

Ministère de l'Enseignement Secondaire,
Supérieur et de la Recherche Scientifique

République du Mali

Un Peuple – Un Bot – Une Foi

Université de Bamako

Faculté de Médecine, de Pharmacie et
d'Odontostomatologie

Année Universitaire 2008/2009

Thèse N°...29..../2009

TITRE

**Etude des facteurs socio-économiques et médicaux
influant l'observance du traitement du VIH/SIDA au
CESAC, CHU de Gabriel Touré et au CHU du Point G**

Présentée et soutenue publiquement par **Mr. SALL Bâ Djibril**

Devant la Faculté de Médecine, de Pharmacie et d'Odontostomatologie

(F.M.P.O.S.)

Pour obtenir le grade de docteur en Médecine

(Diplôme d'Etat)

JURY

Président :

Pr Sounkalo Dao

Membre :

Pr Benoît Koumaré

Membre :

Dr Youssouf Diallo

Directeur de thèse

Pr. Mamadou Sounkalo Traoré

FACULTE DE MEDECINE, DE PHARMACIE ET D'ODONTO-STOMATOLOGIE
ANNEE UNIVERSITAIRE 2008 - 2009

ADMINISTRATION

DOYEN : ANATOLE TOUNKARA - PROFESSEUR
1^{er} ASSESSEUR : DRISSA DIALLO - MAITRE DE CONFERENCES
2^{eme} ASSESSEUR : SEKOU SIDIBE - MAITRE DE CONFERENCES
SECRETAIRE PRINCIPAL : YENIMEGUE ALBERT DEMBELE - PROFESSEUR
AGENT COMPTABLE : MADAME COULIBALY FATOUMATA TALL - CONTROLEUR DES FINANCES

LES PROFESSEURS HONORAIRES

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

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

D.E.R. CHIRURGIE ET SPECIALITES CHIRURGICALES

1. PROFESSEURS

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

2. MAITRES DE CONFERENCES

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

3. MAITRES ASSISTANTS

Mr Issa DIARRA
Mr Samba Karim TIMBO
Mme TOGOLA Fanta KONIPO
Mr Zimogo Zié SANOGO
Mme Diénéba DOUMBIA
Mr Zanafon OUATTARA
Mr Adama SANGARE
Mr Sanoussi BAMANI
Mr Doulaye SACKO
Mr Ibrahim ALWATA
Mr Lamine TRAORE
Mr Mady MACALOU
Mr Aly TEMBELY
Mr Niani MOUNKORO
Mr Tiemoko D. COULIBALY
Mr Souleymane TOGORA
Mr Mohamed KEITA
Mr Bouraïma MAIGA
Mr Youssouf SOW
Mr Djibo Mahamane DIANGO
Mr Moustapha TOURE
Mr Mamadou DIARRA
Mr Boubacary GUINDO
Mr Moussa Abdoulaye OUATTARA
Mr Birama TOGOLA
Mr Bréhima COULIBALY
Mr Adama Konoba KOITA
Mr Adégné TOGO
Mr Lassana KANTE
Mr Mamby KEITA
Mr Hamady TRAORE
Mme KEITA Fatoumata SYLLA
Mr Drissa KANIKOMO
Mme Kadiatou SINGARE
Mr Nouhoum DIANI
Mr Aladji Seydou DEMBELE
Mr Ibrahim TEGUETE
Mr Youssouf TRAORE
Mr Lamine Mamadou DIAKITE

Gynéco-Obstétrique
ORL
ORL
Chirurgie Générale
Anesthésie/Réanimation
Urologie
Orthopédie - Traumatologie
Ophtalmologie
Ophtalmologie
Orthopédie - Traumatologie
Ophtalmologie
Orthopédie/Traumatologie
Urologie
Gynécologie/Obstétrique
Odontologie
Odontologie
ORL
Gynéco/Obstétrique
Chirurgie Générale
Anesthésie-réanimation
Gynécologie
Ophtalmologie
ORL
Chirurgie Générale
Chirurgie Générale
Chirurgie Générale
Chirurgie Générale
Chirurgie Générale
Chirurgie Pédiatrique
Odonto-Stomatologie
Ophtalmologie
Neuro Chirurgie
Oto-Rhino-Laryngologie
Anesthésie-Réanimation
Anesthésie-Réanimation
Gynécologie/Obstétrique
Gynécologie/Obstétrique
Urologie

D.E.R. DE SCIENCES FONDAMENTALES

1. PROFESSEURS

Mr Daouda DIALLO
Mr Amadou DIALLO
Mr Moussa IARAMA
Mr Ogobara DOUMBO
Mr Yérimégué Albert DEMBELE
Mr Anatole TOUNKARA
Mr Bakary M. CISSE
Mr Abdourahmane S. MAIGA
Mr Adama DIARRA
Mr Mamadou KONE

Chimie Générale & Minérale
Biologie
Chimie Organique
Parasitologie – Mycologie
Chimie Organique
Immunologie
Biochimie
Parasitologie
Physiologie
Physiologie

2. MAITRES DE CONFERENCES

Mr Amadou TOURE
Mr Flabou BOUGOUDOGO
Mr Amagana DOLO
Mr Mahamadou CISSE
Mr Sékou F.M. TRAORE
Mr Abdoulaye DABO
Mr Ibrahim I. MAIGA

Histoembryologie
Bactériologie-Virologie
Parasitologie **Chef de D.E.R.**
Biologie
Entomologie Médicale
Malacologie, Biologie Animale
Bactériologie – Virologie

3. MAITRES ASSISTANTS

Mr Lassana DOUMBIA
Mr Mounirou BABY
Mr Mahamadou A. THERA
Mr Moussa Issa DIARRA
Mr Kaourou DOUCOURE
Mr Bouréma KOURIBA
Mr Souleymane DIALLO
Mr Cheik Bougadari TRAORE
Mr Guimogo DOLO
Mr Mouctar DIALLO
Mr Abdoulaye TOURE
Mr Boubacar TRAORE
Mr Djibril SANGARE
Mr Mahamadou DIAKITE
Mr Bakarou KAMATE
Mr Bakary MAIGA

Chimie Organique
Hématologie
Parasitologie -Mycologie
Biophysique
Biologie
Immunologie
Bactériologie-Virologie
Anatomie-Pathologie
Entomologie Moléculaire Médicale
Biologie Parasitologie
Entomologie Moléculaire Médicale
Parasitologie Mycologie
Entomologie Moléculaire Médicale
Immunologie – Génétique
Anatomie Pathologie
Immunologie

4. ASSISTANTS

Mr Mangara M. BAGAYOGO
Mr Bokary Y. SACKO
Mr Mamadou BA
Mr Moussa FANE
Mr Blaise DACKOUCO

Entomologie Moléculaire Médicale
Biochimie
Biologie, Parasitologie Entomologie Médicale
Parasitologie Entomologie
Chimie Analytique

D.E.R. DE MEDECINE ET SPECIALITES MEDICALES

1. PROFESSEURS

Mr Mamadou K. TOURE
Mr Mahamane MAIGA
Mr Baba KOUMARE
Mr Moussa TRAORE
Mr Issa TRAORE
Mr Hamar A. TRAORE
Mr Dapa Aly DIALLO
Mr Moussa Y. MAIGA
Mr Somita KEITA
Mr Boubakar DIALLO
Mr Toumani SIDIBE

Cardiologie
Néphrologie
Psychiatrie, **Chef de DER**
Neurologie
Radiologie
Médecine Interne
Hématologie
Gastro-entérologie – Hépatologie
Dermato-Léprologie
Cardiologie
Pédiatrie

2. MAITRES DE CONFERENCES

Mr Bah KEITA
Mr Abdel Kader TRAORE
Mr Siaka SIDIBE
Mr Mamadou DEMBELE
Mr Mamady KANE
Mr Saharé FONGORO
Mr Bakoroba COULIBALY
Mr Bou DIAKITE
Mr Bougouzié SANOGO
Mme SIDIBE Assa TRAORE
Mr Adama D. KEITA
Mr Sounkalo DAO

Pneumo-Phtisiologie
Médecine Interne
Radiologie
Médecine Interne
Radiologie
Néphrologie
Psychiatrie
Psychiatrie
Gastro-entérologie
Endocrinologie
Radiologie
Maladies Infectieuses

3. MAITRES ASSISTANTS

Mme TRAORE Mariam SYLLA
Mme Habibatou DIAWARA
Mr Daouda K. MINTA
Mr Kassoum SANOGO

Pédiatrie
Dermatologie
Maladies Infectieuses
Cardiologie

Mr Seydou DIAKITE
Mr Arouna TOGORA
Mme KAYA Assétou SOUCKO
Mr Boubacar TOGO
Mr Mahamadou TOURE
Mr Idrissa A. CISSE
Mr Mamadou B. DIARRA
Mr Anselme KONATE
Mr Moussa T. DIARRA
Mr Souleymane DIALLO
Mr Souleymane COULIBALY
Mr Cheick Oumar GUIINTO
Mr Mahamadoun GUINDO
Mr Ousmane FAYE
Mr Yacouba TOLOBA
Mme Fatoumata DICKO
Mr Boubacar DIALLO
Mr Youssoufa Mamoudou MAIGA
Mr Modibo SISSOKO
Mr Ilo Bella DIALL
Mr Mahamadou DIALLO

Cardiologie
Psychiatrie
Médecine Interne
Pédiatrie
Radiologie
Dermatologie
Cardiologie
Hépatogastro-entérologie
Hépatogastro-entérologie
Pneumologie
Psychologie
Neurologie
Radiologie
Dermatologie
Pneumo-phthisiologie
Pédiatrie
Médecine Interne
Neurologie
Psychiatrie
Cardiologie
Radiologie

D.E.R. DES SCIENCES PHARMACEUTIQUES

1. PROFESSEURS

Mr Gaoussou KANOUTE
Mr Ousmane DOUMBIA
Mr Elimane MARIKO

Chimie analytique, **Chef de D.E.R.**
Pharmacie Chimique
Pharmacologie

2. MAITRES DE CONFERENCES

Mr Drissa DIALLO
Mr Alou KEITA
Mr Benoît Yaranga KOUMARE
Mr Ababacar I. MAIGA

Matières Médicales
Galénique
Chimie Analytique
Toxicologie

3. MAITRES ASSISTANTS

Mme Rokia SANOGO
Mr Yaya KANE
Mr Saïbou MAIGA
Mr Ousmane KOITA
Mr Yaya COULIBALY
Mr Abdoulaye DJIMDE
Mr Sékou BAH
Loséni BENGALY

Pharmacognosie
Galénique
Législation
Parasitologie Moléculaire
Législation
Microbiologie-Immunologie
Pharmacologie
Pharmacie Hospitalière

D.E.R. DE SANTE PUBLIQUE

1. PROFESSEUR

Mr Sanoussi KONATE

Santé Publique, **Chef de D.E.R.**

2. MAITRES DE CONFERENCES

Mr Moussa A. MAIGA
Mr Jean TESTA
Mr Mamadou Sounalo TRAORE

Santé Publique
Santé Publique
Santé Publique

3. MAITRES ASSISTANTS

Mr Adama DIAWARA	Santé Publique
Mr Hamadoun SANGHO	Santé Publique
Mr Massambou SACKO	Santé Publique
Mr Alassane A. DICKO	Santé Publique
Mr Hammadoun Aly SANGO	Santé Publique
Mr Seydou DOUMBIA	Epidémiologie
Mr Samba DIOP	Anthropologie Médicale
Mr Akory AG IKNANE	Santé Publique
Mr Ousmane LY	Santé Publique

4. ASSISTANTS

Mr Oumar THIERO	Biostatistique
Mr Seydou DIARRA	Anthropologie Médicale

CHARGES DE COURS & ENSEIGNANTS VACATAIRES

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

ENSEIGNANTS EN MISSION

Pr. Doudou BA	Bromatologie
Pr. Babacar FAYE	Pharmacodynamie
Pr. Mounirou CISS	Hydrologie
Pr. Amadou Papa DIOP	Biochimie
Pr. Lamine GAYE	Physiologie

Dédicaces
et
Remerciements

DÉDICACES

Je rends grâce à ALLAH, le Tout Puissant, le Miséricordieux, pour m'avoir guidé, et donné la force nécessaire à la réalisation de ce travail.

▪ **A ma Grand-mère Mme BA Diariatou, mon épouse**

Devrais-je dire maman, ceci se comprend aisément d'autant plus que tu as œuvré en lieu et place d'une mère, et avec quel mérite, je me meus, tu as été ma bergère, mieux ma béquille. Les mots adéquats me laissent choir pour t'exprimer toute ma sincère et profonde gratitude, tu es un modèle de femme ; réussir dans cette vie ou rien est donné, plus rien ne se prête, où même le courage et la persévérance à eux seuls ne suffisent pas à endiguer les défis que la nature nous imposent. Tout en conservant les vertus des plus valeureuses qui confèrent à une personne sa grandeur d'esprit. Tu t'es faite une notoriété dont plus d'un en rêve, je ne peux que te tirer mon chapeau devant une telle consécration qui évidemment force le respect et l'admiration. C'est la femme qui fait un grand homme merci d'être là pour moi, merci infiniment, je t'aime Mamy.

▪ **A ma Grande Tante Mme DIAW Mareme DOLIMAN**

Mention spéciale à un ange tombé du ciel, j'avoue que souvent je reste dubitatif pour ne pas dire stupéfier devant tant de générosité, de bonté et Philanthropie, je pèse mes mots en disant que tu es une rareté dans ce monde, une espèce en voie d'extinction, très heureux d'avoir été à la croisée de ton chemin, une chance mieux une aubaine. C'était un honneur renouvelé d'être ton fils. Savoir donner est une qualité, surprendre agréablement dans le don en est une autre, franchement on aurait dit un être venu d'ailleurs. Sois en remerciée, que Dieu te bénisse, te procure longue vie et cristallise tes vœux.

▪ **A ma mère Penda COULIBALY**

Tu es tout simplement une exception dans sa création. Toi qui es si douce, si dévouée, subtile et très agréable, je suis épaté devant tant d'abnégation et de générosité devant les aléas de la vie et surtout quand ceux-ci atteignent leurs paroxysmes. Comment ne pas t'admirer maman, je sais que la probité, l'honneur, le respect et la sagesse sont des vertus ô nobles et qui ne t'ont jamais fait défaut ; tu es et demeures ma plus belle histoire d'amour ; même à des milliers de kilomètres ta flamme se consume tout au fond de moi, je te le dis pas souvent saches que tu es ma chance, merci et je t'aime maman. Que dieu te garde et te bénisse.

▪ **A mes Papa, SALL Samba, Hamidou DIALLO, Boubacar GAYE, Hamady TOURE, Mamadou S. TRAORE, Djibril S. NDIAYE, Abdoulaye GOÏTA, BA Demba**

L'esprit de famille, l'amour du travail bien fait, le respect du prochain, l'humilité, l'honnêteté et la rigueur dans les études sont des vertus que je n'ai cessé d'apprendre de vous. Je suis fier de vous avoir, qu'il m'est impossible de ne pas remercier le bon Dieu dans sa toute sa générosité. Que sa grâce vous accompagne encore et partout.

▪ **A mes Mamans, Mounéïssa MAÏGA, Penda SALL, Ami SY, Habibatou SIDIBE, Korotoumou KANSAYE, Pendourou COULIBALY, Maimouna COULIBALY, Oumou DIA, Mama DIALLO, Awa DIARRA**

Des femmes à la générosité incommensurable. L'humilité, la simplicité, la douceur ne vous ont jamais fait défaut. Il me serait impossible de vous monnayer ce dont j'ai pu recevoir de vous avec tant de facilité. Je vous prie de vouloir pardonner mes maladresses par ce que de l'amour, j'en ai reçu plus qu'il en faut. Je bénis le ciel à chaque instant de vous avoir eu comme

mères. Je vous remercie du plus profond de moi, que Dieu vous garde et veille sur vous et vos familles.

- **A mes tantes : Mme WATTARA Oumou, Mme BAGAYOGO Zeinabou, Mme COULIBALY Maimouna, Coumba BA, Nene BA, Mme SY Toto, Sira COULIBALY, Mouneyssa MAIGA, Mme TOURE Lydie SEYDI, Cathy DIALLO**

C'est grâce à vous aussi que j'en suis là. J'aurais toujours à l'esprit que je vous dois tout. Je ne saurai jamais estimer l'assistance et l'affection dont j'ai bénéficié auprès de vous. Je saurais être digne de vous. Qu'ALLAH vous bénisse et vous conserve en bonne santé très longtemps auprès de nous.

- **A mon Grand-père Dramane COULIBALY**

Mon ami, rarement j'ai vu une personne dont la droiture est à l'image de son physique, Papy tu sais tu es un homme bon et je dirai presque un homme sage que Dieu te garde encore parmi nous.

- **A mes Grand-mères Hadji, Oumou BA, Awa, Diany, Aïda, Oumou TOUNKARA, Yayi Penda et Mme DIALLO Joaquina**

Merci pour tout, je ne vous oublierai jamais !

- **A mes frères et sœurs : Korka, Marieme, Diary, Bébé, Oumar, Coumbis, Alex, Malodo, Penda SALL**

Compréhension, disponibilité, attention et soutien constant n'ont pas été vains mots. C'est l'occasion pour moi de vous remercier très sincèrement.

- **A mes oncles : Raphaël OUATTARA, Kassoum COULIBALY, Alassane COULIBALY, Adama COULIBALY, Tonton Kaou, Karim COULIBALY, BA Demba, Aliou BA, Alassane CAMARA, Abdoulaye KEITA, Lamine NIANG**

Vos conseils et votre assistance m'ont été utiles au cours de toutes les étapes que j'ai traversées jusqu'ici.

- **A toute la famille : BA, NDIAYE, TOURE, TALL, COULIBALY, WATTARA, GAYE, SIDIBE, DIALLO, SAKO**

Votre assistance n'a jamais fait défaut. Je vous remercie pour tout l'intérêt que vous avez porté à ma famille.

- **Fatimata Bintou SAKO**

On dit que la véritable grandeur est celle qui se modère, je te salue, femme pleine de grâce de charme et de douceur ; tant de patience en soi, il est agréable d'être bercé par tant de délicatesse et de subtilité. Je te serai à jamais très reconnaissant, et te pris d'excuser toutes mes maladresses, Dieu seul sait que je t'en ai fait voir des choses. Ce travail est tout aussi le tien et il n'existe aucune forme de reconnaissance qui puisse t'être attribuable. Je te remercie de tout cœur. Que Dieu te garde et que sa grâce illumine toutes tes entreprises. MERCI

- **A Tous Les LEO et les LIONS du Mali et du District 403**

- **A mes amis : Abda, Papa, Alpha, Youba, Aziz, Coucou, Kiné, Ladji, Ahmed TOURE, Oumar, Almou, Limam, Papou NIARE, Cheick Tidiane NDIAYE**

- **A tout le personnel de l'Ambassade de la République Islamique de Mauritanie et à toute la Communauté Mauritanienne au Mali, merci pour le soutien moral et les conseils prodigués**

REMERCIEMENTS

Nos remerciements vont à tous ceux qui de près ou de loin nous ont apporté leur aide et assistance pendant ce long parcours de formation médicale.

À Docteur Pierre Touré, ta touche personnelle a été indispensable pour réaliser cette thèse, nous te sommes entièrement reconnaissant

Au Docteur Moussa Coulibaly

Merci à toi de nous avoir inspiré de toutes tes expériences et conseils au sein du service. Nous avons vu en toi un vrai modèle d'assiduité dans le travail, nous n'oublierons guère ces moments passés ensemble.

Au Docteur Koné et tout le personnel du Service de Pharmacie du CHU de Gabriel Touré

Votre indulgence, votre grand sens de l'humanisme et votre complicité avec vos élèves ne peuvent inspirer que respect et admiration. Nous sommes fiers de compter parmi vos élèves.

