)

1.3. Résidence

Tableau IV: Répartition des patients selon la résidence

Résidence	Effectif	Pourcentage (%)
Bamako (Commune I)	16	8,8%
Bamako (Commune II)	6	3,3%
Bamako (Commune III)	24	13,3%
Bamako Bamako (Commune IV)	1	0,6%
Bamako (Commune V)	18	9,9%
Bamako (Commune VI)	54	29,8%
Hors Bamako	62	34,3%
Total	181	100%

La majorité de nos patients (65,7%) résidaient dans la ville de Bamako.

Tableau V : Répartition des patients selon la résidence et la non observance thérapeutique

Domicile	Non observance au TARV		Total
	Oui	Non	
Bamako	15 (8,3%)	104 (57,5%)	119 (65,7%)
Hors Bamako	3 (1,6%)	59 (32,6%)	62 (34,3%)
Total	18 (9,9%)	163 (90,1%)	181 (100%)

p=0,098

La non observance au TARV était plus constatée chez les patients habitant à Bamako que ceux qui venaient hors de la ville de Bamako (8,3% contre 1,6%). Cette différence n'est pas statistiquement significative ($p>0,05$).

1.4.Statut matrimonial

Tableau VI : Répartition des patients selon le statut matrimonial et la non observance thérapeutique

Statut matrimonial	Non observance au TARV		Total
	Oui	Non	
Célibataire	2 (1,1%)	17 (9,4%)	19 (10,5%)
Divorcé(e)	3 (1,6%)	5 (2,8%)	8 (4,4%)
Marié(e)	9 (5%)	112 (61,9%)	121 (66,9%)
Veuf(ve)	4 (2,2%)	29 (16%)	33 (18,2)
Total	18 (9,9%)	163 (90,1%)	181 (100%)

p=0,04

Les patients mariés étaient les plus représentés dans notre étude avec 66,9% et ils représentaient le groupe avec le taux le plus élevé de non observance au TARV (5%) par rapport aux autres classes de statut matrimonial. Il existe un lien statistiquement significatif entre la non observance au TARV et le statut matrimonial ($p=0,04$).

1.5. Niveau d'étude

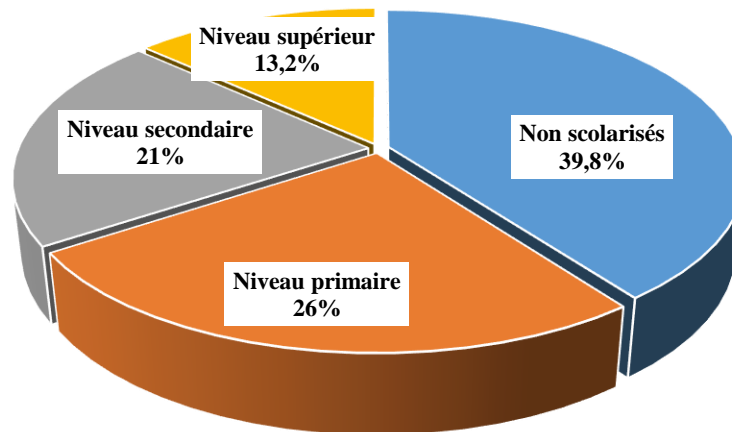


Figure 6 : Répartition des patients en fonction du niveau d'étude

Les patients non scolarisés représentaient 39,8% de la population d'étude. Parmi ceux scolarisés, le niveau d'étude primaire était la plus fréquente avec 26% des cas.

Tableau VII : Répartition des patients selon le niveau d'étude et la non observance au TARV

Niveau d'étude	Non observance au TARV		Total
	Oui	Non	
Non scolarisé(es)	7 (3,8%)	65 (36,5%)	72 (39,8%)
Scolarisé(es)	11 (6,1%)	98 (53,6%)	109 (60,2%)
Total	18 (9,9%)	163 (90,1%)	181(100%)

p=0,935

Les patients scolarisés étaient non observants au TARV que les patients non scolarisés (soit 6,1% contre 3,8%). Cependant, il y'a pas de lien statistiquement significatif entre la non observance au TARV et la scolarisation ($p>0,05$).

1.6. Histoire de l'infection par le VIH

❖ Dépistage

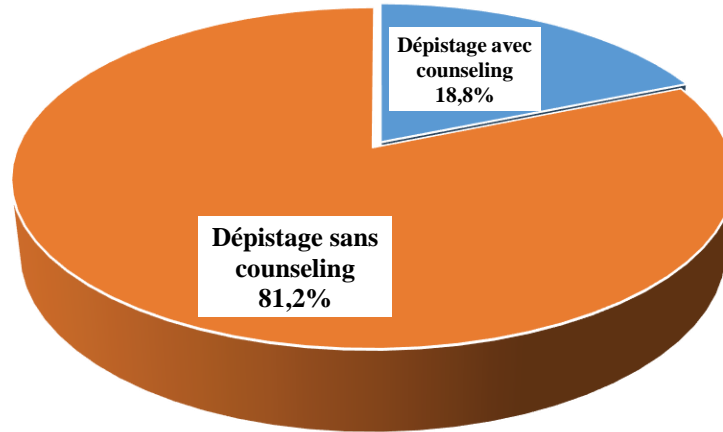


Figure 7 : Répartition des patients en fonction de l'effectivité du counseling au moment du dépistage du VIH

La majorité des patients (81,2%) n'avaient pas bénéficié d'un counseling pré-test avant le dépistage du VIH.

Tableau VIII : Répartition des patients selon la non observance au TARV et la réalisation du counseling au moment du dépistage du VIH

Dépistage	Non observance au TARV		Total
	Oui	Non	
Dépistage avec counseling	5 (2,7%)	29 (16%)	34 (18,8%)
Dépistage sans counseling	13 (7,2%)	134 (74,1%)	147(81,2%)
Total	18(9,9%)	163(90,1%)	181(100%)

p=0,34

La proportion des patients dépistés sans counseling non observants au TARV était supérieur à celle des patients dépistés avec counseling (7,2% contre 2,7%) mais il n'y a pas de lien statistiquement significatif ($p > 0,05$).

❖ **Ligne thérapeutique :**

Tableau IX : Répartition des patients selon la ligne thérapeutique et la non observance au TARV

Ligne thérapeutique	Non observance au TARV		Total
	Oui	Non	
TLD	12(6,6%)	114(63%)	126(69,6%)
TLE	4(2,2%)	41(22,7%)	45(24,9%)
Autres	2(1,1%)	8(4,4%)	10(5,5%)
Total	18(9,9%)	163(90,1%)	181(100%)

Autres (TDF+3TC+NVP, Combivir+ATV/r, TAF+3TC+DTG...)

p=1,210

La ligne thérapeutique la plus prescrite était TLD soit 69,6%, mais il n'y a pas de lien statistiquement significatif entre la non observance thérapeutique et la ligne thérapeutique ($p>0,05$).

❖ **Durée sous TARV**

Tableau X : Répartition des patients selon la non observance au TARV et la durée sous TARV

Durée sous TARV	Non observance au TARV		Total
	Oui	Non	
Inférieur à 3 ans	6 (3,3%)	60 (33,2%)	66 (36,5%)
Supérieur à 3 ans	12 (6,7%)	103 (56,9%)	115 (63,5)
Total	18(9,9%)	163(90,1%)	181(100%)

p=0,771

Environ deux tiers des patients (63,5%) étaient sous TARV depuis plus de 3 ans. Le taux de non observance au TARV de ces patients était supérieur aux patients sous TARV depuis moins de 3 ans (6,7% contre 3,3%). Cependant il n'existe pas de lien statistiquement significatif entre la non observance au TARV et la durée sous TARV ($p>0,05$).