Cher Maître, acceptez nos humbles remerciements pour la qualité de l'encadrement et les conseils prodigués tout au long de ce travail.

Au Docteur Souleymane Maiga

A tous mes aînés et amis de la faculté de la FMPOS Youba Dieng, Cheikh Diouf, Kamaté, Youssouf Fofana, Boua Diarra, vous nous avez appris patience, courage, courtoisie. Merci pour toutes les bénédictions et conseils

A tous nos amis qui ont perdu la vie au cours de ce long cursus : Yacouba Hassane, Antoine Mari Sidibé, Tidjani Diaby, Abdoul Fatah Traoré, Sory Sissoko, Siriki Diakité, Boubacar Tambadou *in memoriam*, que vos âmes reposent en paix,

Amen !!!

A mes amis et compagnons de tous les jours :

Vous avez été toujours là pour moi, j'espère que les différentes épreuves de la vie ne feront que renforcer notre amitié.

A mes cousins et compagnons de lutte :

Merci pour toute votre gentillesse.

A mes amies

Merci pour tout le soutien moral je ne vous oublierai jamais.

A tout le personnel soignant du CESAC, de Gabriel Touré, du Point G

Ces moments de collaborations passés avec vous restent inoubliables. Et je retiens de vous cette vertu : le respect du prochain dans le milieu professionnel !

Homages
aux
Members
du
Jury

À notre Maître et Président du Jury

Professeur Soukalo DAO

- **Maître de conférences à la Faculté de Médecine de Pharmacie et d'Odonto-stomatologie**
- **Responsable de l'Enseignement des maladies infectieuses à la Faculté de Médecine de Pharmacie et d'Odonto-stomatologie**
- **Investigateur Clinique au CEREF (Centre de Recherche et de Formation sur le VIH et la Tuberculose)**

Cher Maître,

La spontanéité avec laquelle vous avez accepté de présider ce jury malgré vos multiples occupations, est la preuve de votre générosité et de votre modestie.

Quelque soit notre inspiration à vouloir vous rendre hommage, nous ne pouvons pas être plus éloquent que vos malades.

Votre pédagogie pour transmettre vos connaissances et vos qualités humaines font de vous l'un des maîtres les plus appréciés de la Faculté. Recevez cher Maître, l'expression de notre profonde gratitude et toute notre reconnaissance.

A notre cher Maître et Juge

Professeur Benoît Yaranga KOUMARE

- Maître de conférences en Chimie Analytique à la FMPOS**
- Pharmacien Chef du CHU du Point G**
- Expert en Analyse et en Contrôle de Qualité des médicaments**
- Spécialiste en Pharmacologie Moléculaire**

Cher Maître,

Nous sommes très honorés de vous avoir dans ce jury et de pouvoir bénéficier de votre apport pour l'amélioration de la qualité de ce travail. Votre grande disponibilité, votre sens aigu du travail bien accompli, font de vous un chef admiré de tous.

Veillez accepter cher Maître, nos sentiments de reconnaissance et de respect.

A notre Maître et Juge

Dr Youssouf DIALLO

- **Spécialiste en Gestion de Programme de Santé.**
- **Spécialiste en Recherche sur le VIH/ SIDA et en Santé de la
Reproduction.**
- **Détenteur d'un certificat de la London School of Hygiene and
Tropical Medicine**
- **Chef du Département de la Réponse Nationale Contre le VIH
au Secrétariat Exécutif du Haut conseil National de Lutte
contre le SIDA (HCNLS)/Présidence de la République.**

Cher Maître

Vous nous faites un grand honneur en acceptant de siéger dans ce jury.

**Nous avons apprécié dès le premier contact vos immenses qualités
scientifiques et humaines. Votre très grande disponibilité et votre
compétence requise ne peuvent qu'inspirer respect et admiration.**

**Recevez ici cher Maître, notre profonde gratitude, que le Tout-Puissant
vous procure une carrière longue et brillante.**

A notre cher Maître et Directeur de thèse

Professeur Mamadou Sounalo TRAORE

- Ph.D en Epidémiologie de l'Université de Londres

**- Maître de conférences en santé publique de l'Université de
Bamako**

**- Ancien Expert détaché auprès de la Commission Européenne
Bruxelles pour la recherche en santé**

**- Ancien Directeur de l'Agence Nationale d'Evaluation des
Hôpitaux du Mali**

- Ancien Directeur National de la Santé du Mali

- Chevalier de l'Ordre du Mérite de la Santé du Mali

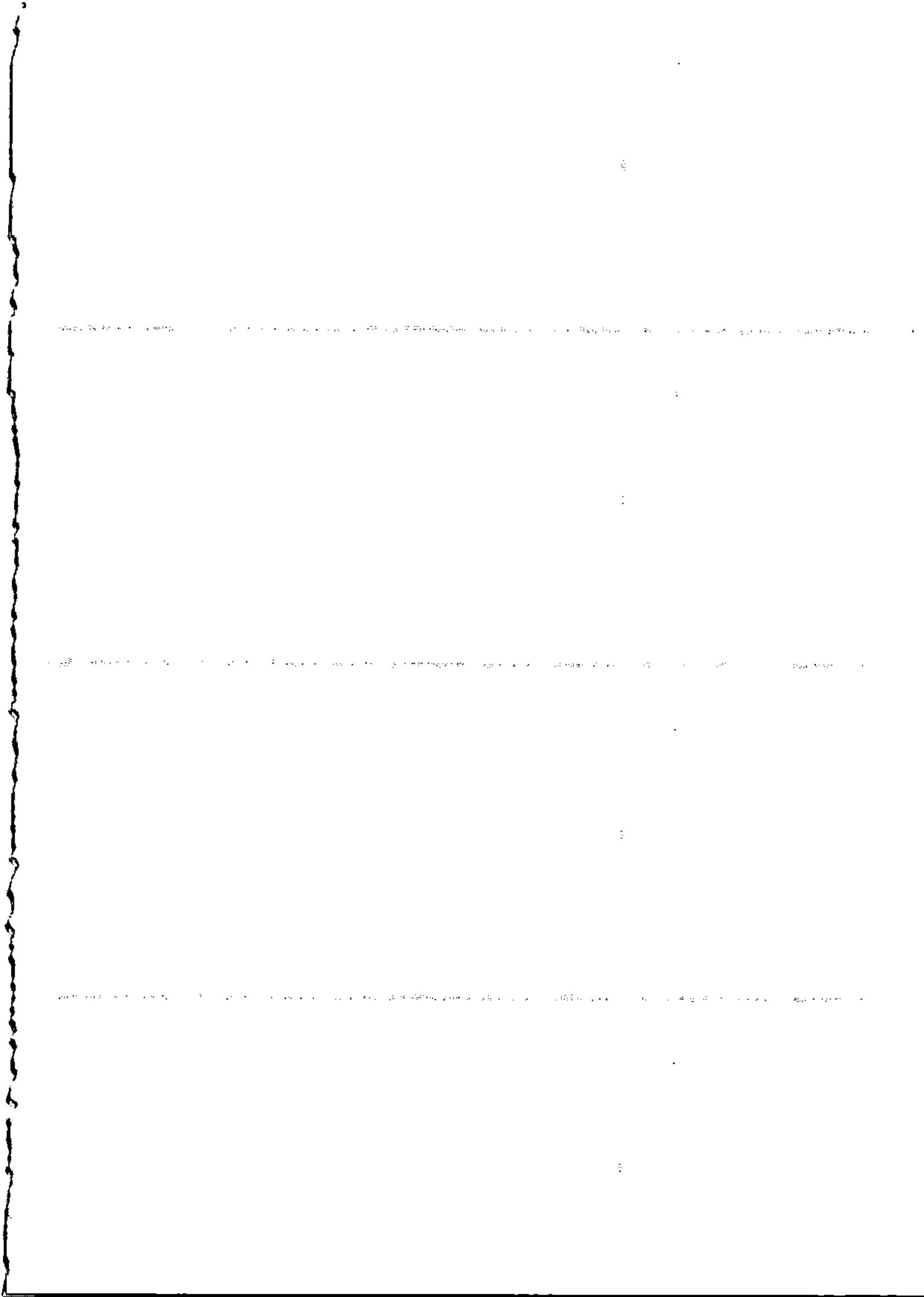
Cher Maître,

Nous avons été très honoré que vous ayez accepté de diriger cette thèse. Vous nous avez séduit dès le premier jour de ce travail par vos immenses qualités humaines, scientifiques et pédagogiques. Votre rigueur scientifique, votre grande disponibilité et votre grande culture médicale imposent respect et admiration. Nous vous prions de bien vouloir accepter l'expression de nos très sincères remerciements.

Sommaire

INTRODUCTION.....	2
OBJECTIFS	6
GENERALITES.....	8
RESULTATS	51
COMMENTAIRES ET DISCUSSIONS.....	74
CONCLUSION.....	85
RECOMMANDATIONS.....	87
BIBLIOGRAPHIE	90
LOCALISATION ET RESUME DE LA THESE.....	97
LOCALIZATION AND SUMMARY OF THE THESIS.....	99

Liste
des
Sigles
et
Abréviations



1 Introduction

INTRODUCTION

Initialement désignée par les mots anglo-saxons de « compliance » qui signifie soumission, puis « d'adhérence », l'observance ou l'adhésion à un traitement peut être définie comme le suivi exact par un patient des modalités de prise d'un traitement. [1] Les chercheurs en sciences sociales, rejetant le mot « compliance » et en préférant adhérence (adhésion thérapeutique) ont voulu rompre avec le stéréotype du mauvais patient qui ne veut pas ou ne peut se soumettre aux prescriptions médicales. Ils ont voulu redonner leur place aux processus d'interaction, aux attitudes et actions de patients dont la désobéissance est parfois rationnelle et fondée sur des données pertinentes. C'est également la position des praticiens français qui veulent jeter les bases d'une clinique de l'observance en établissant un dispositif d'écoute et de repérage de la place que le sujet vient occuper dans une relation thérapeutique. [1]

L'observance se rapporte avant tout au respect des prescriptions, à l'application dépouillée de toute dimension subjective des consignes du traitement. Avec la compliance, l'accent se porte beaucoup plus sur le rapport intersubjectif, c'est-à-dire qu'il s'agit presque de se plier aux exigences et aux consignes du médecin afin de lui complaire. Avec le terme d'adhésion, on insiste sur la capacité du patient à adopter une démarche active, à faire sien le traitement.

Les termes utilisés suscitent donc un premier débat et montrent une évolution sensible des concepts de référence en témoignant d'un infléchissement sinon d'une rupture dans les représentations sociales et médicales des processus en cause. [1]

Vu la complexité du problème à l'échelle internationale et nationale, nous souhaiterons étudier le profil des patients atteints de HIV, ainsi que les problèmes liés à sa prise en charge et au suivi du traitement au Mali.

Si certaines études ont porté sur quelques aspects de l'observance notamment : dans la cohorte dénommée APROCO [47], les proportions de patients déclarant une observance totale (100 % des doses prescrites), modérée (80 % à 99 %) ou

basse (< 80 %) dans les quatre jours précédents sont quasi constantes à chaque visite des 20 premiers mois de suivi (respectivement 60 %, 30 % et 10 % des patients). Mais cette apparente stabilité transversale de l'observance dissimule des fluctuations au cours du temps : seuls 31 % des patients maintiennent une observance totale à tous les suivis, alors que la majorité d'entre eux (52 %) présentent occasionnellement des épisodes de non observance, et que les 17 % restants ne sont jamais totalement observants. [2]

Selon une étude faite au Mali sur 270 cas à propos de l'observance aux antirétroviraux dans le service des maladies infectieuses à l'hôpital national du Point G, le taux d'observance était de 56,3 %. [2]

Les facteurs de mauvaise observance étaient l'oubli, très souvent induit par les préoccupations quotidiennes : la pauvreté, l'ignorance, l'âge avancé, la stigmatisation et la négligence. Cette étude ne nous renseigne pas pour autant de façon spécifique sur l'impact de ces variables qui sont les facteurs cités ci-dessus. [3]

La non observance concerne aussi bien la réduction de la fréquence de prise, la réduction du nombre de médicament pris, la mauvaise répartition des doses dans le temps que la non observance des directives d'administration. Les enquêtes révèlent que le pourcentage d'observance des prescriptions pour toute maladie chronique est de 60 à 70 %. [4]

ATARAO : « Appuyer le traitement anti-rétroviral en Afrique de l'ouest » a effectué une étude sur l'évaluation d'une intervention pour renforcer l'observance aux ARV [5] les facteurs liés à une bonne observance étaient les mêmes que ceux de l'étude précédente (citée ci-dessus). Aucune des deux études ne nous renseigne pour autant sur l'impact des facteurs socioculturels, économiques et médicaux dans le dispositif de l'observance.

L'observance apparaît comme une variable dynamique, jamais définitivement acquise mais au contraire fluctuante dans le temps et le vécu des personnes et peut être définie comme un perpétuel compromis entre le patient, son traitement et l'équipe soignante. Le Département d'Etudes et de Recherche pour la Santé

Publique s'est proposé d'étudier les facteurs socio-économiques et médicaux influant l'observance du traitement du VIH/SIDA au CESAC, CHU de Gabriel Touré, CHU du Point G.

2

Objectifs

OBJECTIFS

OBJECTIF GÉNÉRAL

« Étudier les facteurs socio-économiques et médicaux influant l'observance du traitement du VIH/SIDA au CESAC, CHU de Gabriel Touré, CHU du Point G. »

OBJECTIFS SPÉCIFIQUES

- Décrire les caractéristiques socio-économiques et médicales des patients sous traitement antirétroviral au CHU du Point G, CHU de Gabriel Touré et au CESAC.
- Déterminer le taux d'observance au niveau des trois structures.
- Déterminer les facteurs socio-économiques et médicaux qui influent sur l'observance du traitement antirétroviral au niveau des trois structures.

3

Généralités

GENERALITES

A - LE VIRUS DE L'IMMUNODÉFICIENCE HUMAINE (VIH)

1. Historique

En 1983, Luc Montagnier et son équipe de l'Institut Pasteur de Paris isolèrent, à partir de ganglions lymphatiques, ce qui se révéla être un nouveau rétrovirus humain. Un peu plus tard, l'équipe de Robert Gallo au National Cancer Institute (NCI) et celle de Jay Levy à l'Université de Californie à San Francisco isolèrent un rétrovirus sur des patients atteints du VIH\SIDA et des personnes en contact avec des malades. Les trois équipes isolèrent ce que l'on appelle maintenant le HIV, l'agent étiologique du SIDA. Un second virus du SIDA humain (HIV-2) sera découvert trois ans plus tard par l'équipe de l'Institut Pasteur. [5]

2. Classification [6,7]

a - Famille

Le virus de l'immunodéficience appartient à la famille des *Retroviridae* ou des *Rétrovirus*, car il possède la transcriptase inverse, qui a la propriété de "rétro transcrire" le matériel génétique viral (ARN) en ADN appelé proviral.

b - Genre

Son genre est celui des *lentivirus* c'est-à-dire les virus qui provoquent une maladie à évolution lente.

3. Structure du VIH (figure 1) [7]

Le VIH possède :

- Une enveloppe virale constituée d'une double bicouche lipidique et de deux sortes de glycoprotéines :

- **gp120 et gp 41.** La molécule gp 41 traverse la bicouche lipidique tandis que la molécule gp120 occupe une position plus périphérique : elle joue le rôle de récepteur viral de la molécule membranaire CD4 des cellules hôte. L'enveloppe virale dérive de la cellule hôte. Il en résulte qu'elle contient quelques protéines membranaires de cette dernière, y compris des molécules du CMH.
- Un **core viral** ou **nucléocapside**, qui inclut une couche de protéine p17 et une couche plus profonde de protéines p24.
- Un **génome** constitué de deux copies d'ARN simple brin associées à deux molécules de transcriptase reverse (p64) et à d'autres protéines enzymatiques (protéase p10 et intégrase p32).

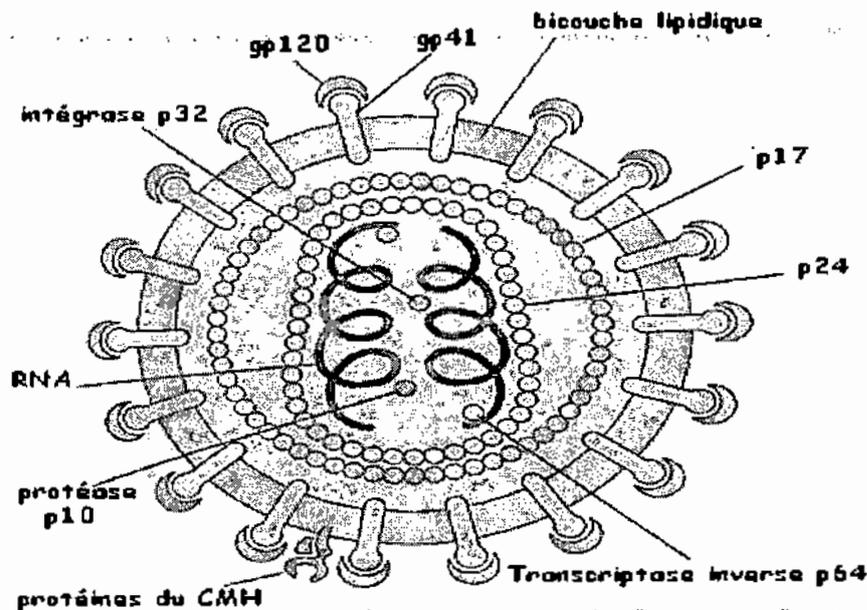


Figure 1 : Génome viral

4. Structure du génome viral [6,8]

Le **génome** du virus du SIDA se compose d'un **ARN** simple brin de 9181 nucléotides. Il comporte trois gènes principaux (Gag, Pol, et Env), ainsi que quelques gènes de régulation, de petite taille. Il comporte de plus des séquences spécifiques, situées à ses extrémités (5'UTR et 3'UTR - UTR = région non transcrite "UnTranscribed Region").

Une fois rétro transcrit sous la forme d'un ADN double brin (voir cycle), il s'exprime par le biais de deux ARN messagers, qui aboutissent à la synthèse de trois protéines. Ces protéines sont ensuite clivées par des protéases, pour aboutir aux différentes protéines virales.

5. Cycle du VIH [8,9]

Le virus du SIDA présent dans le sang est capable de se fixer à des cellules particulières du système immunitaire: les **lymphocytes T4**. Ces lymphocytes sont ainsi nommés, car porteurs de la protéine transmembranaire **CD4**. La fixation du virus à ces cellules fait intervenir CD4 (reconnu par la protéine gp120 du virus), ainsi que d'autres protéines membranaires (les co-récepteurs) (voir "entrée du virus"). A partir de cette fixation, le **matériel génétique du VIH** peut **pénétrer** dans le lymphocyte.

Une fois dans le cytoplasme, l'ARN du virus est **rétro transcrit** en **ADNc** double brin. Cet ADNc pénètre dans le **noyau**, et s'intègre au **génome** de la cellule hôte.

Le Schéma ci-dessus résume ce cycle. Les légendes sont détaillées juste en dessous.