❖ Nombre de comprimé d'ARV pris par jour

Tableau XI : Répartition des patients selon la non observance au TARV et le nombre de comprimé ARV pris par jour

Nombre de comprimé ARV par jour	Non observance au TARV		Total
	Oui	Non	
1 comprimé/jour	17 (3,3%)	154 (85,1%)	171 (94,4%)
≥ 2 comprimés/jour	1 (0,6%)	9 (5%)	10 (5,6%)
Total	18(9,9%)	163(90,1%)	181(100%)

p=1

Le nombre de comprimé ARV pris par jour était de 1 chez la grande majorité de nos patients (94,4%). Il n'y a pas de lien statistiquement significatif entre la non observance au TARV et le nombre de comprimé d'ARV pris par jour ($p > 0,05$).

❖ Dernière charge virale

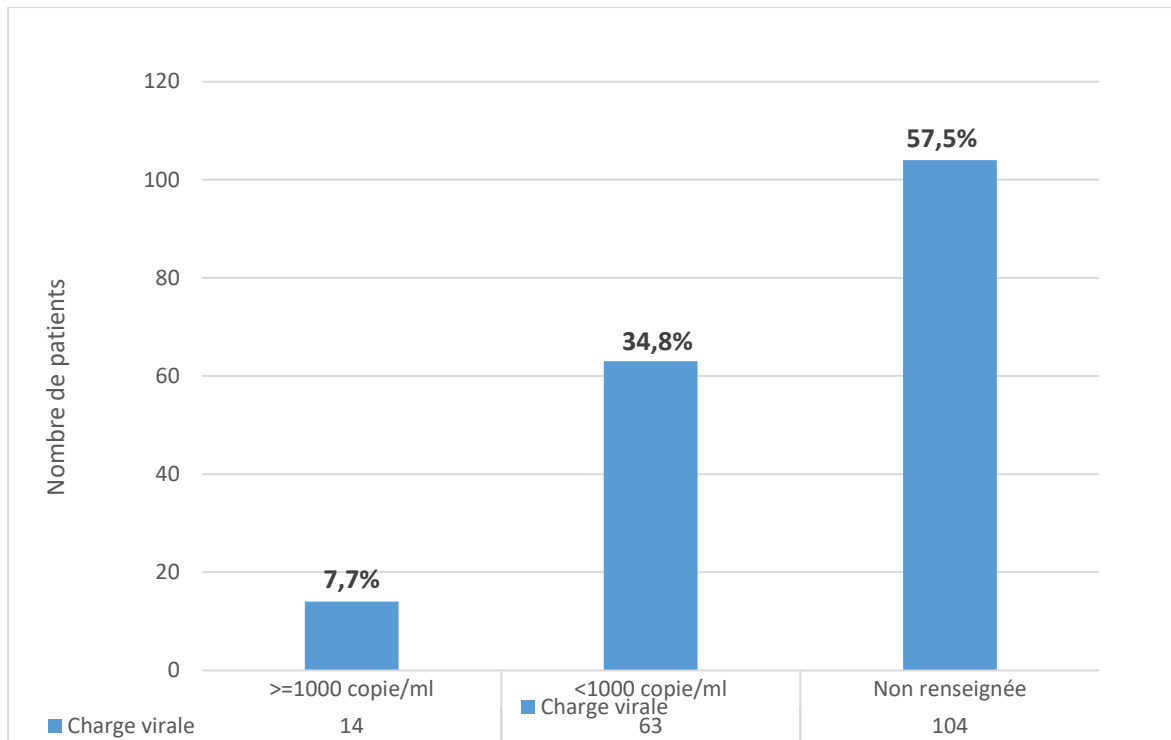


Figure 8 : Répartition des patients selon leur dernière charge virale

Soixante-trois patients (34,8%) avaient une charge virale inférieure à 1000 copies/ml et chez 104 patients (57,5%), la charge virale n'était pas renseignée.

Tableau XII : Répartition des patients selon la non observance au TARV et la dernière charge virale

Charge virale	Non observance au TARV		Total
	Oui	Non	
Renseignée	7(38,9%)	70(42,9%)	77(42,5%)
Non renseignée	11(61,1%)	93(57,1%)	104(57,5%)
Total	18(9,9%)	163(90,1%)	181(100%)

P=0,1

Le pourcentage des patients avec la dernière charge virale non renseignée est supérieur à celui des patients avec une dernière charge virale renseignée (57,5% contre 42,5%). Mais il n'y a pas de lien statistiquement significatif ($p > 0,05$).

❖ **Dernier taux de CD4**

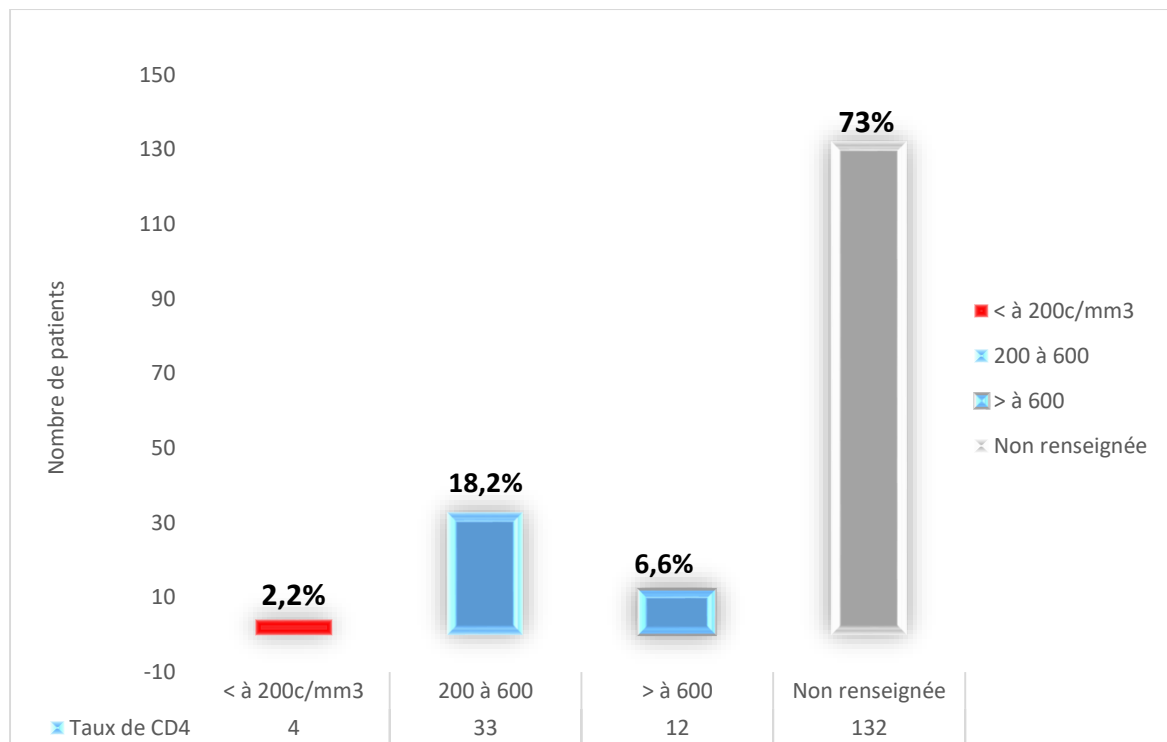


Figure 9 : Répartition des patients selon leur dernier taux de CD4

Quatre de nos patients enquêtés (2,2%) avaient un taux de CD4 inférieur à 200 cellules/mm³ et chez 132 patients le taux de CD4 étaient non renseignés.

Tableau XIII : Répartition des patients selon la non observance au TARV et le dernier taux de CD4

Taux de CD4	Non observance au TARV		Total
	Oui	Non	
Renseigné	3(16,4%)	46(28,2%)	49(27%)
Non renseigné	15(83,3%)	117(71,8%)	132(73%)
Total	18(100%)	163(100%)	181(100%)

p=1,09

Le pourcentage des patients avec dernier taux de CD4 non renseigné est supérieur à celui des patients avec taux de CD4 renseigné (72,9% contre 27,1%). Mais cependant il n'y a pas de lien statistiquement significatif ($p>0,05$).

❖ **Partage du statut sérologique VIH avec le ou la conjoint(e)**

Tableau XIV : Répartition des patients selon la non observance au TARV et le partage du statut avec leur conjoint(e)

Partage du statut avec leur conjoint(e)	Non observance au TARV		Total
	Oui	Non	
Oui	8 (4,4%)	101 (55,8%)	109 (60,2%)
Non	10 (5,5%)	62 (34,3%)	72 (39,8%)
Total	18 (9,9%)	163 (90,1%)	181 (100%)

p=0,150

La majorité des patients soit 60,2% avaient partagé leur statut sérologique VIH avec leurs conjoints. La non observance au TARV était plus rencontrée chez les patients qui n'avaient pas partagé leur statut sérologique VIH avec leur conjoint (5,5% contre 4,4%). Cependant il n'y a pas de lien statistiquement significatif entre l'observance au TARV et le partage du statut sérologique VIH avec le ou la conjoint(e) ($p>0,05$).

❖ **Partage du statut sérologique VIH avec les autres membres de la famille (autre que le conjoint)**

Tableau XV : Répartition des patients selon la non observance au TARV et le partage du statut avec les autres membres de la famille

Partage du statut avec autre membre familial	Non observance au TARV		Total
	Oui	Non	
Oui	11 (6%)	102 (56,4%)	113 (62,4%)
Non	7 (3,9%)	61 (33,7%)	68 (37,6%)
Total	18(9,9%)	163(90,3%)	181(100%)

p=0,903

Les patients avaient partagé leur statut sérologique VIH avec au moins un membre de leur famille (autre que le conjoint) dans 62,4% des cas.

Il n'y a pas de lien statistiquement significatif entre la non observance au TARV et le partage du statut sérologique VIH avec au moins un membre de la famille ($p>0,05$).

❖ **Effets secondaires des ARV**

Tableau XVI : Répartition des patients selon la non observance au TARV et les effets secondaires liés aux ARV

Effets secondaires	Non observance au TARV		Total
	Oui	Non	
Oui	5 (2,8%)	50 (27,6%)	55 (30,4%)
Non	13 (7,2%)	113 (62,4%)	126 (69,6%)
Total	18 (9,9%)	163 (90,1%)	181(100%)

p=0,8

Cinquante-cinq patients (30,4%) avaient rapporté des effets secondaires liés aux ARV au début leur traitement. Il n'y a pas de lien statistiquement significatif entre la non observance au TARV et les effets secondaires dû aux médicaments ARV ($p>0,05$).

❖ Impression de toxicité des ARV

Tableau XVII : Répartition des patients selon la non observance au TARV et l'impression de toxicité des ARV

Impression de toxicité des ARV	Non observance au TARV		Total
	Oui	Non	
Oui	3 (1,7%)	1 (0,6%)	4 (2,2%)
Non	15 (8,2%)	162 (89,5%)	177 (97,8%)
Total	18 (9,9%)	163 (90,1%)	181(100%)

p=0,003

Une faible proportion des patients (2,2%) avait l'impression que les médicaments ARV étaient toxiques et trois quart de ces patients étaient inobservants. Il existe un lien statistiquement significatif entre la non observance au TARV et l'impression de toxicité des ARV.

1.7. Notion de voyage

Tableau XVIII : Répartition des patients selon la non observance au TARV et la notion de voyage

Notion de voyage	Non observance au TARV		Total
	Oui	Non	
Oui	5 (2,8%)	50 (27,6%)	55 (30,4%)
Non	13 (7,2%)	113 (62,4%)	126 (69,6%)
Total	18 (9,9%)	163 (90,1%)	181(100%)

p=0,8

Cinquante-cinq patients (30,4%) avaient rapporté des notions de voyage au cours de notre étude. Cinq patients (2,8%) avec notion de voyage étaient non observants au TARV. Cette différence n'est cependant pas statistiquement significative (p>0,05).

RELATIFS AUX PROFESSIONNELS DE SANTE :

La totalité de nos professionnels de santé enquêtés était des médecins infectiologues au nombre de quatre (04) dont 01 femme et 03 hommes.

Le SMIT était le lieu de prise en charge dans la totalité des cas.

Tableau XIX : Répartition des professionnels de santé selon leur ancienneté dans la prise en charge des PVVIH

Durée	Réponse	Pourcentage
10-20 ans	2	50%
20-30 ans	2	50%
Total	4	100%

Dans notre étude, 50% de nos professionnels de santé travaillaient depuis 10 à 20 ans dans la prise en charge des PVVIH.

Tableau XX : Répartition des professionnels de santé selon les difficultés rencontrées dans ce travail avec leur confrère

Principales difficultés	Réponse	Pourcentage
Le dépistage sans counseling	3	75%
Retard des résultats biologiques par le laboratoire de l'hôpital	1	25%
Le manque de counseling des patients par nos confrères en dehors du service	1	25%
Références des patients sans informations nécessaires	2	50%
Reference tardive des malades	1	25%

Parmi les principales difficultés que nos professionnels de santé ont rencontrées avec leurs confrères : le dépistage sans pré-counseling venait en première position soit 75%.

Tableau XXI : Répartition des professionnels de santé selon les difficultés rencontrées dans ce travail avec leur patient

Principales difficultés	Réponse	Pourcentage
Le non-respect des rendez-vous	4	100%
La non réalisation des bilans	2	50%
Moyen financier	1	25%
Le non partage du statut	2	50%

Tous nos professionnels de santé ont évoqué le non-respect des rendez-vous comme la principale difficulté rencontrée avec les patients, soit 100%.

Tableau XXII : Répartition des professionnels de santé selon les indicateurs qu'ils utilisent pour détecter la non observance aux TARV chez un patient

Indicateurs	Réponse	Pourcentage
L'état clinique	3	75%
La charge virale et le taux de cd4	2	50%
Le comptage des comprimés	2	50%

La totalité de nos professionnels de santé ont affirmé qu'il est fréquent de rencontrer des cas de non observance au TARV pendant leur consultation.

Et ils se referaient de l'état clinique dans 75% des cas pour détecter cette non observance au TARV.

Tableau XXIII : Répartition des professionnels de santé selon le rapport entre la non observance aux TARV et d'autres caractéristiques comme :

Variables	Non observance aux TARV		Pourcentage
	Oui	Non	
Résidence	3	1	75%
Sexe	1	2	25%
Profession	3	1	75%
Statut matrimonial	3	1	75%
Niveau de revenu	3	1	75%
Niveau d'étude	3	1	75%

75% (3/4) de nos professionnels de santé avaient affirmé qu'il existe un rapport entre la non observance au TARV et la résidence, la profession, le statut matrimonial, le niveau de revenu et le niveau d'étude du patient.

Tableau XXIV : Répartition des professionnels de santé selon le rapport entre la non observance aux TARV et d'autres variables comme :

Variables	Non observance au TARV		Pourcentage
	Oui	Non	
Croyance à l'existence de la maladie	4	0	75%
Croyance à l'efficacité du traitement	3	1	25%
Peur d'être stigmatisé	3	1	75%
Auto stigmatisation	2	2	75%

La totalité de nos professionnels de santé (100%) avaient affirmé qu'il existe un rapport entre la non observance au TARV et la croyance à l'existence de la maladie.