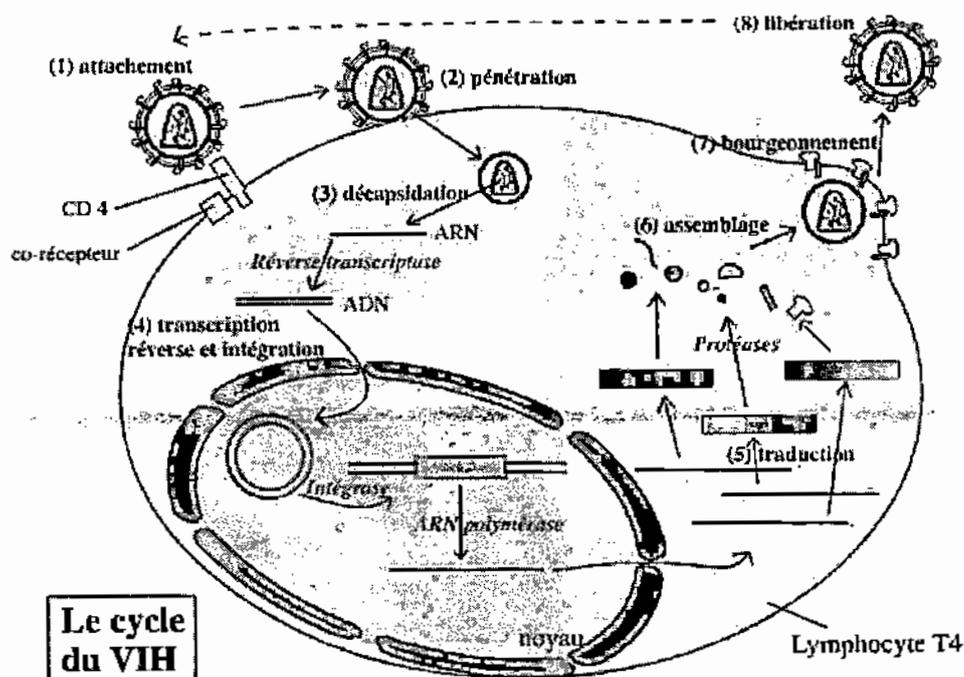


Figure 2 : Cycle de réplication

Légende

(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 co-récepteur).

(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) **décapsidation**

Les deux capsides se dissolvent, 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 associées pour reformer des virus (sans la membrane). Les protéines virales membranaires sont intégrées à la membrane du lymphocyte.

(7) **bourgeoisement**

Le virus bourgeoine, 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 T4.

6. Les Phases du SIDA [9]

L'infection par le VIH passe par trois phases successives:

6.1 - La phase d'incubation

Cette période suit l'infection et peut durer de 3 semaines à 6 mois. Cette phase ne se traduit pas par des signes ou des maux spécifiques.

Les sujets qui sont infectés fabriquent contre le VIH des anticorps. C'est en fait la détection de ces anticorps par un test sérologique qui va révéler la séropositivité.

6.2 - La phase d'imprégnation silencieuse

Dans les 10 années suivant la découverte de leur séropositivité :

- 60 % des sujets infectés développeront un véritable SIDA.
- 20 % des sujets contaminés ne présente aucun signe de la phase SIDA au bout de 10 ans.
- 20 % connaîtront des syndromes mineurs.

6.3 - La phase SIDA [10]

Il y a une très grande diversité de symptômes de la maladie. Cependant, il y a trois grands groupes de symptômes :

- **Les cancers.**
- Les infections opportunistes ; appelées ainsi car les microbes profitent de l'amoindrissement des défenses immunitaires pour envahir l'organisme.
- Les manifestations neurologiques quand le VIH pénètrent dans le cerveau : se caractérisent par des pertes de mémoire, une certaine confusion de langage, une diminution de l'acuité visuelle, et divers troubles d'ordres psychiques nécessitant l'intervention de psychiatres.

Le SIDA n'a pas une évolution continue. En effet, il évolue par poussées successives qui sont séparées par des phases de latences. Il arrive même parfois que

le malade semble totalement guéri mais malheureusement, pour l'instant, ces périodes sont suivies de rechutes.

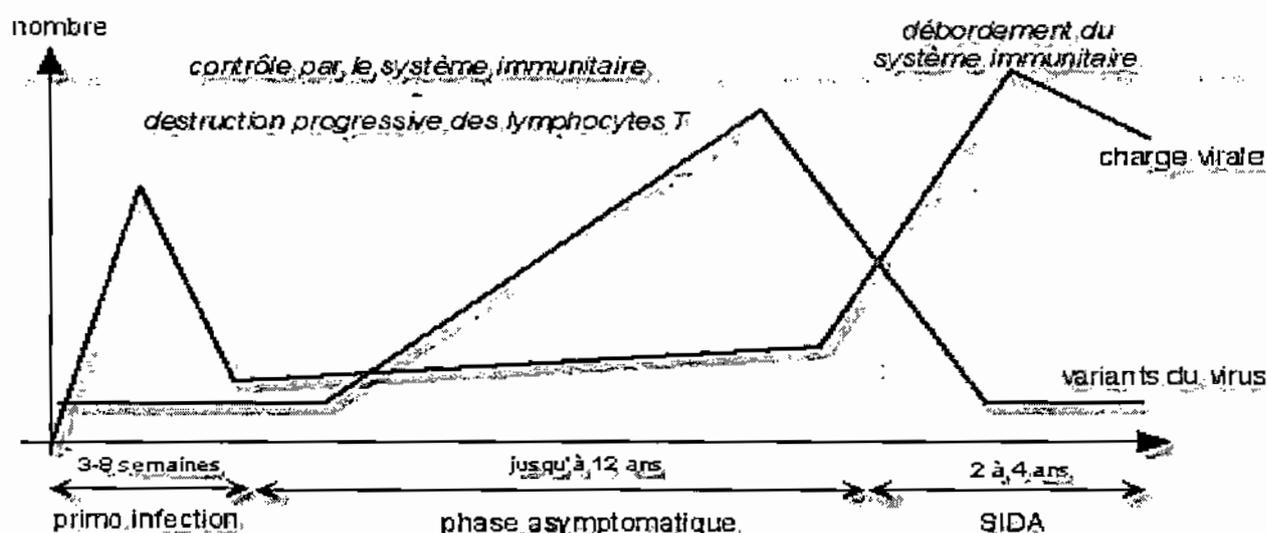


Figure 3 : Évolution de l'infection par le VIH

7. Transmission du VIH [11]

Le VIH se transmet exclusivement par les sécrétions sexuelles et par le sang. Il est cependant vrai que l'on peut arriver à déceler la présence du virus dans d'autres liquides corporels comme par exemple : la salive et les larmes, mais il est en si faibles quantités que l'on n'a pu trouver aucun cas de SIDA transmis par cette voie.

7.1 - Transmission par voie sexuelle [6]

- L'acte d'amour, cet acte merveilleux qui unit deux êtres peut être celui de tous les dangers même si celui-ci n'est accompli qu'une fois !!!
- Toutes les relations sexuelles, qu'elles soient vaginales ou anales, homosexuelles ou hétérosexuelles, peuvent transmettre les VIH.
- La transmission du VIH se fait, dans les couples hétérosexuels, aussi bien dans le sens homme-femme que femme-homme.

- En raison de la plus grande fragilité des muqueuses, les relations anales sont plus "infectantes" que les relations vaginales.
- Toutes les infections génitales de l'un des partenaires augmentent considérablement le risque de transmission de la maladie, quelles soient situées sur le gland ou le vagin.
- Les contacts oraux-génitaux et oraux-anaux comportent eux aussi des risques. De ce fait, il est recommandé d'utiliser un préservatif.

7.2 - Transmission par voie sanguine [6]

La Transmission du VIH par le sang peut avoir lieu à différentes occasions :

- Lors d'une transfusion ou de l'injection de produits sanguins.
- Par des seringues et des aiguilles souillées : dans le milieu médical, les seringues, les aiguilles ou autres instruments ne présentent plus aucun risque, tant sont rigoureuses les précautions qui entourent leur usage.
- Au cours de la grossesse : en effet le VIH peut se transmettre de la maman à son bébé, soit à travers le placenta pendant la grossesse soit au moment de l'accouchement ou par le lait maternel.

Remarque pour la vie courante :

- **Acupuncture** : le risque est nul. Les aiguilles sont stérilisées ou les patients apportent leurs aiguilles stériles.
- **Dentiste** : le risque est nul. Parlez à votre dentiste des procédures d'hygiène à respecter.
- **Coiffeur** : risque nul.
- **Sport** : risque nul cependant pour la boxe et les sports violents, traitement des plaies en cours de combat.
- **Au travail** : risque nul.
- **A l'école/crèche** : risque nul.

8. Les modes de protection [12]

Pour éviter la contamination par le VIH lors des rapports sexuels, l'utilisation des préservatifs est indispensable. Cette protection doit être maintenue tant qu'une relation stable et durable n'est pas engagée et que les deux partenaires n'ont pas fait chacun un test de dépistage. Il existe deux types de préservatif : le préservatif masculin et le préservatif féminin.

8.1 - En cas d'usage de drogue par voie intraveineuse [12]

Le meilleur moyen de protection est l'utilisation systématique, pour chaque injection, de matériel de préparation neuf et d'une seringue stérile neuve.

9. Méthodes de diagnostic

Le diagnostic du SIDA se fait par la clinique et par la biologie.

9.1 - Diagnostic clinique

Le diagnostic clinique de l'infection VIH se fait partir de la définition du SIDA :

9.1.1 - Définition du SIDA en Afrique

Le SIDA a été défini lors de la réunion atelier de Bangui du 22 au 25 octobre 1985.

Cette définition a été scindée en deux : chez l'adulte et chez l'enfant.

Chez l'adulte : le SIDA est défini par l'existence d'au moins deux signes majeurs associés à un signe mineur en l'absence de toutes autres causes d'immunodépression, telles que les cancers, la malnutrition sévère, etc.

De même la présence d'un sarcome de Kaposi généralisé ou d'une méningite à cryptococque est suffisante pour affirmer le diagnostic du SIDA.

Chez l'enfant : le SIDA pédiatrique est suspecté chez un enfant présentant au moins deux signes majeurs associés à au moins deux signes mineurs en l'absence de causes connues d'immunodépression.

(Signes majeurs : perte de poids ou courbe de poids anormale, diarrhées supérieures à un mois, fièvre prolongée supérieure à un mois. Signes mineurs : toux persistantes supérieures à un mois, dermatoses prurigineuse généralisées, candidoses oropharyngées adénopathies généralisées, infection, infection maternelle à VIH confirmée) [13]

9.1.2 - Définition du SIDA en stades cliniques proposée par l'OMS :

En 1993 l'OMS a proposé la classification des manifestations cliniques du VIH en quatre stades :

➤ Stade clinique 1

- Patient asymptomatique.
- Adénopathie persistante généralisée.

Degré d'activité 1 : patient asymptomatique activité normale.

➤ Stade clinique 2

- Perte de poids supérieure à 10 % du poids corporel.
- Manifestations cutanéomuqueuses mineures (dermatites séborrhéiques, prurigo, atteinte fongique des ongles, ulcérations buccales récurrentes, chéilite angulaire).
- Zona au cours des cinq dernières années.
- Infections récidivantes des voies respiratoires supérieures.

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

➤ Stade clinique 3

Perte de poids supérieure à 10 % du poids corporel, Diarrhée chronique inexpliquée pendant plus de 1 mois. Fièvre prolongée inexpliquée (intermittente ou constante) pendant plus de 1 mois, Candidose buccale[§] (muguet). Leucoplasie chevelue buccale. Tuberculose pulmonaire dans l'annexe précédente. Infections bactériennes sévères

Et\ou degré d'activité 3 : patient alité moins de la moitié de la journée pendant le dernier mois.

➤ Stade clinique 4

Syndrome cachectisant du VIH, Pneumopathie à *Pneumocystis carinii*.

Toxoplasmose cérébrale. Cryptosporidiose, accompagnée de diarrhée de plus de 1 mois. Cryptococcose, extra pulmonaire.

Cytomégalovirose (CMV) touchant un autre organe que le foie, la rate, ou les ganglions lymphatiques.

Herpes cutaneomuqueux pendant plus de 1 mois ou viscéral quelle qu'en soit la durée, Leuco-encéphalopathie multifocale progressive.

Toute mycose endémique généralisée (histoplasmosse, coccidioïdomycose).

Candidose de l'œsophage, de la trachée, des bronches ou des poumons.

Mycobactériose atypique généralisée.

Septicémies à salmonelles non typiques, Tuberculose extra pulmonaire.

Lymphome, Sarcome de Kaposi, Encéphalopathie à VIH.

Et\ou degré d'activité 4 : patient alité plus de la moitié de la journée pendant le dernier mois.

9.2 - Diagnostic biologique

Parallèlement à l'évolution de l'infection, un certain nombre de paramètres varie : la **quantité de CD 4** (correspondant au nombre de lymphocytes - elle diminue donc pendant la phase asymptomatique), la **quantité d'ARN viral** (correspondant au nombre de virus), et les **anticorps anti-VIH**. Ces derniers montrent la réaction du système immunitaire face à l'infection par le VIH.

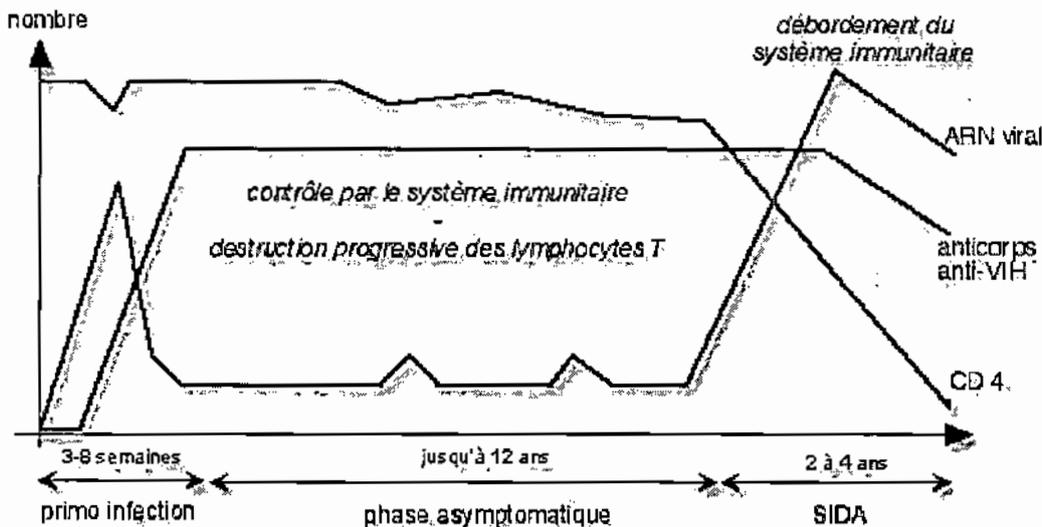


Figure 4 : Evolution de quelques paramètres lors de l'infection

Le diagnostic biologique repose alors sur :

- la recherche des anticorps spécifiques du virus : Diagnostic indirect (sérologique) le plus utilisable en routine ;
- la recherche du virus lui même ou de certains de ses constituants: Diagnostic direct. [14]

a - Diagnostic indirect

Les méthodes immuno-enzymatiques ou ELISA

Leur principe consiste à piéger les anticorps spécifiques du sérum par les antigènes du VIH fixés au fond des cupules et à utiliser un système enzymatique révélateur de cette réaction Ag-Ac. Il existe actuellement de nombreuses techniques, par exemple :

- la technique ELAVIA1, destinée au dépistage des Ac anti VIH1 ;
- la technique ELAVIA2, destinée au dépistage des Ac anti VIH2 ;
- la technique ELAVIA mixte pour la recherche des types d'Ac VIH1 et VIH2.

Les méthodes immuno-blotting

Ce sont des méthodes dites de confirmation. Leur principe consiste, à partir du virus purifié et inactivé, à fractionner ses protéines spécifiques et à les faire migrer

par électrophorèse en fonction de leur poids moléculaire, puis à les transférer par incubation électrophoretique du gel à une bandelette de nitrocellulose.

Un Western Blot positif se définit par la présence d'anticorps dirigés contre au moins l'une des glycoprotéines d'enveloppe, associés au moins un des anticorps dirigés contre une protéine interne du virus. [15]

La radio immunoprécipitation (RIPA)

C'est une technique de confirmation très sensible mais d'emploi délicat réservé quelques laboratoires agréés.

Les techniques de seconde génération

Elles utilisent comme Ag des protéines recombinantes obtenues par génie génétique. Ce sont des tests de dépistage rapide (ex : le HIV-check) mais nécessitant un test de confirmation.

b - Diagnostic direct

Recherche du virus : elle peut se faire en microscopie électronique, à partir du sang ou des ganglions. Cette technique n'est pas très appliquée à cause de son coût élevé.

Recherche des Ag viraux : elle utilise la méthode immuno-enzymatique mettant en évidence les antigènes (essentiellement la protéine P25). Elle donne 50 % de taux négatif et n'est pas recommandée en Afrique à cause de son coût élevé. [15]

B - LES ANTIRÉTROVIRAUX (ARV)

Les acquis en matière de thérapeutique antirétrovirale ont bouleversé favorablement le pronostic et le cours de la maladie à VIH. Ainsi les associations thérapeutiques comportant deux analogues nucléosidiques et un inhibiteur de la protéase, communément dénommées trithérapies ont, en permettant une réduction profonde de la charge virale et une augmentation des lymphocytes CD4, conduit à la réduction de 80 % de la mortalité, et de 85 % des infections opportunistes. [16]

Cette puissante inhibition de la réplication du VIH chez les premiers patients recevant une combinaison thérapeutique triple composée d'un inhibiteur de la protéase (IP) et de deux analogues nucléosidiques inhibiteurs de la transcriptase inverse avait autorisé l'espoir d'obtenir chez les **répondeurs** (patients ayant une charge virale indétectable dans le sang périphérique) une éradication du VIH. La mise en évidence par plusieurs équipes de la présence de cellules infectées de façon latente et contenant l'ADN pro-viral du VIH ainsi que la possibilité d'une réplication continue à bas bruit chez les patients parfaitement contrôlés sous traitement ont tempéré ces objectifs. [17, 18]

La mise en évidence par plusieurs équipes de la présence de cellules infectées de façon latente et contenant l'ADN pro viral du VIH ainsi que la possibilité d'une réplication continue à bas bruit chez les patients parfaitement contrôlés sous traitement ont tempéré ces objectifs. [17, 18]

La mise en évidence de la résistance du VIH aux différentes molécules qui lui sont opposées ne fut pas une surprise. Cependant cette réalité devient inquiétante si l'on considère que la charge virale reste détectable chez 40 % des patients bénéficiant d'un traitement antirétroviral, et que le nombre de patients en échec thérapeutique tend à augmenter avec le temps. [19]

De plein pied dans le 21^{ème} siècle d'autres défis sont lancés aux thérapeutes et à la recherche clinique :

a) - La tolérance des traitements s'amenuise avec le temps ; apparaissent des effets secondaires sévères, qui peuvent à terme compromettre certains traitements si aucune solution n'est envisagée.

b) - En l'absence d'éradication, la thérapeutique devra être maintenue durant des années. La toxicité au long cours des traitements, la lassitude des patients envers ceux-ci, nous imposent de réfléchir à d'autres voies thérapeutiques : recherche de molécules agissant sur d'autres cibles du cycle du rétrovirus, immunothérapie avec en particulier, pour objectif la recherche d'une immunisation spécifique contre le VIH permettant d'envisager peut-être la suspension des traitements.

1 - Définition des ARV

Les antirétroviraux constituent un ensemble de médicaments anti-infectieux actifs sur les virus du syndrome de l'immunodéficience acquise (VIH1 et VIH2). Il s'agit de médicaments essentiellement virustatiques qui agissent par inhibition enzymatique. [20]

2 - Historique

La zidovudine, premier antirétroviral à avoir été mis sur le marché, est une molécule connue depuis 1964 (étudiée pour ses propriétés anticancéreuses). Son activité antirétrovirale (sur le virus du Freind) fut démontrée en 1975.

Son activité contre le VIH a été démontrée au National Cancer Institute (USA) puis son développement clinique subventionné conduit dans un temps record à une autorisation de mise sur le marché en 1987. Molécule dérivée de la thymidine, extraite de la laitance de hareng, à partir de D-xylose. [21]

En 1987, la Food and Drug Administration aux USA a homologué la zidovudine (AZT).

Les années suivantes, d'autres nouveaux médicaments de la même famille ont été introduits (Didanosine, Stavudine, Abacavir, Lamivudine).

Les principaux problèmes rencontrés avec tous ces produits, y compris l'AZT sont leur activité limitée, leur toxicité et leur intérêt diminuant avec le temps à cause de l'apparition de résistances.

En 1996 une autre famille d'antirétroviraux fut disponible, les inhibiteurs de la protéase qui feront naître de nouveaux espoirs, par la trithérapie. [22]

3 - Objectifs du traitement antirétroviral :

Au plan clinique : Prolongation et Meilleure qualité de la vie.

Au plan virologique : Réduction de la charge virale au stade de l'indéfectabilité aussi longtemps que possible.

Au plan immunologique : Reconstitution tant qualitative que quantitative du système immunitaire.

Au plan thérapeutique : Atteinte du virologique avec peu d'effets secondaires, corollaire d'une meilleure adhérence au traitement.

Au plan épidémiologique : Réduire la transmission du VIH. [23, 24]

4 - Les moyens thérapeutiques

Il existe actuellement quinze molécules antirétrovirales disponibles pour le traitement de l'infection par le VIH. Celles-ci ont pour cible deux des enzymes nécessaires à la réplication du virus :

a) - **La transcriptase inverse**, sur laquelle agissent deux familles thérapeutiques, les **inhibiteurs nucléosidiques [IN]** (analogues nucléosidiques) et les **inhibiteurs non nucléosidiques [INN]** de cette transcriptase.

b) - **La protéase** sur laquelle agissent les **inhibiteurs de la protéase [IP]**. Des molécules ciblant d'autres étapes de la diffusion ou multiplication virale sont en cours de développement. [25]

En théorie, de nombreuses combinaisons thérapeutiques sont donc possibles. Celles-ci doivent tenir compte des interactions pharmacologiques, des effets secondaires, des données de résistances croisées entre les molécules, de la complémentarité d'activité et de puissance des molécules utilisées.

5 - Rappels physiopathologiques et niveau d'action des ARV [25]

a) - les huit étapes de la réplication du VIH

Première étape : Fixation du virus sur les récepteurs spécifiques de la membrane des CD4.

Deuxième étape : Fusion entre le virus et la cellule hôte : le matériel génétique viral est "injecté " sous forme d'ARN (d'où le nom de Rétrovirus) donc encore illisible par les enzymes de la cellule infectée.

Troisième étape : La *transcriptase inverse* transforme l'ARN en ADN monobrin, donc toujours pas lisible.

Quatrième étape : L'ADN monobrin est doublé afin d'être intégré au matériel génétique de la cellule.

Cinquième étape : Intégration de l'ADN dans le noyau de la cellule grâce à une enzyme l'*intégrase*.

Sixième étape : Activation de la synthèse des protéines virales à l'aide des nutriments et des enzymes cellulaires.

Septième étape : Assemblage des protéines virales en enveloppe par les *proteases*, et maturation en vue de l'intégration de l'ARN nouvellement formé.

Huitième étape : Bourgeonnement de la membrane cellulaire qui se lyse en laissant échapper les nouveaux virus.

b) - Les stades au niveau desquels agissent les médicaments

Il existe aujourd'hui cinq stades sur lesquels peuvent agir les traitements :

- Inhibiteurs de la fusion (stade 1).
- Inhibiteurs de la Transcriptase Inverse (stade 3) par les **inhibiteurs Nucléosidiques** et les **inhibiteurs non Nucléosidiques**.
- Inhibiteurs de l'intégrase (stade 5) par thérapie génique.
- Inhibiteurs de la Transcription par les ARNm viraux par thérapie génique.
- Inhibiteurs de l'assemblage (stade 7) par les **inhibiteurs de la protéase**.

6 - Les traitements disponibles à ce jour

Ils appartiennent à quatre grandes familles :

- **Les Inhibiteurs Nucléosidiques** qui sont utilisés par la Transcriptase Inverse pour fabriquer une malfaçon d'ADN (stade 2).
- **Les Inhibiteurs Non Nucléosidiques** qui agissent également au niveau du stade 2.
- **Les Inhibiteurs de Protéases** agissent au stade 7, en empêchant les protéines virales fabriquées de s'assembler pour former d'autres virus.
- **Les Inhibiteurs de la fusion** peu nombreux bloquent l'attachement et la pénétration du virus dans la cellule (stade 1).

7 - Classification pharmacologique et chimique [26]

7.1 - Les Inhibiteurs Nucléosidiques de la Transcriptase inverse

7.1.1 - Structures chimiques

Selon la structure chimique, nous avons :

- Les analogues de la thymidine

Zidovudine, AZT ou RETROVIR* ou AVIRO-Z*

3'-azido-2'3'-didésoxythymidine

Stavudine, d4T ou ZERIT* ou AVOSTAV*

2',3'didéhydro-2',3'didésoxythymidine

Emtricitabine, FTC ou COVIRACIL*

- Les analogues de la cytidine

Lamivudine, 3TC ou EPIVIR* ou AVOLAM*

2',3'-didésoxy-3'-thiacytidine

Zalcitabine, DDC ou HIVID*

2',3'-didésoxycytidine

- Les analogues de l'inosine

Didanosine, DDI ou VIDEX*

2',3'-didésoxyinosine

- Les analogues de l'adénine (analogue carboxylique de nucléoside)

Abacavir, ABC ou ZIAGEN***7.1.2 - Mécanisme d'action**

Les Inhibiteurs Nucléosidiques de la transcriptase inverse exercent une compétition avec les nucléosides naturels sur la transcriptase inverse et bloquent l'élongation de l'ADN viral (terminaison de chaîne).

Ils sont actifs sur le VIH-1 et sur le VIH-2. Les Inhibiteurs Nucléosidiques ont en commun de devoir être triphosphorylés en position 5' par des enzymes cellulaires actifs. La connaissance de ces étapes de phosphorylation revêt une importance clinique. [27]

Ces étapes de phosphorylation sont valables d'une molécule à l'autre et dépendent également de l'état d'activation cellulaire : ainsi la triphosphorylation de la Zidovudine (AZT) est plus efficacement opérée dans les cellules mononuclées activées, et celle de la Zalcitabine (ddc) et de la Didanosine (ddi), dans les cellules au repos. En outre l'AZT et la d4T (Stavudine) (ces deux inhibiteurs étant des analogues de la thymidine) entrent en compétition pour la phosphorylation initiale par la thymidine kinase cellulaire, ce qui explique leur effet antagoniste in vitro,

effet confirmé in vivo par un essai d'association de ces deux molécules ; il a été suggéré qu'un traitement antérieur par l'AZT pouvait réduire les capacités de phosphorylation de la d4T prescrite en relais, même si ce point reste débattu. De même, il existe une compétition pour la phosphorylation entre la ddc et 3TC (Lamivudine) < tous deux analogues de la cytidine > et cette association n'est pas recommandée. Par ailleurs, il a été montré que la demi-vie intracellulaire de la forme active de la ddi, la ddATP, est très longue (8h à 40h), ce qui autorise, au vu de résultats cliniques favorables, sa prescription en une prise quotidienne.[28]

Les molécules disponibles sont les suivantes :

- La zidovudine – DCI : Zidovudine, AZT
- La Stavudine – DCI : Stavudine - d4T
- La Lamivudine – DCI : Lamivudine, 3TC
- La didanosine – DCI : DDI
- L'Abacavir – DCI : Abacavir, ABC
- Emtricitabine – DCI : Emtricitabine, FTC
- Tenofovir – DCI : Tenofovir, TDF

7. 2 - Les inhibiteurs non nucléosidiques de la transcriptase inverse

7.2.1 Mécanisme d'action [30]

Ils agissent sur le site allostérique de la transcriptase inverse, ils modifient la configuration du site actif et le rendent inapte à remplir sa fonction de polymérase : ce qui arrête la formation de l'ADN proviral. Ces molécules sont actives uniquement sur la transcriptase inverse du VIH1.

Comme molécules nous avons :

- L'efavirenz – DCI : Efavirenz
- La névirapine – DCI : Névirapine
- La delaviridine – DCI : Delaviridine

7.3 – Les inhibiteurs de la protéase

7.3.1 Mécanisme d'action

Les inhibiteurs de la protéase sont le produit d'une modélisation rationnelle fondée sur la connaissance de la structure tridimensionnelle de la protéase du VIH et de ses sites de clivage [30, 31].

Il s'agit des molécules peptidomimétiques se fixant au site de liaison du substrat à l'enzyme, ce qui empêche le clivage des précurseurs protéiques p55-Gag et p160-Gag-Pol ; il en résulte la libération des particules virales défectueuses et non infectieuses. De plus, les antiprotéases semblent avoir un effet inhibiteur de l'apoptose lymphocytaire, ce qui pourrait limiter, par un effet propre, la diminution du nombre des lymphocytes CD4 circulants. [32]

Comme molécules nous avons :

- Le ritonavir – DCI : Ritonavir
- L'indinavir – DCI : indinavir
- Le saquinavir – DCI : saquinavir
- Le nelfinavir – DCI : nelfinavir
- L'amprénavir – DCI : Amprénavir
- Lopinavir, Ritonavir – DCI : Lopinavir + Ritonavir
- Atazanavir – DCI : Atazanavir AZV
- Tripanavir – DCI : Tripanavir

7.4 - Inhibiteurs de la fusion

7.4.1 – Enfuvirtide

C'est le prototype d'un nouveau type de drogue : les inhibiteurs d'entrée. Il est bien toléré, mais son administration est uniquement par injection. Il sera important dans le futur pour les thérapies de récupération.

DCI : Enfuvirtide T- 20

8 – Indications du traitement [33]

8.1 – Protocoles préférés

Il existe quatre régimes d'efficacité prouvés qui sont proposés en traitement de première ligne chez les patients naïfs de traitement antirétroviral. Ils associent 2 inhibiteurs nucléosidiques (d4t ou AZT, Lamivudine) : à un inhibiteur non nucléosidique (névirapine ou efavirenz).

Stavudine <i>ou +</i> Zidovudine	Lamivudine	Nevirapine <i>+ Ou</i> Efavirenz
--	-------------------	--

8.2 - Raisons motivant le choix de ces régimes

- Efficacité prouvée
- Toxicité réputée faible
- Facilité d'administration (disponibilité des combinaisons fixes)
- Absence de besoins de chaînes de froid
- Disponibilité dans le pays
- Coût faible

9 – Indications de changements de régime [33]

9.1 - Echec du traitement

9.1.1- Critères cliniques d'échec thérapeutique

- Survenue d'une nouvelle infection opportuniste ou tumeur maligne (à différencier d'une manifestation de reconstitution immunitaire qui peut survenir dans les trois mois suivant l'initiation du traitement antirétroviral.
- Récurrence d'une ancienne infection opportuniste.
- Survenue ou récurrence d'une affection du stade III de l'OMS.

9.1.2- Critères immunologiques d'échec thérapeutique

- Retour du nombre de CD4 aux niveaux ou sous les niveaux pré thérapeutique en l'absence de la survenue d'une infection concomitante pouvant expliquer cette baisse.
- Baisse de plus de 50 % du nombre de CD4 par rapport au pic atteint sous traitement en l'absence de la survenue d'une infection concomitante pouvant expliquer cette baisse.

9.2- Intolérance à une molécule des régimes de première ligne ⁽³³⁾

En cas d'effet secondaire pouvant être imputé à une molécule particulière, celle-ci est remplacée par une molécule de la même famille ne présentant pas le même type d'effet secondaire.

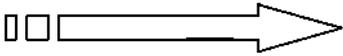
Effet secondaire	Molécule incriminée	Molécule de substitution
Trouble du système nerveux central	EFV	NVP
Troubles gastro-intestinaux	AZT	D4T
Toxicité hématologique	AZT	D4T
Rash avec risque vital	NVP	IP
Hépatotoxicité	NVP	EFV
Lipoatropie	D4T	EFV (sauf si grossesse)
Pancréatite	D4T	AZT
Neuropathie	D4T	AZT

10 – Régimes recommandés en cas d'échec au traitement de première ligne [33]

10.1 – Principe

En cas d'échec au traitement de première ligne on devra proposer un nouveau régime comprenant 3 nouvelles molécules dont une classe nouvelle (pas encore utilisée par le patient).

10-2- Régimes de deuxième ligne recommandés en cas d'échec thérapeutique

ECHEC			SOUS
CHANGER POUR			
D4T		ou	AZT
TDF	ou	ABC	+
+			3TC
DDI +		ou	EFV
NVP			
LPV/r ou SQV/r			

C - LES ANTIRÉTROVIRAUX AU MALI

Au Mali l'analyse de la situation de l'épidémie en 1999 a permis de révéler dans le cadre de la réponse nationale que le traitement antirétroviral est resté largement défavorisé par rapport aux autres aspects de la lutte. Cependant cette thérapie est reconnue être partie intégrante de la prévention et a donné des résultats satisfaisants à travers certaines initiatives africaines.

L'engagement des chefs d'état et de gouvernement face à l'épidémie en Afrique, et la possibilité d'avoir les ARV à coût inférieur à 90 % comparé aux pays du Nord par les pays africains, l'engagement personnel du Chef de l'Etat du Mali dans les activités de lutte contre le SIDA et la volonté politique de son gouvernement se sont traduits par la mise en place d'une ligne budgétaire pour les activités de prise en charge des malades pour l'année 2001. L'IMAARV, née de cette volonté vise à l'utilisation des ARV à une large échelle à travers la promotion des prix de ces molécules.

1- L'accès aux antirétroviraux [34]

L'accès aux ARV au Mali a connu une évolution à deux vitesses, car les ARV existaient de façon effective et suivie avant même la mise en place de l'IMAARV. L'avènement de l'IMAARV a favorisé une utilisation à grande échelle des ARV.

1.1 - L'IMAARV

1.1.2 - Historique

Un document intitulé « Initiative Malienne d'accès aux antirétroviraux » (IMAARV) a été élaboré en juin 2001, sous forme d'un plan d'action, validé par le conseil élargi du cabinet du Ministre de la Santé [4].

Des négociations furent engagées avec les firmes pharmacocinétiques productrices d'antirétroviraux, afin d'obtenir une réduction de leur prix de vente. Une négociation directe eut lieu avec les laboratoires G-W et MSD.

Des échanges de courriers officiels avec BMS et Boehringer ont abouti pour BMS à la mise en route au Mali du programme « Access to HIV/AIDS care and treatment » ; Boehringer s'est engagé, par l'intermédiaire de l'UNICEF, à livrer gratuitement la Névirapine destinée à la prévention de la transmission mère - enfant.

Une décision ministérielle a mis en place quatre commissions techniques pour la gestion de l'initiative :

- un comité médical chargé des schémas de traitement et de la formation du personnel ;
- un comité pour les aspects sociaux ;
- un comité d'éligibilité au traitement et de suivi ;
- un comité de gestion de médicaments et réactifs.

L'accord signé avec G-W et MSD le 26 avril 2001 met un accent particulier sur la maîtrise du circuit des médicaments pour éviter qu'ils ne se retrouvent dans la rue ou dans d'autres pays.

Le lancement officiel de cette initiative a lieu début avril 2001 par le Ministère de la Santé.

Trois sites ont été retenus pour le démarrage, deux centres hospitaliers et un centre spécialisé géré par une ONG, le CESAC, tous à Bamako.

1.1.2- Objectifs

- Améliorer la qualité de vie des personnes séropositives.
- Améliorer la prise en charge thérapeutique des personnes séropositives et proposer des traitements prophylactiques (dans le cadre de la prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant et des accidents d'exposition au sang) en rendant accessibles les ARV.
- Améliorer les capacités thérapeutiques.

1.1.3- Stratégies

- Satisfaire aux conditions préalables à l'utilisation des ARV.
- Assurer la bonne gestion des ARV et réactifs.
- Assurer une sélection rigoureuse des patients en fonction de critères bio cliniques et socio-économiques dans un souci d'équité.
- Assurer la pérennisation de l'accès aux ARV.
- Evaluer les résultats obtenus grâce aux projets de recherche accompagnateurs.
- Améliorer la capacité d'intervention du secteur social.
- Evaluer périodiquement l'IMAARV.

1.1.4 - Prise en charge des PVVIH au Mali

Dans un premier temps et par souci d'efficacité, ces centres seront bases à Bamako et une extension régionale progressive sera envisagée. Ainsi, les structures sanitaires de références ci-dessous ont été retenues pour la prescription des antirétroviraux. Il s'agit :

- Services de Médecine Interne et des maladies infectieuses de l'Hôpital du Point G.
- Service d'Hepato-Gastro-Enterologie de l'Hôpital Gabriel Touré.
- Service de Pédiatrie de l'Hôpital Gabriel Touré.
- Service de Gynéco-obstétrique de l'Hôpital Gabriel Touré.
- Le CESAC

1.1.4 – Critères de Surveillance biologique

- **J0** : NFS, Créatinine, Transaminases, Glycémie, CD4/CD8, Radio pulmonaire.
- **M1** : NFS, Plaquette, Créatinine, Transaminases, ARN-VIH1- **M2** : NFS, Créatinine, Transaminases, Glycémie, (Triglycérides, cholestérol, lipasémie selon les besoins).
- **M6**, M12, M18, M24, etc., idem M2 + CD4/CD8, ARN-VIH1

2 – Les différents ARV utilisés au Mali [4]

Item DCI	Spécialité	Générique Marque
Didanosine 50mg comp Bte 60	Videx 50mg comp Bte 60	
Didanosine 100mg comp Bte 60	Videx 50mg comp Bte 60	
Didanosine 150mg comp Bte 60	Videx 50mg comp Bte 60	
Didanosine 200mg comp Bte 60	Videx 50mg comp Bte 60	
Didanosine Solution 2g	Videx 50mg comp Bte 60	
Didanosine Solution 4g	Videx 50mg comp Bte 60	
Efavirenz 200mg gel Bte 90	Stocrin 200mg gélule Bte 90	
Indinavir 400mg gel Bte 180	Crixivan 400mg gélule Bte 180	
Lamivudine 150mg comp Bte 60	Epivir 150mg comp Bte 60	Avolam 150mg comp Bte 60
Lamivudine solution 10mg/ml - Flacon	Epivir solution 10mg/ml - Flacon	Avolam solution 10mg/ml - Flacon
Nelfinavir solution 50mg/ml - Flacon	Viracept solution 50mg/ml - Flacon	
Névirapine 200mg comp Bte 60	Viramune 200mg comp Bte 60	Nevipan 200mg comp Bte 60
Névirapine Solution 50mg/ml - Flacon	Viramune Solution 50mg/ml - Flacon	
Stavudine 30mg gel Bte de 56	Zérit 30mg gel Bte de 56	Avostav 30mg gel Bte de 60
Stavudine 40mg gel Bte de 56	Zérit 40mg gel Bte de 56	Avostav 40mg gel Bte de 60
Stavudine Solution 1mg/ml - Flacon	Zérit Solution 1mg/ml - Flacon	
Zidovudine 300mg comp Bte 60	Retrovir 300mg comp Bte 60	Aviro-Z 300mg comp Bte 60
Zidovudine Solution 100mg/ml - Flacon 200ml	Retrovir Solution 100mg/ml - Flacon 200ml	
Zidovudine + Lamivudine 300mg + 150mg Bte 60	Combivir 300mg + 150mg Bte 60	Avocomb 300mg + 150mg Bte 60

3 - Les schémas thérapeutiques homologués au niveau de l'IMAARV [4]

3.1- Les traitements de première intention recommandés en priorité

Il s'agit de 2 inhibiteurs nucléosidiques de la transcriptase inverse (INTI) et d'un inhibiteur de protéase (IP) ou de 2 inhibiteurs de la transcriptase inverse et d'un inhibiteur non nucléosidique de la transcriptase inverse (INNTR).