Tableau XXV : Répartition des professionnels de santé selon les méthodes qu'ils utilisent en cas de non observance au TARV

Réponse	Non observance au TARV	Pourcentage
Renforcement de l'observance thérapeutique	3	75%
Confier au psychologue	1	25%

En général lorsqu'un patient est non observant à son traitement, plus de la moitié de nos professionnels de santé avaient jugé nécessaire de faire un renforcement de l'observance thérapeutique, soit 75,0%.

Tableau XXVI : Répartition des professionnels de santé selon les solutions proposées pour remédier aux problèmes de non observance au TARV

Solution	Non observance au TARV	Pourcentage
Bon dialogue entre le prescripteur et le patient	4	100%
Le rapprochement du lieu de résidence au lieu de traitement	1	25%
Visite à domicile au malade	1	25%

La totalité de nos professionnels de santé ont affirmé qu'un bon dialogue entre le prescripteur et le patient est une solution pour remédier aux problèmes de non observance thérapeutique.

DISCUSSION

VI. DISCUSSION

Notre étude était une étude transversale descriptive avec recueil des données prospectives qui a été réalisée entre le 02 mai et le 02 Aout 2022 soit 03 mois d'activités ; et s'est portée sur les PVVIH sous ARV suivies dans le service des maladies infectieuses et tropicales du CHU du Point G.

Les dimensions étudiées étaient « l'ensemble des facteurs sociaux, économiques, démographiques et psychologiques pouvant entraver une bonne observance thérapeutique ». Pour atteindre cet objectif, nous avons eu recours à deux guides d'entretiens dont l'un a été adressé aux agents de santé et l'autre aux patients. A la fin de notre étude, nous avons pu interroger au total 185 personnes dont 181 patients et 4 professionnels de santé (les 4 professionnels de santé ont été introduit dans le but de pouvoir faire un croisement entre les données fournies par ces derniers et celles fournies par les patients).

Limites de l'étude :

Notre étude a été émaillée de quelques contraintes à savoir :

- Problème de réalisation des indicateurs biologiques (CD4 et CV)
- Le dosage plasmatique des molécules du schéma référentiel,
- La perte de certains dossiers médicaux

Donc notre étude s'est focalisée uniquement sur les personnes vivant avec le VIH.

1. Caractéristiques sociodémographiques des patients :

▪ Sexe

Sur les 181 patients interrogés, 66,6% étaient de sexe féminin et 33,7% de sexe masculin. Cette prédominance de sexe féminin a été également retrouvée dans les études de **Koné D** et **Bougoudogo N** qui avaient retrouvées respectivement 80,2% et 76% de patients sexe féminin [30-31]. Cette prédominance féminine pourrait s'expliquer par les prédispositions anatomiques naturelles de la femme à contracter la maladie les rendant ainsi vulnérable face au VIH [28].

▪ Age

La moyenne d'âge dans notre étude était de 42,33 ans ($\pm 11,74$) avec des extrêmes de 15 et 70 ans. La tranche d'âge de 40 à 50 ans était la plus représentée avec 33,1%. Ce résultat est similaire à celui de **Diallo M** qui avait retrouvé dans son étude une moyenne d'âge de 43 ans et une tranche d'âge prédominante de 31-40 ans (40% de cas) [32]. **Coulibaly AS** dans son étude, sur observance au traitement antirétroviral chez les patients adultes VIH positif suivis à

l'hôpital général d'Abobo (Côte-d'Ivoire) avait également retrouvé une moyenne d'âge de 42 ans au cours des années 2007 et 2008 [33]. Ces résultats confirment que l'infection par le VIH touche la population la plus active dans notre contexte. Ce constat a été également fait par l'ONUSIDA au cours de la journée mondiale du sida en décembre 2019. Cette situation crée un préjudice considérable pour les pays en développement qui sont les plus touchés [3].

▪ **Profession :**

Les ménagères ont représenté 37,0% de notre échantillon d'étude. Notre résultat est supérieur celui de **Diallo M** et de **Bakayoko DK** qui avaient respectivement retrouvé dans leur étude 32% et 29,2% de ménagères [32-34]. Ceci s'explique par le fait que la grande majorité des femmes dans notre pays sont des ménagères et font généralement peu d'activités en dehors des tâches ménagères. Cette absence d'activité génératrice des revenus en vue d'une autonomie financière pourrait avoir des retombées négatives sur une bonne observance thérapeutique. Ces résultats expliquent la vulnérabilité de cette couche professionnelle.

Dans notre étude 75,0% (3/4) de nos professionnels de santé avaient affirmé qu'il existe un rapport entre la non observance thérapeutique et la résidence, la profession, le statut matrimonial, le niveau de revenu et le niveau d'étude du patient mais l'analyse statistique de nos données n'ont pas retrouvée de lien statistiquement significatif entre l'observance thérapeutique et ces facteurs suscités. La taille faible de notre échantillon pourrait expliquer ce constat.

▪ **Niveau d'instruction :**

Dans notre étude, 39,8% de nos patients était non scolarisé. Ce résultat est inférieur à celui de **Koné D** et **Dagnoko B** qui avaient trouvé dans leur étude respectivement 63% et 62,9% de non scolarisés [30-38]. Ces résultats nous montrent un faible niveau de scolarisation dans notre société, qui pourrait être un facteur de non observance au TARV.

▪ **Résidence :**

La majorité des patients de notre étude résidait à Bamako soit 65,7% et 34,3% étaient hors Bamako. Notre résultat est inférieur à celui de **Diallo M** qui avait retrouvé dans son étude 99% des patients qui résidaient à Bamako [41]. Ce résultat peut être expliqué par le fait que l'étude a été réalisée à Bamako

▪ **Statut matrimonial :**

Les mariés étaient les plus représentés dans notre étude soit 66,8% et représentaient le groupe avec le taux le plus élevé de non observance 5%. Notre résultat est similaire à celui de **Koné**

D et **Diallo M** avaient retrouvés respectivement dans leur étude 65,7% et 68% de cas de mariés [30-32]. Notre analyse statistique des données avait trouvé un lien statistiquement significatif entre la non observance et le statut matrimonial.

2. Les caractéristiques cliniques et thérapeutiques des PVVIH :

▪ Schéma thérapeutique

Dans notre échantillon, la ligne thérapeutique TDF+3TC+DTG était la plus prescrite et concernait 69,6% des patients. Ce résultat est différent de celui de **Diallo M** dans lequel 88,3% des patients étaient sous TDF+3TC+EFZ [41]. Cette différence s'expliquerait par le fait qu'au Mali, depuis 2019 les nouveaux protocoles et normes de prise en charge du VIH 1 recommande l'association TDF+3TC+DTG comme traitement de 1^{ere} intention du VIH1 et l'association TDF+3TC+EFZ comme traitement de deuxième intention.

▪ Taux de CD4 et Charge virale

Le taux de CD4 et la charge virale sont des indicateurs les plus fiables dans le contrôle de l'observance car il est démontré qu'au bout de 6 mois de traitement, la charge virale devient indétectable si et seulement si les molécules utilisées sont efficaces et que l'observance est bonne [30]. Dans notre étude, 7,7% de nos patients avaient une charge virale supérieure à 1000 copies/ml et 2,2% un taux de CD4 inférieur à 200 cellules/mm³. Chez 73% des patients, le taux de CD4 n'était pas renseigné. La charge virale était renseignée seulement chez 42,5% de l'effectif. **Cissé et al**, dans une étude menée au CHU de Donka (Guinée Conakry) en 2015, avait retrouvé un taux de réalisation de la charge virale de 23,3% [36]. Ce fort taux de réalisation de la charge virale dans notre étude, pourrait s'expliquer par le fait que notre site de prise en charge dispose d'un laboratoire capable de réaliser de manière permanente la CV. En effet, la charge virale est un indicateur immunologique de l'observance du TARV. Une charge virale indétectable est un bon signe d'une bonne observance thérapeutique. Si elle n'est pas obligatoire pour initier un traitement antirétroviral, elle contribue à une évaluation pertinente de l'efficacité d'un traitement, mais son accès est encore difficile dans la majorité des centres de traitements [36].