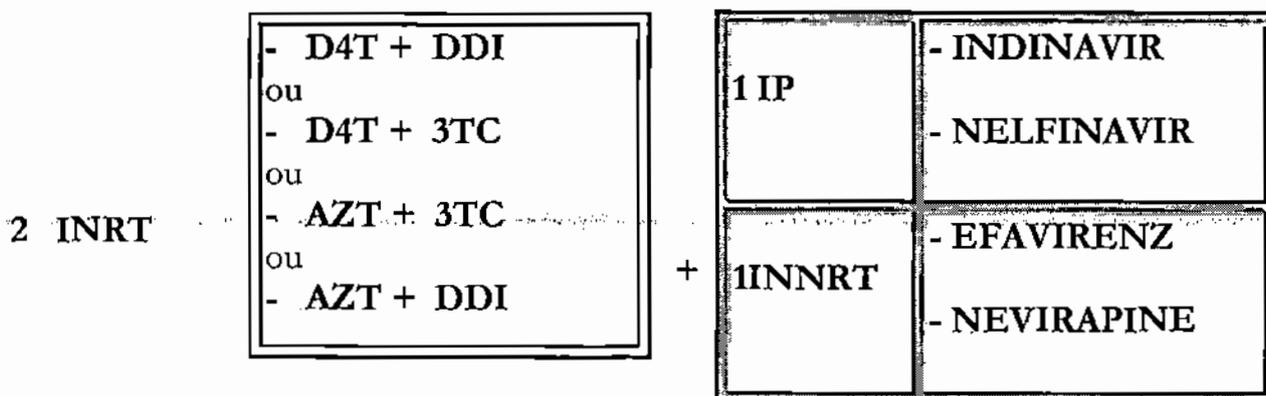


Schéma thérapeutique de première intention

3.2- Autres traitements à initier

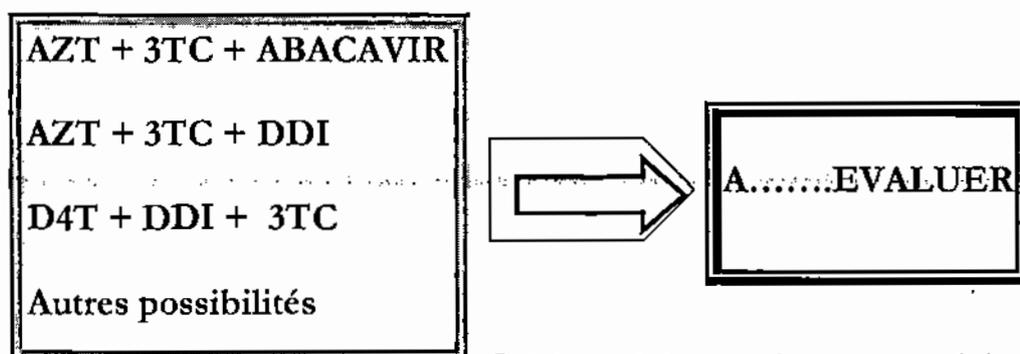


Schéma thérapeutique secondaire

D - OBSERVANCE

1- Définition de l'observance

L'observance est une compliance thérapeutique: sans influence des facteurs socioculturels, économiques à l'origine, liés à la clinique d'aujourd'hui. En rapport avec la clinique selon les praticiens. Selon ces mêmes praticiens il serait impératif de réconcilier cette définition sous un angle plus ouvert c'est-à-dire non seulement elle est compliance thérapeutique selon les cliniciens cette compliance n'est effective que si les facteurs exogènes sont pris en compte, ce sont : les facteurs socioculturels, économiques du malade et son contexte.

Si l'adhésion est l'ensemble des conditions (motivation, acceptation et information) qui permettent l'observance et reposant sur la participation du patient: c'est l'adéquation des perceptions du patient aux perceptions du médecin. [2]

Alors l'observance apparaît comme une dynamique, jamais définitive, acquise mais au contraire fluctuante dans le temps, l'espace et le vécu des personnes ; elle peut être définie comme un perpétuel compromis entre le patient, son traitement, l'équipe soignante, et son milieu.

1-2- Définition de l'inobservance

Elle se définit comme étant l'ensemble des motifs qui conduit le patient à interrompre son traitement. Cette étude définit un patient comme inobservant s'il interrompe son traitement de plus d'un mois sur une période d'une année et cela quel que soit le mode d'interruption, c'est-à-dire que l'étude ne tient compte que du nombre de jour d'interruption et non exceptionnellement de leur cumul. Nous considérerons comme inobservants mineurs les patients ayant interrompu leur traitement pendant 30 à 45 jours, inobservants moyens des patients ayant interrompu entre 45 jours à 3 mois et de gros inobservants les patients ayant interrompu leur traitement de plus de 3 mois. Rappelons que les jours

d'interruption ne suivent pas une chronologie spécifique. L'interruption peut être continue ou discontinue pendant le délai souhaité de suivi qui est d'une année.

1-3- Comportements de mauvaises observances

Ils sont aussi variés que divers, mais toujours en relation avec la mentalité, l'environnement et les moyens : il s'agit entre autres :

- accessibilité aux produits ; croyances traditionnelles; la tradithérapie
- manque de confiance aux structures de santé modernes
- acceptabilité de la maladie ; la stigmatisation, la peur de la suite du rejet
- moyens économiques, etc., la liste est loin d'être exhaustive.

1-4- Les facteurs liés à l'observance

❖ Les facteurs liés au malade

➤ Les facteurs liés à la société

- Confidentialité

- Stigmatisation, discrimination, peur de rejet
- Soutien et solidarité de l'entourage
- Promiscuité (repas, endroit pour garder les médicaments)

➤ Les facteurs liés à la culture

- Notamment à la croyance au traitement.
- Confiance à la médecine moderne.
- Niveau d'instruction.
- Préférence des tradithérapeutes.
- Représentations culturelles de la maladie et des médicaments.
- Association éventuellement des deux thérapies (M. moderne, M. traditionnelle).
- Amélioration trop lente de l'état de santé.

➤ Les facteurs liés à la pauvreté

- Moyens financiers
- Précarité, logement, lieu de travail
- Accessibilité géographique
- Aspect nutritionnel

❖ Les facteurs liés au traitement

- Schéma thérapeutique (nombre de comprimés et nombre de prise par jour)
- Obligation alimentaire (horaire de prises par rapport aux repas)
- Effets indésirables
- Traitements associés

❖ Les facteurs liés aux acteurs de santé

- Plateaux techniques
- Insuffisance de ressources humaines qualifiées (assistance sociale)
- Gestion de la confidentialité
- Disponibilité, manque de motivation du personnel

1-5 Définition de l'interruption du traitement

Nous considérons comme interruption du traitement toute absence de prise médicamenteuse au-delà de la demi-vie plasmatique qui est généralement de douze heures.

1-6 Gestion de l'observance

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

- le niveau de connaissance du patient ;
- son adhésion au traitement ;

- ses conditions de vie ;
- son entourage familial et professionnel ;
- le contexte socioculturel et les barrières linguistiques.

1-7- Initiation du traitement

Elle détermine souvent la qualité de l'observance ultérieure, il s'agit d'amener le patient à prendre la décision de traiter par un dialogue soignant/soigné qui consiste à :

- Expliquer les objectifs et les limites du traitement.
- Indiquer les effets indésirables possibles
- Expliquer les modalités des prises
- Ecouter le patient afin d'évaluer son adhésion et d'identifier ses besoins
- Adapter le traitement au patient et non l'inverse
- Développer une coopération multidisciplinaire impliquant le médecin, le pharmacien, l'infirmier, l'assistance sociale, etc.

1-8 Conséquences d'une mauvaise observance

L'échec thérapeutique : c'est la conséquence de l'émergence de souches résistantes aux traitements. Il peut s'agir d'un échec clinique, ou d'un échec biologique (immuno-virologique). Il a pour finalité une augmentation de la morbidité et de la mortalité. **L'Échec clinique :** il se traduit par la récurrence d'une infection opportuniste antérieure, l'aggravation de la maladie ou l'apparition d'une tumeur.

- L'Échec virologique : il se définit par la constatation de deux charges virales successives supérieures à 5000 copies/ml.
- L'Échec immunologique : consiste à une chute des CD4 + à leur niveau pré thérapeutique ou en dessous. Ou encore par une baisse des CD4 < 50 % par rapport au niveau initial [45] en dehors de toute autre pathologie pouvant induire une chute transitoire des CD4+.

Autres conséquences de l'échec thérapeutique :

- la détérioration de la relation soignant/soigné ;
- la transmission des souches résistantes et leur vulgarisation ;
- le découragement du médecin et de la famille ;
- le coût élevé des traitements de deuxième ligne.

La mesure de l'observance

Les différentes méthodes proposées dans la littérature peuvent être résumées dans un tableau (Costagliola D., Barberousse C., **Comment mesurer l'observance ? L'observance aux traitements contre le VIH/SIDA : Mesure, déterminants, évolution**, Paris : ANRS, 2001, pp. 33-42) :

Méthode	Avantage	Inconvénient
Dosage des médicaments et marqueurs biologiques	Vérification de l'utilisation récente	Limité à l'utilisation récente. Variation de la cinétique entre patients et dans le temps pour chaque patient
Observation directe du patient	Vérification de l'utilisation	Impraticable au quotidien
Entretien	Facile à utiliser, peu coûteux	Influencé par la façon de poser les questions et l'habileté de l'intervieweur
Carnet	Seules données apportant des informations sur le rythme des prises et dont la source est le patient	Le patient doit penser à remplir et ramener son carnet
Auto questionnaire	Facile à utiliser, peu coûteux	La précision des données quantitatives dépend de l'outil
Dénombrement des médicaments restants	Facile à utiliser, peu coûteux	Pas de données sur le rythme des prises et les modalités
Registre de délivrance manuel	Non invasif	Limité par les possibilités locales
Registre de délivrance électronique	Non invasif, données à long terme, échantillon de grande taille.	Connaissance de la base de données indispensable, pertinence des variables enregistrées
Pilulier électronique	Données précises sur le rythme des prises	Coûteux, abondance de données, intrusif

Toutes les méthodes d'évaluation de l'observance qui s'appuient sur les déclarations du patient sont soumises à sa volonté.

Les techniques directes de dosage, coûteuses et invasives, peuvent mesurer la molécule active mais ne détectent pas les modalités et les fluctuations de prise. Elles ne concernent souvent que la période la plus récente, le patient ayant pu ne prendre son traitement qu'à l'approche de la consultation. De plus, certains patients peuvent avoir des taux plasmatiques proches et prendre différemment leur traitement. Les variations de métabolisme individuel affectent également le niveau de concentration du médicament indépendamment de l'observance du patient. La présence du médicament et sa bonne concentration ne signifient donc pas forcément observance et inversement.

Toutes les méthodes mesurent des aspects différents et aucune n'a toutes les propriétés idéales. Il peut donc être important d'utiliser deux méthodes différentes simultanément.

Dans l'infection à VIH, en l'absence d'évaluation standard possible, il faut valider les méthodes existantes en mettant en évidence une corrélation entre une bonne observance mesurée par l'outil d'évaluation et la réponse virologique chez des patients recevant un premier traitement antirétroviral.

4

Méthodologie

Présentation Générale du pays [45]

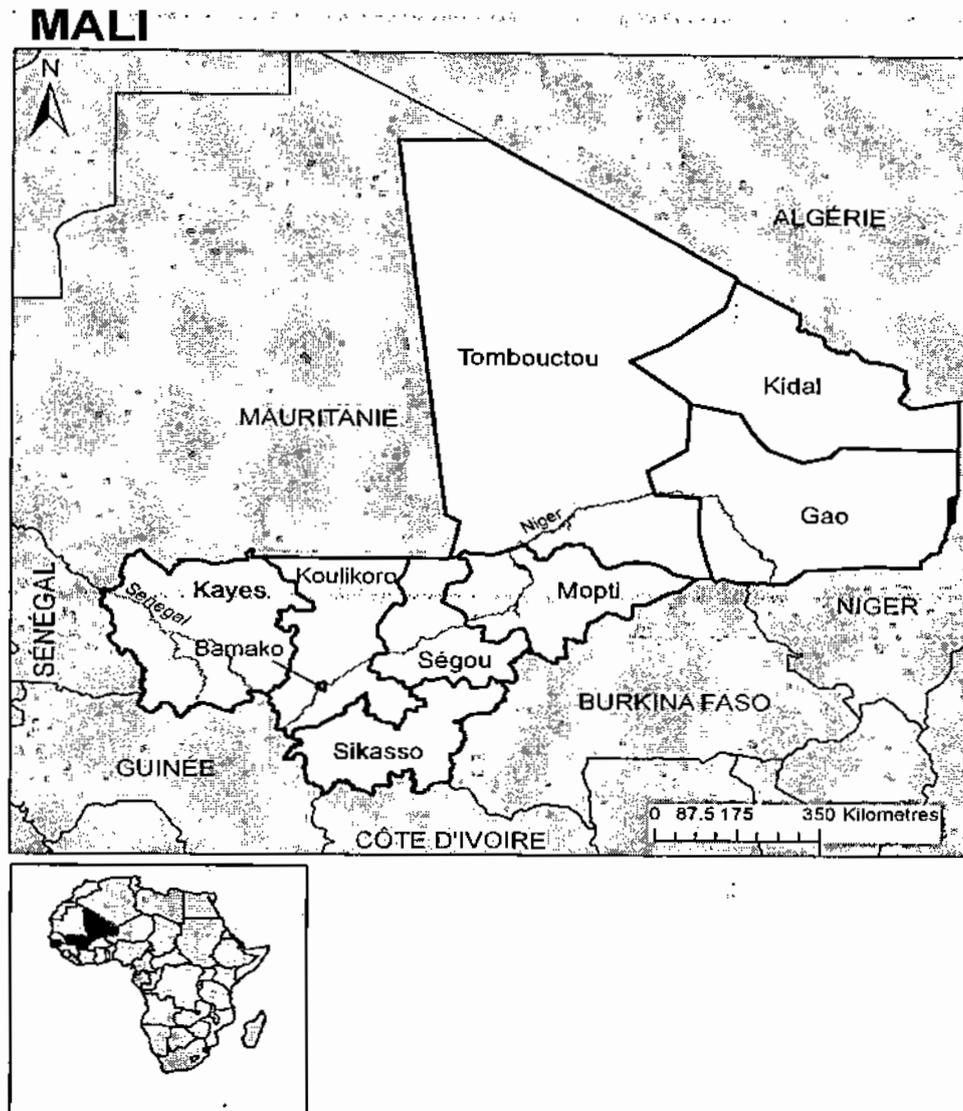


Figure 5 : Cartographique du Mali

A – CADRE DE L'ETUDE

1 – Le Mali

La République du Mali, pays continental par excellence, couvre une superficie d'environ 1 241 248 kilomètres carrés. Elle partage, au nord, près de 7 200 km de frontières avec l'Algérie ; à l'est, le pays est frontalier avec le Niger, au sud-est avec le Burkina Faso ; au sud, le Mali est limité par la Côte d'Ivoire et la Guinée et à l'ouest par la Mauritanie et le Sénégal. Le relief est peu élevé et peu accidenté ; c'est un pays de plaines et de bas plateaux. L'altitude moyenne est de 500 mètres. Le régime hydrographique, tributaire de la configuration géographique s'étendant entre les 11° et 25° de latitude nord, du relief et du climat, est essentiellement constitué par les bassins du Haut Sénégal et du Niger. Deux fleuves traversent le Mali : le fleuve Niger et le fleuve Sénégal. Le Mali comprend 8 régions et le district de Bamako : Koulikoro, Kayes, Sikasso, Ségou, Mopti, Gao, Tombouctou, Kidal. [45]

Selon les données du troisième Recensement Général de la Population et de l'Habitat (RGPH), la population résidente du Mali s'élevait à 9 810 912 habitants en avril 1998 dont 50,5 % de femmes et 49,5 % d'hommes; la densité est d'environ 7,9 habitants au kilomètre carré. En 2006, cette population est estimée à 12 051 021 habitants avec un taux d'accroissement intercensitaire de 2,2 %. Selon les mêmes sources, 99 % des Maliens sont des sédentaires et 1 % sont des nomades. La majorité de la population du pays réside en milieu rural (73,2 %).

Le taux de séroprévalence au niveau national serait actuellement de 1.3 % pour l'ensemble des femmes et des hommes. [45]

Au Mali le taux de couverture sanitaire est très faible avec 36 % de la population vivant dans un rayon de 5 km. Celui de la fréquentation est estimé à 0.17 nouveau cas par habitant et par an. Les structures prestataires de soins sont composées de

11 établissements publics hospitaliers, de 55 centres de santé de référence et de 513 centres de santé communautaire. [46]

2 - Bamako

Bamako, capitale de la République du Mali, est encerclée par cinq collines gréseuses et tabulaires (Koulouba, Farakoulou, Koulimagnikoulou, Point G Koulou et Lassa Koulou). Elle comporte en son sein six (6) communes avec onze (11) centres de santé communautaire dont six (6) centres de santé de référence, deux (2) hôpitaux nationaux et un centre d'odontostomatologie et aussi huit (8) établissements spécialisés dans la recherche en santé. Le taux de séroprévalence à Bamako est de 2,3 % [45]. Contrairement aux régions où il est de 1,5 %, le sexe ratio de l'infection à VIH est de 1,5 en faveur des femmes.

B – LIEU DE L'ETUDE

CHU du POINT G : une partie de l'étude a été faite à l'hôpital National du Point G dans le service de pharmacie.

- L'hôpital National du Point G est un établissement public hospitalier, ses nombreux services en font le centre médical le plus fréquenté. Il compte parmi les principaux sites de prise en charge des personnes vivant avec le VIH, il comporte une quinzaine de services spécialisés, dont la pharmacie où se passe entre autres les activités suivantes :
 - Consultation des patients séropositifs sous ARV ou non.
 - Dispensation des ARV.

CHU de Gabriel Touré

Une des trois parties de l'étude s'est déroulée au Centre Universitaire de Gabriel Touré, il s'agit d'un établissement public avec de nombreux services spécialisés, ce qui fait de lui le second centre médical le plus fréquenté, il est aussi un site de prise

en charge des personnes vivant avec le VIH, notamment dans le service de pharmacie qui s'occupe aussi de :

- la consultation des patients sous ARV ;
- le suivi des anciens malades hospitalisés

Le CESAC de Bamako

De toutes les structures s'occupant du VIH et du SIDA, elle est de loin le centre le plus fréquenté de par le nombre de ses patients. Ce centre est spécialisé dans la prise en charge globale des personnes vivant avec le VIH (PVVIH). Il assure la consultation des patients vivant avec le VIH, procure des soins mais pas l'hospitalisation des patients.

C – RECRUTEMENT ET ÉLIGIBILITÉ

Population d'étude

Notre étude a concerné tous les malades sous ARV depuis au moins 1 an allant de la période de gratuité des ARV (juillet 2004) jusqu'en décembre 2007.

Critères d'inclusion

- les patients ayant au moins un an de traitement ARV.
- les patients régulièrement suivis dans un centre depuis au moins un an et étant sous ARV.
- Tout patient ayant commencé leur thérapie après la gratuité des ARV, c'est-à-dire après juillet 2004.
- Tout patient âgé de plus de 18 ans.
- Tout patient ayant consenti à participer à l'étude.

Critères de non inclusion

- Tout patient dont la séropositivité n'a pas été confirmée, ou n'étant pas sous ARV.
- Patient sous ARV n'ayant pas bénéficié de la gratuite des ARV (avant juillet 2004).
- Tout patient ayant été diagnostiqué après 2007.
- Tout patient de moins de 18 ans ou n'ayant pas souhaiter participer à l'étude.

Collecte et analyse des données

Les données ont été recueillies à partir d'un interrogatoire enregistré sur une fiche d'enquête portée en annexe.

Les fiches collectées étaient ensuite comparées aux dossiers médicaux des patients provenant de la consultation médicale afin de vérifier le suivi biologique contenu dans le dossier médical de tous les patients.

Nous y avons comparé avec le fichier de dispensation de la pharmacie, tous en appréciant la qualité de la dispensation avec les déclarations du patient.

➤ Nos critères d'observance étaient comme suit :

Nous considérons comme observant tous les patients qui ont moins de 30 jours d'interruption de traitement sur une période de 365 jours de suivi régulier de traitement.

1 – Type d'étude

Notre étude est transversale, prospective et descriptive.

2 – Période d'étude

Notre étude s'est déroulée sur une période de 6 mois allant de janvier à juin 2008.

Supports qui vont être utilisés pour recueillir les données :

- Registre
- Fiche d'enquête

Taille de la population à étudier

Nous avons calculé la taille de l'échantillon de par la formule de l'échantillonnage qui est la suivante [48]:

$$n = e^2 \alpha p * q / I^2$$

P : Population d'étude/population générale

$$I^2 = 0,02$$

n = Taille de l'échantillon

$e^2 \alpha$ = variable correspondant a $(1,96)^2$

Ainsi 350 patients ont été colligés par centre d'étude, sur un ensemble de trois centres, ce qui donne une population globale de 1050 patients.

Notre population d'étude s'est portée sur 1050 malades tous ayant consenti de participer à l'étude, et en signant une fiche de consentement portée en annexe

Type d'étude

Il s'agit d'une étude prospective multicentrique réalisée au CHU de Gabriel Touré, CHU du Point G et au CESAC

3- Déroulement de l'étude

Nous avons mené une enquête dynamique de Janvier 2008 à Mai 2008. La réalisation de l'enquête nécessitait de notre part une présence quotidienne à l'hôpital et plus particulièrement au niveau de la pharmacie, où nous avons reçus les patients séropositifs et leur avons fait la dispensation des médicaments conformément aux ordonnances qu'ils nous amenaient. Les patients étaient en général admis au sein de l'Hôpital pour des raisons diverses, (consultations médicales de routine, état clinique critique, accouchement, intervention chirurgicale, etc..). Une fois que leur sérologie au VIH ait été prouvée par examen Biologique, et leur taux de CD4 en faveur d'une mise sous traitement, il leur est donc délivré une ordonnance conforme aux exigences de l'heure par un prescripteur retenu par l'IMAARV, pour bénéficier de la dispensation des ARV qu'ils paieront en fonction

de leur catégorie sociale au niveau du Pharmacien dispensateur. Au cours de la Dispensation nous recueillons les informations conformément au contenu de notre fiche d'enquête. Notre fiche d'enquête comportait quatre parties :

- les données sociodémographiques (âge, sexe, situation matrimoniale, niveau d'instruction, ethnie, profession) ;
- les caractéristiques médicales des patients et leur observance ;
- les différents facteurs à étudier (stigmatisation, accessibilité financière, accessibilité géographique, volet nutritionnel et la tradithérapie) ;
- l'appréciation du personnel médical.

4 - Gestion et analyse des données

Les données ont été recueillies sur une fiche d'enquête élaborée et pré-testée, la saisie et l'analyse ont été faites sur SPSS10.0. Les logiciels Microsoft Word2003 et Microsoft Excel ont été utilisés respectivement pour le traitement de texte et les représentations graphiques.

5 - Aspects éthiques

La confidentialité était primordiale, et de rigueur, le consentement du malade était demandé, le médecin traitant était toujours consulté. Les résultats obtenus seront communiqués aux autorités administratives du CHU du Point G, celui de Gabriel Touré et du CESAC.

5

Résultats

RESULTATS

1. Caractéristiques sociodémographiques

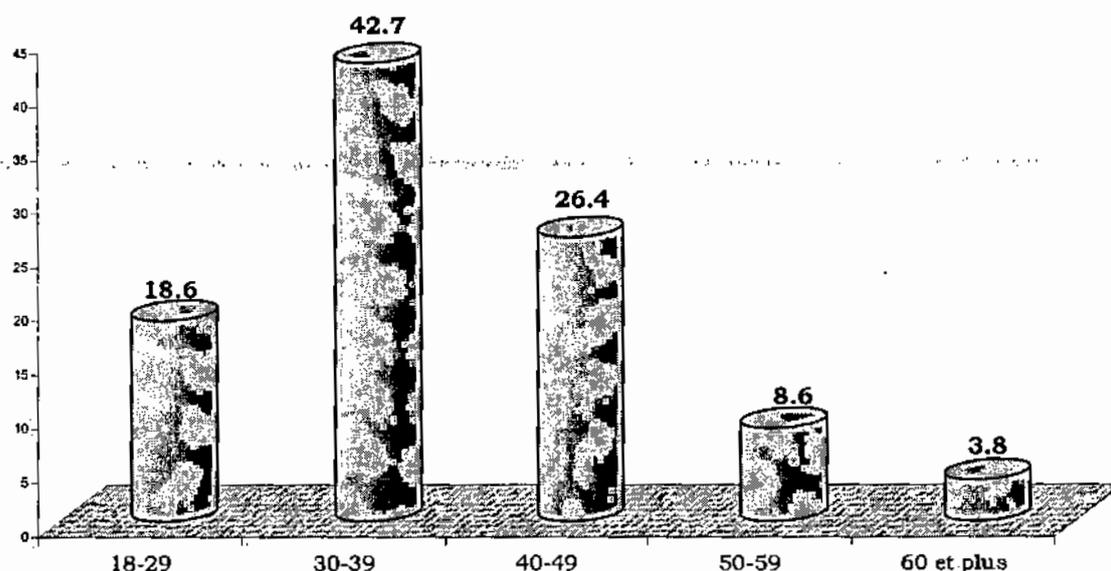


Figure 6 : Répartition de l'ensemble des patients selon l'âge

L'âge moyen était de $33,4 \pm 5,4$ ans avec des extrêmes de 18 et 63 ans. La tranche d'âge de 30 à 39 ans a été la plus représentée.

Tableau I : Répartition des patients selon l'âge et le centre.

Age	Centres						Total	
	Point G		CESAC		Gabriel Touré			
	n	%	n	%	n	%	n	%
18-29	54	15,4	79	22,6	62	17,7	195	18,6
30-39	145	41,4	133	38,0	170	48,6	448	42,7
40-49	90	25,7	94	26,9	93	26,6	277	26,4
50-59	41	11,7	35	10,0	14	4,0	90	8,6
60 et plus	20	5,7	9	2,6	11	3,1	40	3,8
Total	350	100	350	100	350	100	150	100

L'âge moyen était de $33,4 \pm 5,4$ ans avec des extrêmes de 18 et 63 ans. La tranche d'âge de 30 à 39 ans a été la plus représentée au CHU de Gabriel Touré.

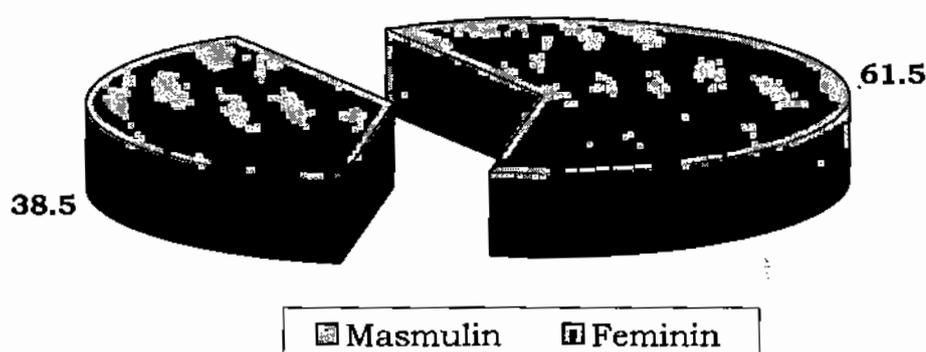


Figure 7 : Répartition de l'ensemble des patients selon le sexe

Le sexe féminin a été le plus représenté avec un sex-ratio de 0,4.

Tableau II : Répartition des patients selon le sexe et par site

Age	Centres						Total	
	Point G		CESAC		Gabriel Touré			
	n	%	n	%	n	%	n	%
Masculin	134	38,3	135	38,6	135	38,6	404	38,5
Féminin	216	61,7	215	61,4	215	61,4	646	61,5
Total	350	100	350	100	350	100	150	100

Le sexe féminin a été le plus représenté avec un taux de 61,7 % au CHU du Point G.

Tableau III : Répartition des patients selon l'ethnie.

Age	Centres						Total	
	Point G		CESAC		Gabriel Touré			
	n	%	n	%	n	%	n	%
Bambara	118	33,7	106	30,3	134	38,3	358	34,1
Peulh	73	20,9	68	19,4	67	19,1	208	19,8
Malinké	39	11,1	44	12,6	48	13,7	131	12,5
Sénoufo	15	4,3	23	6,6	7	2,0	45	4,3
Bobo	6	1,7	13	3,7	9	2,6	28	2,7
Sonrai	10	2,9	15	4,3	22	6,3	47	4,5
Maraka	58	16,6	49	14,0	54	15,4	161	15,3
Autre	31	8,9	32	9,1	9	2,6	72	6,9
Total	350	100	350	100	350	100	150	100

Les bambaras ont été majoritaires avec un taux de plus de 30 % sur tous les sites de l'étude.

Tableau IV : Répartition des hommes selon la profession

Profession	Fréquence	Pourcentage
Cultivateur	100	24.7
Commerçant	78	19.3
Fonctionnaire	77	19.1
Transporteur	42	10.4
Domestique	32	7.9
Homme de tenue	30	7.4
Autres	45	11.1
Total	404	100

Environ un patient sur quatre était cultivateur soit un taux de 24,7%

Tableau V : Répartition des femmes selon la profession

Profession	Fréquence	Pourcentage
Ménagère	468	72.4
Vendeuses	73	11.3
Fonctionnaire	69	10.7
Porteuses d'uniforme	9	1.4
Autres	27	4.2
Total	646	100

La grande majorité des femmes étaient des ménagères soit un taux de 72,4%

Tableau VI : Répartition des patients selon la résidence et par centre

Age	Centres						Total	
	Point G		CESAC		Gabriel Touré		n	%
Commune I	25	7,1	35	10,0	32	9,1	92	8,8
Commune II	25	7,1	50	14,3	39	11,1	114	10,9
Commune III	25	7,1	29	8,3	59	16,9	113	10,8
Commune IV	62	17,7	38	1,9	50	14,3	150	14,3
Commune V	43	12,3	41	11,7	52	14,9	136	13,0
Commune VI	63	18,0	40	11,4	26	7,4	129	12,3
Hors de Bko	100	28,6	113	32,3	86	24,6	299	28,5
Hors du Mali	7	2,0	4	1,1	6	1,7	17	1,6

Total	350	100	350	100	350	100	150	100
--------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------

Sur tous les sites, un peu plus du quart des patients résidaient hors de Bamako. En outre, bien que le CHU de Gabriel Touré soit géographiquement plus proche, les résidents des communes IV, V et VI du District de Bamako étaient plus fréquents au Point G avec des taux respectifs de 17,7 ; 12,3 et 18 %.

Tableau VII : Répartition des patients selon la situation matrimoniale et par site

Situation matrimoniale	Centres							
	Point G		CESAC		Gabriel Touré		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Marié	191	54,6	211	60,3	210	60,0	612	58,3
Célibataire	48	13,7	32	9,1	34	9,7	114	10,9
Veuf	95	27,1	68	1,4	91	26,0	254	24,2
Divorcé	16	4,6	39	11,1	15	4,3	70	6,7
Total	350	100	350	100	350	100	150	100

Bien que les mariés soient majoritaires sur tous les sites de l'étude, le taux des divorcées était beaucoup plus élevé au CESAC.

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

Niveau d'instruction	Centres							
	Point G		CESAC		Gabriel Touré		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Non scolarisé	122	34,9	175	50	123	35,1	420	40
Fondamental	107	30,6	98	28	114	32,6	319	30,4
Secondaire	73	20,9	49	14	85	24,3	207	19,7
Supérieur	48	13,7	28	8	28	8	104	9,9
Total	350	100	350	100	350	100	1050	100

Les patients non scolarisés étaient plus nombreux avec 40 % dans l'ensemble. Cependant à Gabriel Touré, le niveau secondaire était plus élevé. Ceux qui avaient un niveau d'instruction supérieur étaient moindres et plus fréquents au Point G.

II. Caractéristiques médicaux des patients

Tableau IX : Répartition des patients selon les antécédents médicaux.

Antécédents médicaux	Centres							
	Point G		CESAC		Gabriel Touré		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Diabète	30	8,6	22	6,3	21	6,0	73	7,0
Hypertension	37	10,6	26	7,4	20	5,7	83	7,9
Autre	13	3,7	6	1,7	6	1,7	25	2,4
Aucun	270	77,1	296	84,6	303	86,6	869	82,8
Total	350	100	350	100	350	100	150	100

Les antécédents médicaux ont été dominés par des cas d'hypertension artérielle et de diabète.

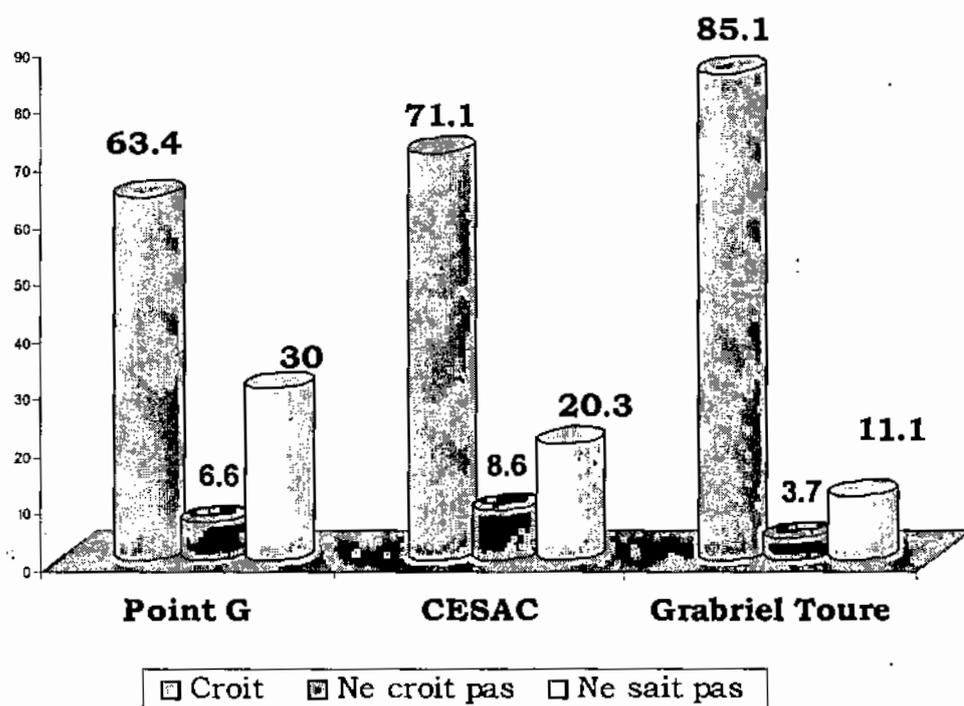


Figure 8 : Répartition des patients selon la croyance au traitement ARV par centre

Le taux le plus élevé de ceux qui croient au traitement ont été rencontré au CHU de Gabriel Touré.

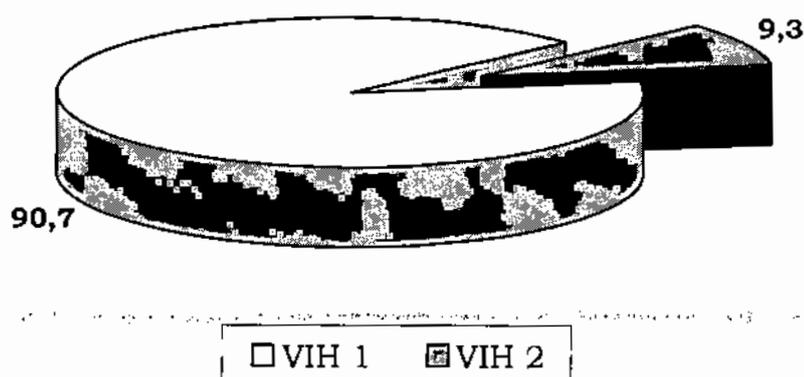


Figure 9 : Répartition de l'ensemble des patients selon le type de VIH.

Le VIH1 était l'agent pathogène le plus retrouvé avec un taux de 90,7 %

Tableau X : Répartition des patients selon le type de VIH.

Type de VIH	Centres						Total	
	Point G		CESAC		Gabriel Touré		n	%
	n	%	n	%	n	%	n	%
VIH 1	338	96,6	317	90,6	297	84,9	952	90,7
VIH 2	12	3,4	33	9,4	53	15,1	98	9,3
Total	350	100	350	100	350	100	1050	100

Le VIH1 a été majoritaire sur tous les sites, cependant le taux le plus élevé du VIH2 a été rencontré au CHU de Gabriel Touré avec 15,1%.

Tableau XI : Répartition des patients selon le nombre de comprimés pris quotidiennement et par centre.

Nombre de comprimés	Centres						Total	
	Point G		CESAC		Gabriel Touré			
	n	%	n	%	n	%	n	%
2 cp	184	52,7	166	47,4	193	55,1	543	51,7
3 -4 cp	90	25,8	103	29,4	69	19,7	262	25,0
5- 6 cp	47	13,5	11	3,1	41	11,7	99	9,4
7 cp et plus	28	8,0	70	20,0	47	13,4	145	1,8
Total	350	100	350	100	350	100	1050	100

Plus de la moitié des patients prennent 2 CP/j (triomune) au CESAC 20 % des patients prennent au moins 7cp/j.

Tableau XII : Répartition des patients selon la durée du traitement ARV

Durée du traitement	Centres						Total	
	Point G		CESAC		Gabriel Touré			
	n	%	n	%	n	%	n	%
1-2 an	59	16,9	129	36,9	140	40,0	328	31,2
2 - 3ans	157	44,9	146	41,7	173	49,4	476	45,3
≥4an	134	38,3	75	21,4	37	10,6	246	23,4
Total	350	100	350	100	350	100	150	100

Près de la moitié des patients étaient sous ARV depuis plus de 2 à 3 ans.

Plus de 49 % des malades de Gabriel Touré étaient sous traitement ARV depuis >3 ans.

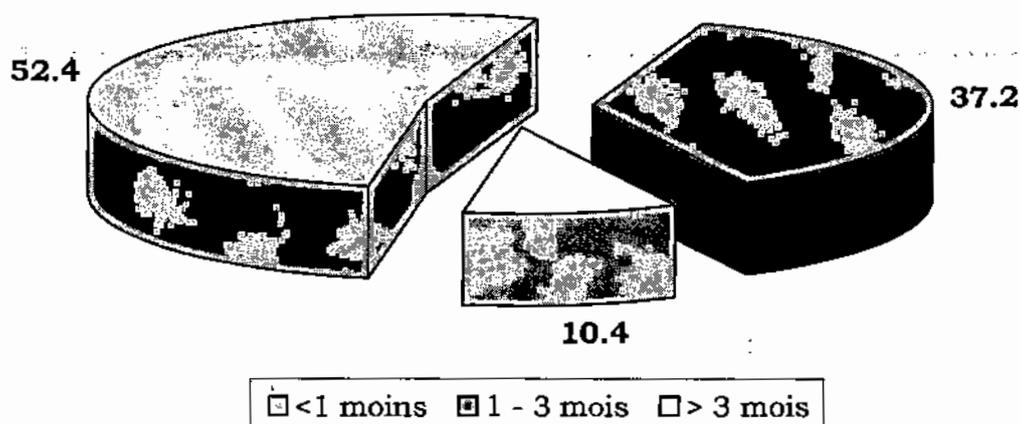


Figure 10 : Répartition des patients selon la durée du traitement ARV

De façon globale, un peu plus d'un malade sur dix avait interrompu le traitement sur une période de plus de 3 mois.