3. Les raisons de la non observance

- Parmi les raisons évoquées de non observance, l'oubli était la plus fréquemment rencontrée et concernait la moitié des patients (50,2%). Un quart des patients (20,5%) citaient le manque de moyen de déplacement comme une cause du non-respect des rendez-vous surtout pour les patients venant des localités plus éloignées. Nos résultats s'alignent sur les mêmes constats

faits par une étude menée au Sénégal en 2000 par **Laurent C et al** et au Cameroun par **Essomba et al.** [39-42]. La politique de décentralisation de la prise en charge des PV VIH vise à pallier aux difficultés des longs déplacements dans le suivi des patients. Malheureusement, l'on constate que certains patients par souci de confidentialité ou par confiance préfèrent toujours effectuer des grandes distances pour le suivi médical. La sensibilisation doit toujours être renforcé afin de réduire de manière générale les problèmes liés au suivi des PVIH.

- Environ un tiers des patients (30,4%) avaient signaler des effets secondaires liés à la prise des ARV. Ce résultat est largement supérieur à l'étude menée au CHU de Point G en 2005 par **Diamoutènè A** qui a obtenu 4% de cas [35]. Les effets secondaires des ARV, non traités, pourraient être une des causes majeures de non observance thérapeutique chez les patients.

-La majorité de nos patients avait affirmé que leur conjoint(e) était au courant de leur statut sérologique soit 60,2% contre 39,8% de nos patients dont le conjoint n'avait pas d'information. Ce même constat a été fait dans l'étude de **Bougoudogo N** [31]. Beaucoup d'étude ont affirmés que la non observance thérapeutique est beaucoup plus fréquente chez les patients qui cachaient leur statut virologique à leurs conjoints [30]. Le refus de partager leurs séropositivités VIH avec les conjoints est dû à la peur de la stigmatisation, du rejet et du divorce.

-Plus de la moitié de nos patients ont affirmé que quelqu'un de la famille ou de l'entourage est au courant de leur statut sérologique, soit 62,4%. Parmi eux, 67,3% étaient aidés par ces derniers dans leur observance. Notre résultat se rapproche à celui de Diallo, chez qui, environ 70% des patients ont affirmé que leurs entourages ont été informés de leur statut positif au VIH [32]. Une étude menée par **Issoufi I**, sur l'étude de l'observance du traitement ARV des patients suivis à l'Hôpital de Gao (Mali) en 2008 a obtenu un taux de 84% [37]. Cela pourrait signifier que le VIH est de plus en plus accepté comme toute autre maladie par les patients et par leur entourage.



**CONCLUSIONS ET
RECOMMANDATIONS**

VII. CONCLUSION

Nous avons mené une étude transversale descriptive avec recueil des données prospectif au service des maladies infectieuses et tropicales du CHU du point G avec pour objectifs de déterminer les facteurs liés à la non observance thérapeutique au ARV chez les PVVIH.

Ala fin de notre étude, nous avons enregistré 181 patients dont 18 étaient non observants au TARV. Cette étude nous a permis de constater également que :

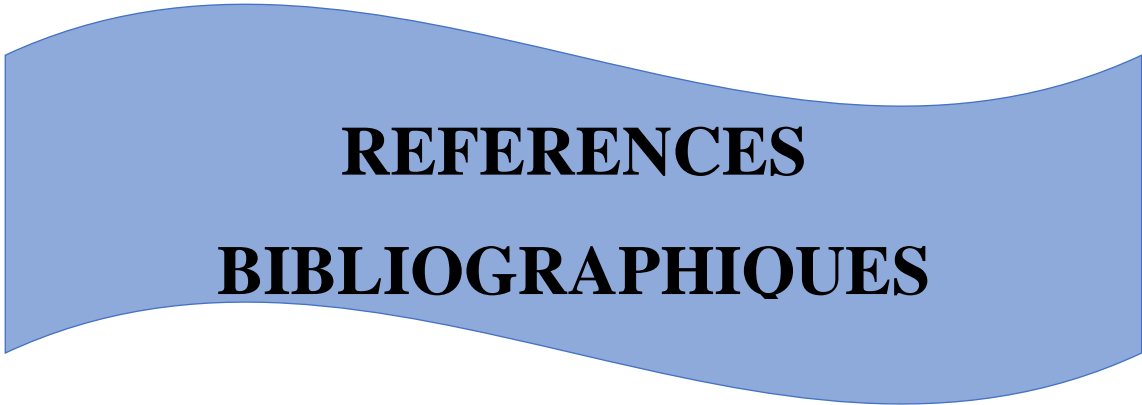
- Le statut matrimonial et la notion de toxicité étaient les facteurs les plus pertinents associés à la non observance thérapeutique avec un lien statiquement significatif,
- Les patients dépistés sans counseling, les ménagères et les patients n'ayant pas partagé leur statut avec leur conjoint, étaient majoritairement non observants au TARV,
- Le bon dialogue entre le prescripteur et le patient était la solution proposée par la totalité de nos professionnels de santé pour remédier à la non observance thérapeutique.

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

VIII. RECOMMANDATIONS

A l'issue de notre travail, nous formulons les recommandations suivantes :

- ❖ **Aux Autorités sanitaires (Ministre de la santé et du développement social) :**
 - ✓ D'équiper tous les sites de prise en charge d'appareils pour le TCD4 ;
 - ✓ Rendre disponible les réactifs pour les bilans biologiques.
- ❖ **Aux autorités de l'hôpital :**
 - ✓ Renforcer le programme d'écoute et d'aide aux patients par des conseillers thérapeutiques du service hospitalier ;
 - ✓ Informatiser les dossiers des patients suivis pour faciliter leur prise en charge.
- ❖ **Aux médecins prescripteurs des ARV :**
 - ✓ Faciliter le bon dialogue entre le prescripteur et son patient dans la prise en charge pour consolider la confiance ;
 - ✓ Rappeler l'intérêt du counseling pour le dépistage du VIH aux collègues (généralistes et spécialistes).
- ❖ **Aux patients :**
 - ✓ Partager son statut avec son conjoint, ou à une personne de confiance pour améliorer la qualité de l'observance ;
 - ✓ Être convaincu de l'efficacité des médicaments ;
 - ✓ Se soumettre aux exigences du traitement (respect des horaires, nombre de médicaments à prendre, etc.).



**REFERENCES
BIBLIOGRAPHIQUES**

IX. REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. **ONUSIDA.**Fiche d'information,2022
2. **ONUSIDA.**Estimation épidémiologie, 2021
3. **ONUSIDA.**AIDS info, 2019
4. **Bastard M, Pinoges L, Balkan S, Szumilin E, Ferreyra C, Pujades-Rodriguez M.** Timeliness of clinic attendance is a good predictor of virological response and resistance to antiretroviral drugs in HIV-infected patients. PLoS One. 2012;7(11):e49091. [Article PMC gratuit] [PubMed] [Google Scholar]
5. **Mills EJ, Nachega JB, Buchan I, Orbinski J, Attaran A, Singh S, et al.** Adherence to antiretroviral therapy in sub-Saharan Africa and North America: a meta-analysis. JAMA. 2006;296(6):679–690. [PubMed] [Google Scholar]
6. **Eholie SP, Tanon A, Polneau S, Ouiminga M, Djadji A, Kangah-Koffi C, et al.** Field Adherence to highly active antiretroviral therapy in HIV-infected adults in Abidjan, Cote d'Ivoire. J Acquir Immune Defic Syndr. 2007;45(3):355–358. [PubMed] [Google Scholar]
7. **Christian S, Bernard C, Dominique B.** Pour une politique nationale d'éducation thérapeutique du patient. [Rapport]. France ;2008.3p
8. **Roulet et al.** Définition de l'effet indésirable médicamenteux. [Article].2015
9. **Raport-gratuit.** Définition de la toxicité,2019
10. **Institut national de la statistique et des études économiques.** Définition de l'état matrimonial légal, 2019
11. **République Démocratique du Congo Enquête démographique et de santé 2013-2014.** Rapport préliminaire. Accessed on 2015 May 12.
12. **Programme National Multisectoriel de lutte contre le VIH/SIDA (National Multi-sectoral Programme on HIV/AIDS).** Rapport d'activité sur la riposte au VIH/SIDA en République Démocratique du Congo (Country progress report on HIV/AIDS response) 2012. Accessed on 2014 Dec.
13. **Musumari PM, Wouters E, Kayembe PK, KiumbuNzita M, Mbikayi SM, Suguimoto SP, et al.** Food insecurity is associated with increased risk of non-adherence to antiretroviral therapy among HIV-infected adults in the democratic Republic of Congo: a cross-sectional study. PLoS One. 2014;9(1):e85327. [Article PMC gratuit] [PubMed] [Google Scholar]