III. Perception des patients sur le traitement

Tableau XIII : Répartition des patients selon leur appréciation liée à la compétence du personnel.

Appréciation de la compétence du personnel	Centres							
	Point G		CESAC		Gabriel Touré		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Bonne	272	77,7	265	75,7	251	71,7	788	75,0
Moins bonne	75	21,4	85	24,3	99	28,3	259	24,7
Très mauvaise	3	0,9	0	0	0	0	3	0,3
Total	350	100	350	100	350	100	1050	100

Lire 24,7% du total de l'appréciation de la compétence du personnel en lieu et place de 2,7 ;

Ils sont moins d'un quart à avoir une appréciation moindre par rapport au personnel médical, cependant à Gabriel Touré ils sont plus du quart.

Tableau XIV : Répartition des patients selon leur appréciation liée à la compétence du personnel.

Appréciation de la compétence du personnel	Centres							
	Point G		CESAC		Gabriel Touré		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Bonne	272	77,7	265	75,7	251	71,7	788	75,0
Moins bonne	75	21,4	85	24,3	99	28,3	259	24,7
Très mauvaise	3	0,9	0	0	0	0	3	0,3
Total	350	100	350	100	350	100	1050	100

Ils sont moins d'un quart à avoir une appréciation moindre par rapport au personnel médical, cependant à Gabriel Touré ils sont plus du quart.

Tableau XV: Répartition des patients selon leur appréciation du temps d'attente.

Temps d'attente	Centres							
	Point G		CESAC		Gabriel Touré		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Longue attente	216	61,7	211	60,3	207	59,1	634	60,4
Moins longue	134	38,3	139	39,7	143	40,9	416	39,6
Total	350	100	350	100	350	100	1050	100

Nous remarquons que plus de 60 % des patients dans l'ensemble estiment que l'attente pour être reçu et servi est longue.

IV. Observance

Tableau XVI: Répartition des patients selon l'observance du traitement et le site.

Observance	Centres							
	Point G		CESAC		Gabriel Touré		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Observant	229	65,4	290	82,9	269	76,9	788	75,0
Non observant	121	34,6	60	17,1	81	23,1	262	25,0
Total	350	100	350	100	350	100	1050	100

Le taux d'observance est significativement plus élevé au CESAC qu'au CHU du Point G et à Gabriel Touré.

Tableau XVIII : Répartition des patients selon la notion d'interruption du traitement.

Notion d'interruption du traitement	Centres							
	Point G		CESAC		Gabriel Touré		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Interruption	209	59,7	153	43,7	136	38,9	498	47,7
Pas d'interruption	141	40,3	197	56,3	214	61,1	552	52,3
Total	350	100	350	100	350	100	1050	100

Considérez la correction des effectifs en gras en lieu et place des valeurs anciennes.

Le taux élevé d'interruption du traitement pendant la période de notre étude a surtout été constaté au Point G suivi par le CESAC et le Gabriel Touré avec des taux respectifs de 59,7 ; 43,7 et 38,9 %.

Tableau XIX : Répartition des patients selon les raisons de l'interruption

Raison d'interruption du traitement par sexe		Centres							
		Point G		CESAC		Gabriel Touré		Total	
		n	%	n	%	n	%	n	%
Masculin	Oubli	43	32,1	48	35,6	30	22,1	121	54,3
	Voyage	17	12,7	9	6,7	30	22,1	56	25,1
	Monotonie	7	5,2	0	0	12	8,8	19	8,5
	Distance	16	11,9	0	0	0	0	16	7,2
	Autres	0	0	2	1,5	9	6,6	11	4,9
Féminin	Oubli	48	22,2	61	28,4	24	1,2	133	12,7
	Voyage	30	13,9	23	10,7	33	15,4	86	8,2
	Monotonie	17	7,9	11	5,1	4	1,9	32	3,0
	Distance	31	14,4	1	0,5	3	1,4	35	3,3
	Autres	4	1,9	11	5,1	21	9,8	36	3,4

L'éventualité d'avoir deux raisons d'interruption par malade peut être compromettant pour le total

Notons que l'oubli et le voyage furent les principaux motifs d'inobservance ; Cependant il y a un grand écart, au niveau du sexe, les taux sont beaucoup plus importants chez les hommes avec 54,3 % pour l'oubli, le second motif était pour le voyage 25,1 % contre respectivement 12,7 % et 8,2 % chez les femmes.

Tableau XX : Répartition des patients selon les raisons de l'interruption

Raison d'interruption	Centres							
-----------------------	---------	--	--	--	--	--	--	--

du traitement par sexe		Point G		CESAC		Gabriel Touré		Total	
		n	%	n	%	n	%	n	%
Masculin	Oubli	43	32,1	48	35,6	30	22,1	121	54,3
	Voyage	17	12,7	9	6,7	30	22,1	56	25,1
	Monotonie	7	5,2	0	0	12	8,8	19	8,5
	Distance	16	11,9	0	0	0	0	16	7,2
	Autres	0	0	2	1,5	9	6,6	11	4,9
Féminin	Oubli	48	22,2	61	28,4	24	1,2	133	12,7
	Voyage	30	13,9	23	10,7	33	15,4	86	8,2
	Monotonie	17	7,9	11	5,1	4	1,9	32	3,0
	Distance	31	14,4	1	0,5	3	1,4	35	3,3
	Autres	4	1,9	11	5,1	21	9,8	36	3,4

Notons que l'oubli et le voyage furent les principaux motifs d'inobservance ; Cependant il y a un grand écart, au niveau du sexe, les taux sont beaucoup plus importants chez les hommes avec 54,3 % pour l'oubli, le second motif était pour le voyage 25,1 % contre respectivement 12,7 % et 8,2 % chez les femmes.

Tableau XXI : Répartition des patients selon la durée de rupture du traitement ARV.

Temps de rupture	Fréquence	Pourcentage
<1 mois	261	52,4
1 – 3 mois	185	37,2
> 3 mois	52	10,4
Total	498	100

La durée d'interruption du traitement moins d'un mois pour plus de 50% des patients qui ont interrompu le traitement.

Rappelons que l'interruption a été définie différemment de l'observance.

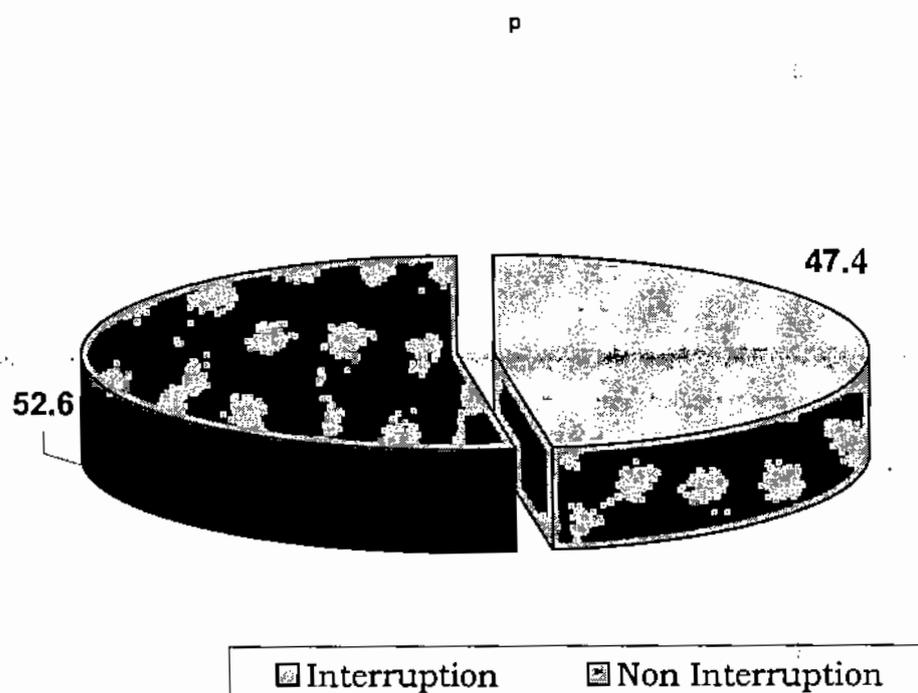


Figure 11 : Répartition des patients selon l'interruption du traitement

Tableau XXII : Répartition des patients selon la durée de rupture du traitement ARV.

Temps de rupture	Fréquence	Pourcentage
<1 mois	261	52,4
1 – 3 mois	185	37,2
> 3 mois	52	10,4
Total	498	100

La durée d'interruption du traitement moins d'un mois pour plus de 50% des patients qui ont interrompu le traitement.

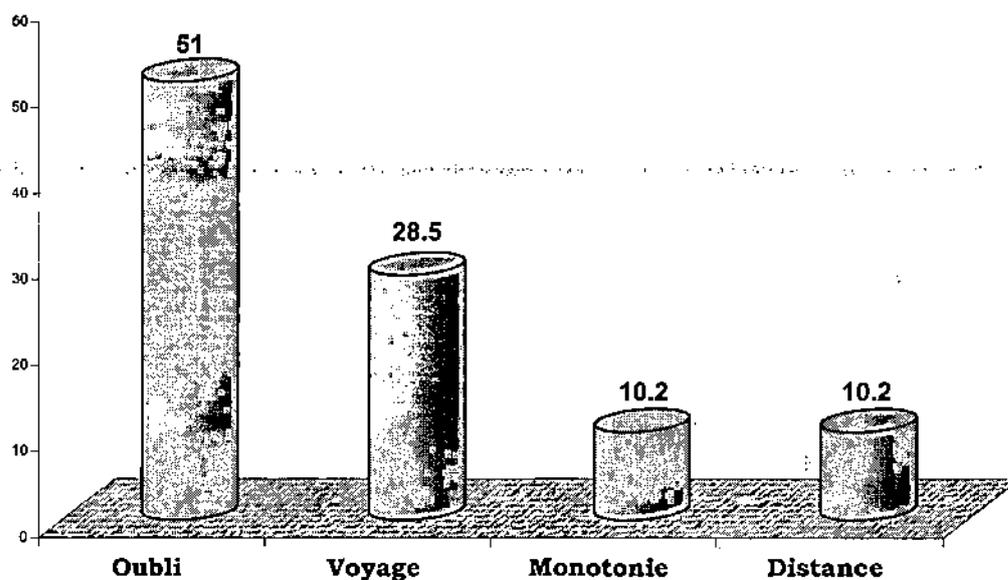


Figure 12 : Répartition des patients selon les motifs d'interruption.

L'oubli et les voyages ont été principalement évoqués comme facteurs d'interruption thérapeutique avec des taux respectifs de 51 et 28,5 %.

Tableau XXIII: Répartition des patients selon l'assistance apportée par les un tiers.

Réponse OUI par rapport au renouvellement des doses	Centres						TOTAL	
	Point G		CESAC		Gabriel Touré			
	n	%	n	%	n	%	n	%
Viens avec un parent	81	23,1	105	30,0	83	23,7	269	25,6
Un parent peut venir chercher	123	35,1	154	44,0	116	33,1	393	37,4
A eu à solliciter l'aide d'un parent	105	30,0	132	37,7	115	32,9	352	33,5

Ils sont 37,5 % à estimé pouvoir envoyer un parent venir chercher leur traitement et pourtant, il existe un écart de 10 % de moins avec ceux qui ont eu à venir avec un parent. Par contre un tiers des patients dans l'ensemble ont eu à solliciter d'une tierce personne.

Tableau XXIV : Répartition des patients selon leur accessibilité financière à accéder au site pour prise en charge.

Difficulté financière	Centres						Total	
	Point G		CESAC		Gabriel Touré			
	n	%	n	%	n	%	n	%
Oui	186	53,1	180	51,4	166	47,4	532	50,6
Non	164	46,9	170	48,6	164	52,6	518	49,4
Total	350	100	350	100	350	100	1050	100

Considérez la correction des effectifs en gras en lieu et place des valeurs anciennes.

Dans près de la moitié des cas, sur tous les sites, la notion de pauvreté avait été signalée. Notons que le CHU du Point G est isolé par rapport aux deux autres centres.

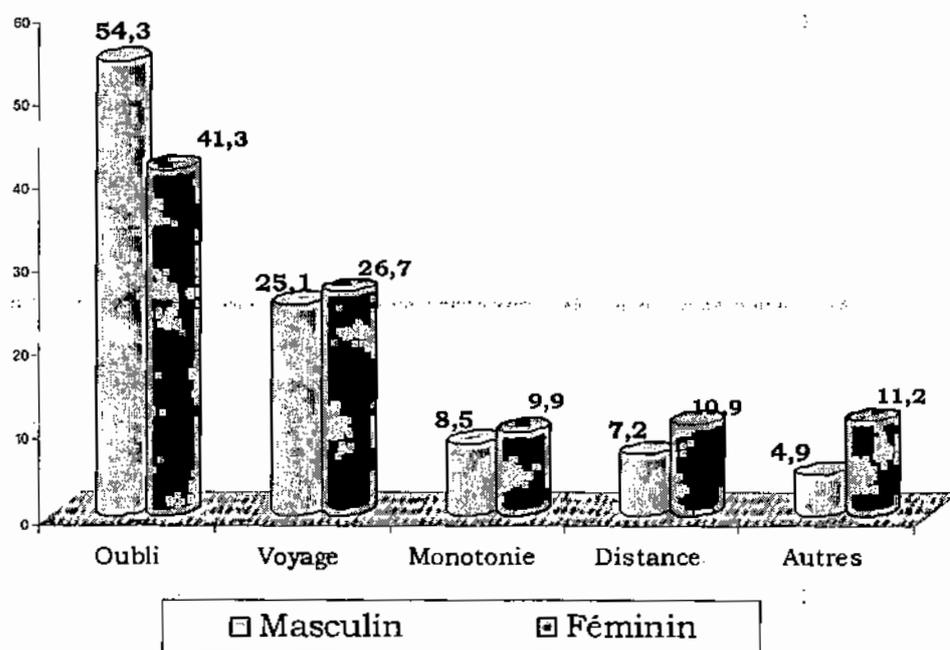


Figure 13 : Répartition des patients selon les motifs d'interruption et le sexe

La monotonie et la distance ont surtout été évoquées par les patients de sexe féminin comme raisons d'inobservance.

Tableau XXV : Répartition des patients selon le niveau économique.

Niveau économique	Centres					
	Point G		CESAC		Gabriel Touré	
	n	%	n	%	n	%
Mange à sa faim	238	68,0	193	55,1	244	69,7
Ne mange pas à sa faim	112	32,0	157	44,9	106	30,3
Total	350	100	350	100	350	100

Considérez la correction des effectifs en gras en lieu et place des valeurs anciennes.

Plus de malade consultant le CESAC ne mangeait pas à leur faim

Tableau XXVI : Répartition des patients selon le niveau économique.

Niveau économique	Centres					
	Point G		CESAC		Gabriel Touré	
	n	%	n	%	n	%
Mange à sa faim	238	68,0	193	55,1	244	69,7
Ne mange pas à sa faim	112	32,0	157	44,9	106	30,3
Total	350	100	350	100	350	100

Plus de malade consultant le CESAC ne mangeait pas à leur faim

Tableau XXVII: Répartition des patients selon l'accessibilité géographique et la notion de rupture de traitement

Rupture	Accessibilité Géographique				Total	
	Non accessible		Accessible			
	n	%	n	%	n	%
Oui	298	56,2	200	39,3	498	47,4
Non	243	45,8	309	60,7	552	52,6
Total	541	100	509	100	1050	100

La non accessibilité géographique a motivé 56,2 % des patients à rompre leur traitement

Tableau XXVIII : Répartition des patients selon l'état nutritionnel de rupture de traitement

Rupture	Etat nutritionnel				Total	
	Mange à sa faim		Ne mange pas à sa faim			
	n	%	n	%	n	%
Oui	298	52,1	200	39,3	498	47,4
Non	243	47,9	309	60,7	552	52,6
Total	541	100	509	100	1050	100

52,1% des patients ont rompu et ils mangeaient à leur faim, par contre 39,3 % ont rompu et ne mangeaient pas à leur faim

Tableau XXIX: Répartition des patients selon l'accessibilité aux produits et la notion de rupture de traitement

Rupture	Accès aux produits						Total	
	Facile		Difficile		Pénible			
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
Oui	354	45,6	144	54,1	0	0	498	47,4
Non	423	54,4	122	45,9	7	100	552	52,6
Total	925	100	266	100	7	100	550	100

54,4 % des patients n'ont pas lié la rupture à l'accessibilité aux produits contre 45,6 % qui ont lié la rupture à l'accessibilité aux produits

Tableau XXX: Répartition des patients selon la disponibilité des produits et la notion de rupture de traitement

Disponibilité	Rupture						Total	
	Facile		Difficile		Pénible			
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
Oui	446	48,2	51	41,1	1	100	498	47,4
Non	479	51,8	73	58,9	0	0,0	552	52,6
Total	925	100	124	100	1	100	550	100

58,9 % des patients n'ont pas lié la rupture à la disponibilité des produits contre 41,1 % qui ont lié la rupture à la disponibilité des produits

Tableau XXXI: Répartition des patients selon la croyance à la continuité du traitement et la notion de rupture de traitement

Rupture	Croyance à la continuité du traitement						Total	
	Croît		Ne croît pas		Ne sait pas			
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
Oui	443	48,2	54	41,5	1	100	498	47,4
Non	476	51,8	76	58,5	0	0	552	52,6
Total	919	100	130	100	1	100	1050	100

58,5 % des patients n'ont pas rompu parce qu'ils ne croyaient pas à la continuité du traitement contre 41,5 % qui ont rompu parce qu'ils y croyaient pas

Tableau XXXII : Répartition des patients selon la profession et la notion de rupture de traitement

Profession	Rupture			
	Oui		Non	
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
Commerçant	56	11,2	40	7,2
Ménagère	165	33,1	190	34,4
Fonctionnaire	74	14,9	72	13,0
Cultivateur	93	18,7	140	25,4
Homme de tenue	28	5,6	11	2,0
Vendeuse ambulante	28	5,6	36	6,5
Transport	23	4,6	19	3,4
Autres	31	6,2	44	8,0
Total	498	100	552	100

33,1 % des Ménagères ont rompu le traitement chez les femmes seulement, suivi des cultivateurs avec 18,7 %

Tableau XXXIII: Répartition des patients selon leur appréciation de la disponibilité des ARV et la notion de rupture de traitement

Rupture	Appréciation de la disponibilité des ARV						Total	
	Facile		Difficile		Pénible			
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
Oui	354	45,6	144	54,1	74	91,4	498	47,4
Non	423	54,4	122	45,9	7	8,6	552	52,6
Total	777	100	266	100	81	100	1050	100

Les patients qui ont estimé faciles les ARV étaient de 777 cas, 46 % d'entre eux ont rompu leur traitement. Tandis que ceux qui estimaient la disponibilité pénible, avaient à 91 % interrompu leur traitement.

Tableau XXXIV: Répartition des patients selon l'état nutritionnel et la notion de rupture de traitement

Rupture	Etat nutritionnel				Total	
	Mange à sa faim		Ne mange pas à sa faim			
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
Oui	354	45,6	144	54,1	498	47,4
Non	423	54,4	122	45,9	552	52,6
Total	777	100	266	100	1050	100

54,1 % des patients qui ont interrompu leur traitement ne mangeaient pas à leur faim.

Tableau XXXV: Répartition des patients selon leur croyance à l'efficacité du traitement et la notion de rupture de traitement

Rupture	Croyance à l'efficacité du traitement						Total	
	Efficace		Non efficace		Ne sais pas			
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
Oui	349	45,4	37	56,1	112	52,1	498	47,4
Non	420	54,6	29	43,9	103	47,9	552	52,6
Total	769	100	66	100	215	100	1050	100

56,1 % des patients qui ont interrompu leur traitement ne croyaient pas à l'efficacité du traitement.