14. **Massiah MA, Starich MR, Paschall C, Summers MF, Christensen AM, Sundquist WI.** Three-dimensional structure of the human immunodeficiency virus type 1 matrix protein. *J Mol Biol.* 25 nov 1994;244(2):198-223.
15. **Freed EO.** HIV-1 gag proteins: diverse functions in the virus life cycle. *Virology.* 10 nov 1998;251(1):1-15.
16. **Di Marzo Veronese F, Copeland TD, DeVico AL, Rahman R, Oroszlan S, Gallo RC, et al.** Characterization of highly immunogenic p66/p51 as the reverse transcriptase of HTLV-III/LAV. *Science.* 14 mars 1986;231(4743):1289-91.
17. **Diarra M, Kalle A, Konate A, Maiga M, Minta D, Souunko A, et al.** Aspects épidémiologiques de la coïnfection par le virus de l'immunodéficience humaine et les virus des hépatites. *Mali Med.* 2006 ; 21: 27-30.
18. **Ba A.** Évolution de la coïnfection VIH/Hépatites B et C dans trois populations vues en milieu urbains. [Thèse]. pharmacie: Bamako; 2004. 67p.
19. **Leroy V, Hilleret MN.** Evaluation de la fibrose hépatique. *HepatoGastroenterol.* 2005 ; 12 (4) :251-9
20. **Haute Autorité de Santé.** Dépistage du marqueur du VIH en France. Guide Affection de longue durée. Saint-Denis La Plaine : HAS ; 2008, p194
21. **Rockstroh JK.** Influence of viral hepatitis on HIV infection. *J Hepatol.* 2006 ; 44 (1 Suppl) : S 25-7
22. **Pilly E.** Hépatite virale B. *Maladies infectieuses et tropicales*, 21ème éd. Paris : Alinéa plus et CMIT. 2012.
23. **Pol S.** Epidémiologie et Histoire naturelle de l'infection chronique par le VHB. *La lettre de l'hépatogastro-entérologue.* 2006. 9(4) : 173 – 7.
24. **ONUSIDA.** Statistiques mondiales sur le VIH. [aidsinfo,unaids.org](http://aidsinfo.unaids.org). 2020.
25. **Enquête démographique et de Santé du Mali (EDSM-V) 2012-2013**
26. **République du Mali.** Norme et protocole de prise en charge antirétrovirale du VIH et du SIDA. Juin 2022.
27. **Lacombe K, Benhamou Y.** Coïnfection VIH et virus de l'hépatite B. In *VIH Edition* 2011. France : Rueil-Malmaison DOIN. 2011.

28. Momme JA, Marin H, Zylberg H, Stanislas P. Mise au point :

Vaccination prophylactique contre l'hépatite B : Actualité et avenir. *Gastroenterol Clin Biol.* 1999 ; 23 : 452–63.

29. Chabrolle D, Agut H. Diagnostic biologique de l'infection par VIH. In Rosenheim M. et Itoua- Ngpopro Sida-infection VIH : aspect en zone tropicale. Paris : Ellipses. 1989.

30. Koné D. Facteurs d'observance et de non-observance du traitement par les patients sous ARV : cas de l'USAC du CSRE commune IV du district de Bamako (Mali). [Thèse]. Médecine: Bamako ; 2020. 90p.

31. Bougoudogo N. Etude des facteurs liés à l'échec thérapeutique des personnes vivant avec le VIH à l'USAC de la Commune I de BAMAKO. [Thèse]. Médecine: Bamako ; 2015. 36p

32. Diallo M. Evaluation de l'observance au traitement antirétroviral chez les patients adultes suivis au Centre Universitaire de Kati. [Thèse]. Médecine: Bamako ; 2020. 66p.

33. Coulibaly AS. Observance au traitement antirétroviral chez les patients adultes VIH positif suivis à l'hôpital général d'Abobo. [Thèse]. Pharmacie: Bamako ; 2007. 53p.

34. Bagayoko DK. Evaluation de l'observance du traitement antirétroviral dans le service de Médecine du centre Hospitalier "Mère-enfant "le LUXEMBOURG. [Thèse]. Médecine: Bamako ; 2010. 46p

35. Diamouténé A. Evaluation de l'observance du traitement antirétroviral au Centre Hospitalier Universitaire du Point. G [Thèse de Pharmacie]. Bamako ; 2006. p27

36. Cissé M, Sako F, Diaby B, Soumah M, Tounkara T, Diane B, et al. Evaluation du traitement antirétroviral chez l'adulte infecté par le VIH au service de dermatologie vénéréologie de l'hôpital national Donka. *Mali médical* ; 2015.

37. Issoufi I. Etude de l'observance du traitement ARV des patients suivis à l'Hôpital de Gao. [Thèse]. Pharmacie: Bamako ; 2007. 83p.

38. Dagnako B. Observance au traitement ARV des PVVIH adultes suivis au Centre de Santé de Référence de Bougouni du 1^{er} Avril 2018 au 31 Décembre 2018. [Thèse]. Médecine: Bamako ; 2019. 90p.

39. Laurent C, Iakhaté N, Gueye N. The Senegalese government's highly active antiretroviral therapy initiative: an 18-month follow-up study. *AIDS.* 2002;(16):1363-70.

- 40. Diarra N.** Problématiques de l'observance du traitement ARV a l'USAC de Koulikoro de juin 2006-Décembre 2008<<suivi thérapeutique de 250 patients>>. [Thèse]. Pharmacie : Bamako ;2010.72p
- 41. Diallo A.** Etude de l'observance aux traitements ARV chez les patients<<Populations clés>> suivis à la clinique les Halles de l'ARCAD-Sante plus de juin 2018-mai2019[thèse]. Pharmacie ; Bamako ;2018.107p
- 42. Essomba EN, Adiogo D, Koum DCK, Amang B, Leman LG, Coppieters Y.** Facteurs associés à la non observance therapeutique des sujets adultes infectes par le VIH sous antiretroviraux Dans un hopital de reference a Douala.Pan Afr Med J.27 avr 2015 ;20 :412
- 43. Cellule Sectorielle de Lutte contre le VIH/Sida, la Tuberculose et les Hépatites virales.** Rapport annuel : Mali ;2021



ANNEXES

X. ANNEXES

FICHE SIGNALÉTIQUE

Nom : DJIBO

Prénom : Ousmane

Téléphone : 00223 72 05 06 32 / 00223 65 65 19 83

Email : www.ousmanedjibo90@gmail.com

Titre de la thèse : Les facteurs associés à la non observance thérapeutique aux ARV chez les PVVIH suivies dans le service des maladies infectieuses et tropicales du CHU du point G.

Année universitaire : 2021-2022

Ville de soutenance : Bamako

Pays d'origine : Mali

Lieu de dépôt : Bibliothèque de la faculté de médecine et d'odontostomatologie

Secteur d'intérêt : Infectiologie

Méthode :

Il s'agissait d'une étude transversale descriptive avec recueil des données prospectif. La collecte a été réalisée entre le 02 mai et le 02 Aout 2022 soit 03 mois d'activités. L'étude s'est portée sur les PVVIH sous ARV suivis en consultation dans le service des maladies infectieuses et tropicales du CHU du Point G.

Résultats :

Pendant la période d'étude nous avons enregistré au total chez 183 patients dont 18 étaient non observant au TARV.

Les femmes représentaient 66,3% de nos enquêtés avec une sex-ratio=0,50. La tranche d'âge 40-50 ans était prédominante (33,1%) avec une moyenne de 42,33 ans \pm 11,74, ménagère était la profession majoritaire avec 37%. Les mariés représentaient 66,9% dans notre étude et 81,2% n'avaient pas reçu de counseling au moment de leur dépistage. 94,4% de nos patients étaient sous la combinaison TLD (1 comprimé/jour). La majorité des patients soit 60,2% avaient partagé leur statut sérologique VIH avec leurs conjoints. Cinquante-cinq patients

(30,4%) avaient rapporté des effets secondaires liés au ARV au début leur traitement et 2,2% avaient l'impression que les médicaments ARV étaient toxiques. Le dépistage sans counseling était avancé chez $\frac{3}{4}$ de nos professionnels de santé comme principale difficulté rencontrée dans ce travail avec leur confrère. 75% de nos professionnels de santé se référaient sur l'état clinique du patient comme principale indicateur pour détecter la non observance au TARV et 100% affirmaient qu'un bon dialogue entre le prescripteur et le patient était la meilleure solution pour remédier à cette non observance.

Mots clés : Facteur, non observance, VIH sida, ARV.

MATERIAL SAFETY DATA SHEET:

Name: DJIBO

First name: Ousmane

Telephone: 00223 72 05 06 32 / 00223 65 65 19 83

Email: www.ousmanedjibo90@gmail.com

Title of the thesis: Factors associated with non-adherence to ARV therapy to therapy in PLHIV followed in the infectious and tropical diseases department of the UHC of point G.

Academic year: 2021-2022

Defense city: Bamako

Country of origin: Mali

Place of deposit: Library of the Faculty of Medicine and Odontostomatology

Sector of interest: Infectiology

Method:

This was a descriptive cross-sectional study with prospective data collection. The collection was carried out between May 02 and August 02, 2022, i.e. 03 months of activity. The study focused on PLHIV on ARVs followed in consultation in the infectious and tropical diseases department of the Point G University Hospital.

Results:

During the study period, we investigated a total of 183 patients, 18 of whom were non-adherence with ART.

Women represented 66.3% of our respondents with a sex ratio=0.50. The age group 40-50 years was predominant (33.1%) with an average of 42.33 years \pm 11.74, housewife was the majority occupation with 37%. Married people represented 66.9% in our study and 81.2% had not received counseling at the time of their screening. 94.4% of our patients were on the TLD combination (1 tablet/day). The majority of patients, 60.2%, had shared their HIV serological status with their spouses. Fifty-five patients (30.4%) had reported ARV-related

side effects at the start of their treatment and 2.2% felt that the ARV drugs were toxic. Screening without counseling was advanced by ¾ of our health professionals as the main difficulty encountered in this work with their colleague. 75% of our healthcare professionals referred to the clinical state of the patient as the main indicator to detect non-adherence to ART and 100% affirmed that a good dialogue between the prescriber and the patient was the best solution to remedy this non-adherence.

Keywords: Factor, non-adherence, HIV AIDS, ARVs.

FICHE D'ENQUETE DESTINE AUX PATIENTS :

Q1) Numéro du participant ...

Q2) Sexe : Masculin / / Féminin / /

Q3) Age :

Q4) Ethnie : 1=Bambara / / 2=Peulh / / 3=Soninké / / 4=Dogon / / 5=Sonrhäi / /
6=Mianka / / 7=Khassonké / /

Si autre, précisez :

Q5) Profession : 1=commerçant / / 2=cultivateur/ / 3=enseignant/ / 4=ouvrier/ / 5=ménagère/
/ 6=élève/étudiant/ / 7=aide-ménagère/ /

8=chauffeur/ / si autre, précisez

Q6) Quartier :

Q7) Statut matrimonial : 1=marié(e)/ / 2=célibataire/ /
3=veuf(veuve)/ / 4= divorcé(e)

Q8) Niveau d'étude : 1=non scolarisé/ / 2=primaire/ / 3=secondaire/ / 4=supérieure/ /

Q9) Comment avez-vous su votre sérologie ?

1. Par dépistage sans counseling/ / 2. Par dépistage avec counseling/ /

Q10) Depuis combien de mois êtes-vous sous traitement ARV ?

Q11) Quelle est votre ligne thérapeutique ?

1. TDF+3TC+EFV / / 2.TDF+3TC+NVP / / 3.TDF+3TC+DTG / / 4.
ABC+3TC+EFV / / si autre, précisez :

Q12) Votre dernière charge virale :

Q13) Votre dernier taux de CD4 :

Q14) Est-ce que votre conjoint(e) est au courant de votre statut sérologie ?

1. Oui/ / 2.non/ /

Q15) Si oui cela a-t-il eu des répercussions sur votre santé ?

1. Oui// 2.non//

Q15) Si oui lesquelles ?

Q16) Y-a-t-il quelqu'un de votre famille ou entourage qui connaît votre statut ? 1. Oui/ /
2. Non/ /

Q17) Si oui qui est(sont) cette(ces) personne(s) ?

1=père// 2=mère// 3=frère// 4=sœur// 5=voisin// 6=collègue//

7=Si 'Autres' Précisez :

Q18) Cette(ces) personne(s) vous aide(ent)-t-elle dans votre observance ?

1=oui// 2=non//

Q19) Si oui, qu'est- ce qu'elle(s) fait (font)exactement ?

Q20) Avez-vous eu des effets secondaires au début de votre traitement ? 1=oui// 2=non/

Q21) Si oui, lesquels ?

1=rash cutané/ / 2=céphalée/ / 3=fièvre/ / 4=insomnie/ / 5=diarrhée 6=arthralgie/ / si
autres, précisez :

Q22) Vous est-il arrivé d'interrompre volontairement votre traitement ?

1=oui// 2=non//

Q23) Si oui pendant combien de temps ?

Q24) Qu'elle en était la(les) cause(s) ?

1=oubli// 2=refus non justifier// 3=refus pour effets secondaires// 4=rupture de médicament/
/ 5=voyage// si autres, précisez :

Q25) A-t-elle eu des répercussions sur votre santé ?

1=oui// 2=non//

Q26) Si oui quelles sont ces répercussions ?

Q27) Prenez-vous les médicaments à l'heure précise ?

1=oui// 2=non//

Q28) Si oui comment faites-vous pour vous rappeler de l'heure ?

1=alarme téléphonique/ / 2=rappel d'une tierce personne/ /

Si autres, préciser :

Q29) Vous arrive-t-il d'oublier un des moments de prise de médicament ?

1=oui/ / 2=non/ /

Q30) Si oui pendant combien de temps ?

Q31) Vous arrive-t-il de manquer un ou plusieurs de vos rendez-vous ?

1=oui/ / 2=non/ /

Q32) Si oui quelle(s) en était(aient) la(les) cause(s) ?

1=Oubli/ / 2=manque de moyen de transport/ / 3=souci financier/ / 4=maladie/ / si autres, précisez :

Q33) Vous arrive-t-il de voyager de temps en temps ?

1=oui/ / 2=non/ /

Q34) Si oui, comment faites-vous par là pour honorer vos rendez-vous et ne pas être en rupture de médicament ?

Q35) Avez-vous l'impression que le médicament est toxique ou dangereux ?

1=oui/ / 2=non/ /

Q36) Si oui pourquoi ?

FICHE D'ENQUETE AUX PROFESSIONNELS DE SANTE

Lieu de prise en charge :

Fonction :

1) Depuis combien de temps travaillez-vous dans la prise en charge des PVVIH ?

2) Quelles sont les principales difficultés que vous rencontrez dans ce travail ?

2.a- Avec vos confrères :

2.b- Avec les patients :

3) Est-il fréquent de rencontrer des cas de non observance thérapeutique pendant votre consultation ?

1=oui// 2=non//

4) Si oui quels sont les indicateurs que vous utilisez généralement pour détecter la non observance thérapeutique chez un patient sous traitement ARV ?

5) Selon vous, y a-t-il un rapport entre la non observance thérapeutique et d'autres caractéristiques comme :

a) La résidence oui// non//

b) Le sexe oui// non//

c) L'âge oui// non//

d) Profession oui// non//

e) Statut matrimonial oui// non//

f) Ethnie oui// non//

g) Niveau d'étude de la personne oui// non//

h) Niveau de revenu de la personne oui// non//

6) Selon vous, y a-t-il une relation entre la non observance thérapeutique et d'autres variables comme :

a) La croyance à l'existence de la maladie oui// non//

b) La croyance à l'efficacité du traitement oui// non//

c) La peur d'être stigmatisé oui// non//

d) Auto stigmatisation oui// non//

7) Que faites-vous en général lorsqu'un patient est non observant à son traitement ?

8) Quelles sont selon vous les solutions pour remédier au problème de l'inobservance thérapeutique des patients ?

Professeurs

Pr Soukalo DAO
Tél : (00223) 72-27-49-71
Email : soukalo DAO@yahoo.fr
Soukalo DAO@icermali.org

Pr Daouda K MINTA
Tél : (00223) 66-84-47-62
Email : minta_daouda@yahoo.fr

Maître de conférences

Pr Issa KONATE
Tél : (00223) 76-10-11-20
Email : izos_k@yahoo.fr

Pr Abdoulaye M. TRAORE
Tél : (00223) 73-00-32-32
Email : amtraore2008@gmail.com

Pr Yacouba CISSOKO
Tél : (00223) 74-56-76-49
Email : ycissoko@hotmail.com

Pr Garan DABO
Tél : (00223) 60-68-95-35
Email : garandabo@yahoo.fr

Maîtres-assistants :
Dr Jean Paul DEMBELE
Tél : (00223) 73-00-22-40
Email : jpdembete@gmail.com

Maîtres de recherche

Dr Karim TRAORE
Tél : (00223) 66 72 50 63
Email : karim@icermali.org

Dr Mamadou Sayon KÉTA
Tél : (00223) 66-77-08-09
Email : mamadousayon@yahoo.fr

Dr Damissa COULIBALY
Tél : (00223) 66-76-54-53
Email : damissa01@yahoo.fr

Dr Madou TRAORE
Tél : (00223) 69-58-33-23
Email : traoremadou78@yahoo.fr

Dr Dramane SAMAKE
Tél : (00223) 69 23 38 76
Email : dramanesamake@rocketmail.com

Chargés de recherche

Dr Assétou FOFANA
Tél : (00223) 76-36-10-89
Email : assetou_fofana@yahoo.fr

Dr Mariam SOUMARE
Tél : (00223) 76-07-79-79
Email : msoumare12@gmail.com

Dr Hamsatou Cisse
Tél : (00223) 65-35-30-38
Email : hamsatou@yahoo.fr

Dr Dramane SOGOBA
Dr Oumar MAGASSOUBA
Dr Drissa GOITA



UNIVERSITE DES SCIENCES, DES TECHNIQUES ET DES TECHNOLOGIES DE BAMAKO
FACULTE DE MEDECINE, ET D'ODONTOSTOMATOLOGIE
DER DE MEDECINE ET SPECIALITES MEDICALES
Chaire de Maladies Infectieuses et Tropicales



Professeur Soukalo DAO

Je soussigne Professeur Soukalo DAO, chef de service des Maladies Infectieuses et Tropicales, donne par la présente autorisation à l'étudiant Ousmane DJIBO ; suite à sa requête en date du 05 Aout 2022 afin d'accéder aux dossiers de consultation externe pour son enquête intitulée « Les facteurs liés à l'inobservance thérapeutique aux ARV chez les PVVIH dans le SMIT du CHU du point G de Mai à Août 2022



Bamako, le 09 Mai 2022

Pr Soukalo DAO

Professeurs

Pr Sounkalo DAO
Tél : (00223) 72-27-49-71
Email : sounkalomdao@yahoo.fr
Sounkalod@icermali.org

Pr Daouda K MINTA
Tél : (00223) 66-84-47-62
Email : minta_daouda@yahoo.fr

Maîtres de conférences

Dr Issa KONATE
Tél : (00223) 76-10-11-20
Email : izos_k@yahoo.fr

Dr Yacouba CISSOKO
Tél : (00223) 74-56-76-49
Email : ycissoko@hotmail.com

Dr Garçon DABO
Tél : (00223) 60-68-95-35
Email : garandabo@yahoo.fr

Dr Abdoulaye M. TRAORE
Tél : (00223) 73-00-32-32
Email : amtraore2008@gmail.com

Maîtres-assistants:

Dr Jean, Paul DEMBELE
Tél : (00223) 73-00-22-40
Email : jpdembele@gmail.com

Maîtres de recherche

Dr Karim TRAORE
Tél : (00223) 66 72 50 63
Email : karim@icermali.org

Dr Mamadou Sayon KEÏTA
Tél : (00223) 66-77-08-09
Email : mamadousayon@yahoo.fr

Dr Damissa COULIBALY
Tél : (00223) 66-76-54-53
Email : damissa01@yahoo.fr

Dr Madou TRAORE
Tél : (00223) 69-58-33-23
Email : traoremadou78@yahoo.fr

Dr Dramane SAMAKE
Tél : (00223) 69 06 02 92
Email : dramanesamake@rocketmail.com

Chargés de recherche

Dr Assétou FOFANA
Tél : (00223) 76-36-10-89
Email : assetou_fofana@yahoo.fr

Dr Mariam SOUMARE
Tél : (00223) 76-07-79-79
Email : msoumare112@gmail.com

Dr Hamsatou CISSE
Tél : (00223) 65-35-30-38
Email : hamsatouc@yahoo.fr



UNIVERSITE DES SCIENCES, DES TECHNIQUES ET DES TECHNOLOGIES DE BAMAKO
FACULTE DE MEDECINE, ET D'ODONTOSTOMATOLOGIE
DER DE MEDECINE ET SPECIALITES MEDICALES
Service de Maladies Infectieuses et Tropicales



Du Docteur Oumar MAGASSOUBA

Au

Professeur Sounkalo DAO

Objet : Demande d'accès aux données de consultation externe du SMIT.

Cher Professeur, nous vous adressons l'étudiant Ousmane DJIBO pour accéder aux données de consultation externe dans le cadre de l'enquête pour sa thèse intitulée « Les facteurs liés à l'inobservance thérapeutique chez les PVVIH dans le SMIT du CHU de Point G de Mai à Aout 2022.

»

Veuillez recevoir cher Professeur, l'expression de notre franche collaboration et celle de nos salutations distinguées.

Bamako, le 05 Mai 2022

Dr Oumar MAGASSOUBA

SERMENT D'HIPPOCRATE

Au moment d'être admis à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ces éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences.

Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera.

Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admise dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçue à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonorée et méprisée si j'y manque

Je le jure !!!