Tableau XXXVI : Répartition des patients selon les notions de stigmatisation et de rupture de traitement.

Notion de stigmatisation	Rupture			
	Oui		Non	
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
Viens avec un parent pour le renouvellement du médicament	116	23,3	153	27,7
Un parent peut venir chercher les médicaments	176	35,3	217	39,3
A eu à solliciter l'aide d'un parent, ami, pour le renouvellement de son traitement	156	31,3	196	35,5
Total	498	100	552	100

39,3 % des patients n'ont pas interrompu leur traitement pour cause de non-stigmatisation.

6

Commentaires

et

Discussions

COMMENTAIRES ET DISCUSSIONS

MÉTHODES ET LIMITES DE L'ÉTUDE

Nous avons mené une enquête dynamique de février à juillet 2008 sur les 3 principaux sites de prise en charge des cas de VIH à Bamako, dont le CHU du Point G, celui de Gabriel Touré, et le CESAC. Notre étude partage les mêmes limites méthodologiques que les autres travaux mesurant l'observance par les questionnaires, en s'appuyant sur les dossiers de consultation et du fichier informatique de dispensation de la pharmacie. Ces déclarations peuvent être sujettes à des biais de mémorisation ou de conformisme social. L'approche transversale également comporte des limites ne permettant pas d'observer la dynamique de l'observance et des facteurs qui la rythment.

1- CARACTÉRISTIQUES SOCIODÉMOGRAPHIQUES

Cette section porte sur l'âge, le sexe, l'ethnie, la résidence, la situation matrimoniale, le niveau d'étude et la profession.

L'âge et sexe

La tranche d'âge de 30 à 39 ans a été la plus représentée avec un taux de 42,7 %.

L'âge moyen était de $33,4 \pm 5,4$ ans avec des extrêmes de 18 et 63 ans.

Des résultats semblables ont été rapportés par des études précédentes objectivant la prédominance des jeunes adultes. [2, 16, 18, 20]

Le sexe féminin a été le plus représenté avec un taux de 61,5 % soit un sex-ratio de 1,6 en faveur des femmes. Cette féminisation de l'épidémie a été aussi observée par certains auteurs, avec un sex-ratio en faveur des femmes de 2,25 ; 1,25 ; 1,03 ; 2,19 [22, 23, 24]. Ce constat s'explique par : la vulnérabilité des femmes sur les plans socio-économique, culturel et éducatif (l'ignorance, le faible niveau socio-économique, le faible niveau de scolarisation et la polygamie).

Selon une étude portant évaluation du suivi de patients séropositifs pour le VIH sur six sites pilotes au Mali, à la première visite, l'âge médian était de 34 ans et 8334/13229 soit 63 % des patients étaient de sexe féminin. [S. Ag Boubacrine, Jean Testa, A. Canestri, M. Cissé, A. Kallé, H. Touré, Z. Sanogo, G. Viretto, D.Fofana, A. Sylla.]

Ethnie

Les bambaras ont été majoritaires avec un taux de 34,1 % suivi des peulhs et des Sarakolés avec des taux respectifs de 19,8 et 15,3 %. En effet dans la population générale au Mali, l'ethnie bambara est majoritaire et la langue bambara est reconnue comme langue nationale. Ces résultats rejoignent ceux de Haidara selon lesquels les bambaras étaient les plus représentés avec un taux de 31,1 % suivi par les peulhs 16,7 %, les malinkés et les Sarakolés. Les pratiques culturelles de lévirat et de sororat seraient des facteurs favorisants.

Profession

La profession ménagère était la plus représentative chez les femmes avec un taux de 33,5 % soit un nombre de 350 patients. Ces résultats sont superposables à ceux de Ramatou qui trouve 36,3 % sur un échantillon de 270 cas.

Chez les hommes, les cultivateurs venaient avec un taux de 22 %, ensuite les fonctionnaires avec un taux de 13,9 % puis les commerçants avec 9,1 %. Les Hommes de tenue suivaient avec un taux de 3,7 %, ceci s'expliquait par le fait que pour la plupart d'entre eux, leur dispensation se fait dans les infirmeries des casernes.

Résidence

Près de 70 % des patients résidaient sur le site de l'étude, Bamako qui abrite aussi la plus grande prévalence de l'infection à VIH au Mali. Environ 28 % des patients résidaient hors de Bamako, principalement dans les régions de Kayes, Mopti,

Ségou, des lieux où existent des sites de prise en charge et 1,6 % des patients vivent hors du Mali.

Malgré la décentralisation des sites de dispensation des ARV, certains patients par soucis de confidentialité, préfèrent venir à Bamako et se fondre à la masse.

Situation matrimoniale et niveau d'étude

La majorité de nos patients était dans un régime monogame avec un taux de 38,6 % soit un total de 387 patients, les polygames représentent 27,5 % soit 276 patients, les patients mariés représentent plus de 55 % de notre population d'étude, ensuite venait les veufs avec 24 % contre 10 % pour les célibataires et près de 7 % de divorcés. Ces résultats sont similaires à ceux Mme Haidara et al [2.16 23].

Les analphabètes représentent 35 % de la population générale soit un peu plus du tiers de notre population, ce qui démontre une fois de plus le taux d'ignorance qui peut cependant être en faveur d'une expansion de l'épidémie du VIH. Les patients de niveau supérieur étaient de 9,9 %.

2- PERCEPTIONS PAR LE MALADE DU TRAITEMENT

MÉDICAL

La croyance au traitement

La croyance au traitement est assez déterminante pour une bonne observance. Près de 3 patients sur 4 déclaraient que le traitement était efficace soit un taux de 73,2 %. Selon l'étude de Haidara, plus de la moitié des patients étaient optimistes soit un taux de 54 %.

La plupart des patients soit 73 % croyaient au traitement. et ont été dépisté à un stade avancé de la maladie, vu l'amélioration spectaculaire de leur état de santé, ceci a conduit à une confiance au traitement, par contre 20,5 % n' étaient pas sûrs et 6,3 % disaient ne pas croire au traitement.

Ainsi le constat est assimilable à tous les centres, le CHU de Gabriel Touré représente le taux le plus élevé avec 85,1 % suivi du CESAC avec 71,1 % et enfin le Point G 63,4 %, cependant quant à la croyance, 30 % des patients du Point G étaient dubitatifs contre 20,3 % du CESAC et 11,1 % au CHU de Gabriel Touré.

Quant à ceux qui ne croyaient pas au traitement, le CESAC venait en tête avec 8,6 % contre 6,8 % des patients du Point G et 3,7 % à Gabriel Touré ne croyaient pas au traitement.

L'absence de croyance au traitement peut être imputable à certains facteurs comme les discours populistes sur l'histoire de la maladie, la désinformation et les rumeurs qui entourent la maladie.

Accueil : 81,8 % des patients avaient une bonne appréciation de l'accueil par rapport au personnel sanitaire nous remarquons les mêmes résultats pris partiellement dans les 3 centres ainsi : 84,6 % au Point G, avec 80,9 % au CESAC et 80 % à Gabriel Touré.

Près de 75 % des patients estimaient avoir une bonne appréciation du personnel médical et de leur travail contre 24,7 % qui les trouvent moins bon, partiellement nous notons des résultats superposables par rapport aux globaux avec 77,7 % pour le Point G, 75,7 % pour le CESAC puis le CHU de Gabriel Touré avec 75 % environ. Par contre Gabriel Touré avec 28,3 % trouve l'appréciation moins bonne et 24,3 % au CESAC puis 21,4 % pour le Point G. Ceci reflète la vision de la population générale par rapport au corps médical qui est fortement partagée et relative.

60,4 % des patients se plaignent d'une impatience lancinante par rapport à l'attente ; des similitudes s'observent avec les résultats parcellaires : nous avons 61,7 % au CHU du Point G, 60,3 % au CESAC et le CHU de Gabriel Touré 59,1 %.

3- CARACTÉRISTIQUES MÉDICALES DES PATIENTS

Près de 82,8 % de nos patients n'avaient aucun antécédent médical ; 7,9 % des patients étaient hypertendus connus sous traitement et 7,5 % étaient diabétiques connus sous traitement.

Par conséquent il n'y a pas d'interférence notable entre les prises de médicaments liés aux antécédents du malade et les ARV.

Ce résultat était valable aussi à Gabriel Touré avec 86 % des patients puis 84,6 % pour le CESAC et 77,1 % pour le CHU du Point G n'avaient aucun antécédent.

Concernant la durée du traitement, globalement 45,3 % avaient une durée de traitement entre 2 et 3 ans par contre 31,2 % des patients avaient un an de traitement contre 23,4 % des patients avaient 4 ans de traitement

Nous remarquons une concordance de ces résultats globaux par rapport aux résultats pris par centre qui nous donnent ainsi 49,4 % des patients à Gabriel Touré qui avaient entre 2 et 3 ans de traitement contre 44,9 % au Point G et 41,7 % au CESAC, ceci serait attribuable à la vulgarisation de la gratuité du traitement, ainsi qu'à la prise en charge globale du traitement au VIH et du SIDA au Mali ces trois dernières années.

Agent pathogène

Le VIH1 était l'agent pathogène le plus retrouvé avec un taux de 90,7 %. Ces résultats sont en accord avec ceux de certains auteurs comme Hadramani, Benoit, et Balakissa qui avaient trouvé respectivement une prédominance du VIH1 avec des taux respectifs de 91,4 % ; 88 % et 89,1 %. Toutes ces études confirment la prédominance du VIH1 au Mali.

Schéma thérapeutique : 51,9 % des patients étaient sous triomune avec deux prises journalières, ce résultat concorde avec celui de Haidara qui trouve 50,7 %. Par ailleurs le CHU Gabriel Touré venait en tête avec 55,1 % suivi de celui du

Point G avec 52,7 % et du CESAC avec 47,4 %, ces résultats s'expliquent pour la plupart par une politique nationale du protocole thérapeutique au Mali.

4- OBSERVANCE TRAITEMENT ANTIRÉTROVIRAL ET RUPTURE

Un peu plus de la moitié des patients prenaient quotidiennement 2 comprimés. Mais pour la grande majorité des patients le temps de rupture de traitement n'a pas excédé 7 jours. Il ressort de notre étude qu'un peu moins de la moitié (47,4 %) des patients avaient interrompu le traitement contre 52,6 %, Haidara trouvait 56,3 %.

La religion et les niveaux d'appréciation du personnel ne semblaient pas engendrer une interruption quelconque du traitement de façon statistiquement significative.

Bien que la majorité des patients (61,5 %) se sentaient sujètes à la stigmatisation, selon le genre, il n'existait pas de différence statistiquement significative de la stigmatisation. En outre, celle-ci a eu un impact négatif très important sur la rupture du traitement ($p < 0,001$).

Cependant près de 75 % des patients étaient observants globalement, on constate une concordance statistique entre ces résultats et ceux de Abou Bakr et M. Saliou qui avaient trouvé respectivement 89,3 % et 70 % du taux d'observance, par ailleurs les résultats pris partiellement nous indiquent que : 82,9 % au CESAC contre 76,9 % au CHU de Gabriel Touré et 65,4 % au CHU du Point G des patients étaient observants.

Cette observance s'explique pour la plupart par des facteurs liés à la disponibilité du produit, à la motivation que les associations octroient aux patients, à la prise en charge globale, etc.

L'oubli avec 22,2 %, 13,5 % pour le voyage ou encore la monotonie qui était de 4,9 % étaient des facteurs qui ont contribué à l'interruption du traitement.

Par ailleurs :

La disponibilité des produits : elle était difficile à 14 % au CESAC pour 10 % à Gabriel Touré et 11,4 % au CHU du Point G.

L'accès aux produits : qui était difficile à 33,1 % à Gabriel Touré pour 27,4 % au CESAC contre 15,4 % au CHU du Point G.

Croyance à la continuité du traitement : 8,6 % des patients ne croyaient pas à la continuité du traitement ; ils étaient 20,7 % à être dubitatifs sur la suite de leur traitement.

Selon le site

L'accès aux produits semblait plus facile au Point G que sur les autres sites.

A part quelque rares cas de non disponibilité des produits constatés par certains malades du Point G, la grande majorité des malades avaient éprouvé une facilité à accéder aux produits.

Sur tous les sites un peu plus du quart des patients résidaient hors de Bamako. En outre, bien que le CHU de Gabriel Touré soit géographiquement plus proche, les résidents des communes IV, V et VI du District de Bamako étaient plus fréquents au Point G avec des taux respectifs de 17,7 ; 12,3 et 18 %.

Le taux élevé d'interruption du traitement pendant la période de notre étude a surtout été constaté au Point G suivi par le CESAC et le Gabriel Touré avec des taux respectifs de 59,7 ; 43,7 et 38,9 %.

Les patients du CHU de Gabriel Touré étaient plus stigmatisés que les patients des autres sites.

Les patients de sexe féminin étaient les plus représentés sur tous les sites.

Ils sont autant de facteurs ayant contribué à l'interruption du traitement. Ceci est imputable d'une part à la discipline du patient lui-même et d'autre part au corps médical et à l'administration publique moyennant tout l'effort consenti par l'autorité publique à une meilleure prise en charge du traitement.

Les facteurs

Accessibilité financière : nous avons 50,7 % de notre population d'étude estiment avoir des difficultés d'ordre financière pour accéder aux différents sites de traitement. Cependant au CHU du Point G ils sont 53,1 %, suivi du CESAC avec 51,4 % et le CHU de Gabriel Touré pour 47,4 %.

Sachant que le Point G est le centre le plus inaccessible sur le plan géographique par rapport aux deux autres centres de prise en charge, cela n'en diminue pas moins sa fréquentation, c'est le second centre qui accueille le plus de malade après celui du CESAC.

Accessibilité géographique : 51,3 % des patients estiment inaccessibles les sites de prises en charge des personnes vivants avec le VIH et le SIDA, en effet, le Point G semble le plus inaccessible pour les patients avec 54 % suivi du CESAC avec 52 % puis le CHU de Gabriel Touré avec 48,6 %, il est à noter que les deux derniers centres sont situés en plein cœur de la capital bamakoise contrairement au Point G qui, excentré au Nord de la ville, est de loin le plus isolé de la ville par rapport au deux autres ; ils sont en outre 30 % des patients du Point G {habitant la commune V et IV} à traverser littéralement toute la ville de Bamako pour se soigner.

Ils étaient 59,9 % à avoir des difficultés géographiques à rompre leur traitement.

Plus d'un quart de notre population d'étude ne vivent pas dans le district de Bamako, au Point G ils étaient 28,6 %, au CESAC 32,3 % suit Gabriel Touré avec 24,6 %. Il est nécessaire de rappeler que la prise en charge globale des PPVIH est étendue à tout le territoire du Mali de façon à rendre le traitement accessible à tous les patients.

Volet nutritionnel : dans près de la moitié des cas sur tous les sites, des difficultés liées à la notion de pauvreté avaient été signalées. Moins de la moitié des malades consultant le CESAC ne mangeaient pas à leur faim soit un taux de 44,9 % contre 32 et 30,3 respectivement pour le Point G et le Gabriel Touré.

En effet la prise en charge est globale et mieux structurée au CESAC que sur les deux autres sites de l'étude. Des allocations sont octroyées aux PVVIH de façon périodique pour les fournitures scolaires des enfants, ainsi que les denrées de première nécessité, jusqu'au prix du transport. Une proportion de 34,5 % des patients ayant des difficultés à manger à leur faim était sensible à la rupture de leur traitement

La tradithérapie : dans leur ensemble ils étaient 32,5 % à croire à la thérapie traditionnelle, contre 67,5 % qui estimaient ne pas y croire. Cependant de façon proportionnelle parmi ceux qui ont interrompu leur traitement, c'est-à-dire 498 patients, 35,9 % d'entre eux croyaient à la tradithérapie soit 354 patients, les 144 patients restant estimaient ne pas croire au traitement par contre 61 % y ont interrompu leur traitement.

Pour la plupart des patients qui ont interrompu sans croire ou croire à la tradithérapie étaient liés à des propos dont les origines scientifiques et la véracité sont subjectives. Il en est de même pour les produits traditionnels dont les vertus thérapeutiques à propos de la maladie restent illusoire.

Stigmatisation : dans l'ensemble : les patients qui étaient capables de venir avec un parent pour le renouvellement de leur traitement étaient de 25,6 % contre 74,4 % qui estimaient le contraire. Ils étaient 23,3 % à rompre leur traitement.

Les patients qui pouvaient envoyer les parents venir chercher les traitements à leur place avec leur permission, étaient d'une proportion de 37,4 % contre 62,2 %. Ils étaient 35,3 % à rompre leur traitement.

Ceux qui ont eu à solliciter l'aide d'un ami, parents, etc., étaient de 33,5 % soit 352 patients contre 66,5 % soit 698 patients, la proportion du taux de rupture était de 31,3 % pour ce groupe de patients.

Ces résultats nous permettent d'exprimer la présence très significative de la stigmatisation.

Dans notre étude, nous constatons que le CHU du Point G et celui de Gabriel Touré nous arrivaient avec une proportion respective de 70,6 % et 70,1 % suivi du

CESAC avec 62,7 %. Force est de remarquer que pour les deux premières structures publiques avec plusieurs spécialités, le taux y était nettement élevé par rapport au CESAC qui est une structure privée spécialisée uniquement dans la prise en charge des PVVIH qui offre le plus de privilèges aux patients par rapport à toutes les structures existantes au Mali : c'est dire à quel point est grand le soucis des patients du VIH et du SIDA à se confondre avec les autres patients.

Il n'existait pas de différence statistiquement significative de la stigmatisation selon le genre. La stigmatisation a eu un impact négatif très important sur la rupture du traitement.

La stigmatisation serait imputable à la perception générale par rapport à la maladie, qui reste néanmoins un sujet très sensible et incriminant à l'égard de la société ; du fait que la plupart ont contracté la maladie par voie sexuelle surtout chez les profanes.

Il est à signaler que beaucoup d'organismes œuvrent à briser la stigmatisation moyennant des séances d'animations multiples, à travers : les visites à domiciles, les jeux de rôle, les projections vidéo.

7

Conclusion & Recommandations

CONCLUSION

Il ressort au terme de notre étude que divers facteurs incriminés ont, à des degrés aussi variables que divers, eu un certain point d'impact sur ce que nous avons redéfini comme étant l'observance ; en effet certains facteurs socio-économiques et culturels ont fortement influencé sur ce dispositif :

- En outre il apparaît clair une féminisation de la pandémie, et le faible niveau de scolarisation surtout chez les femmes.
- Prés de la moitié des patients ont ressenti des difficultés financières et cela a fortement influé sur leur traitement, prés de la moitié d'entre eux ont rompu le traitement.
- La moitié de la population estimait inaccessibles les cites par rapport à leur habitat, ceci influant fortement sur leur traitement du fait que ces patients faisaient de longs trajets par ce qu'ils étaient stigmatisés et ne désiraient pas se faire traiter à proximité de chez eux.
- La stigmatisation a été très fortement ressentie dans cette étude, elle pousse les patients à traverser des villes entières pour se faire soigner.
- Plus d'un tiers des patients estimaient croire à la tradithérapie cependant presque la totalité de ces patients ont interrompu leur traitement.
- Le volet nutritionnel a été vraiment ressenti chez les patients, la moitié estimait ne pas manger à leur faim et cette moitié avait rompu leur traitement.

L'efficacité relative du dispositif thérapeutique tient probablement en grande partie à son caractère exceptionnel. De nombreux patients expriment leur satisfaction pour le soutien que leur a apporté l'équipe médicale. La disponibilité des personnes, la capacité à intervenir lors de difficulté d'observance, ont été des éléments favorisant l'observance et l'adhésion des patients.

Mais, simultanément, la lourdeur des procédures, la stigmatisation, l'accessibilité géographique, et les conditions socio-économiques ont été diversement perçues.

C'est cet ensemble de variables qui confère à l'observance un caractère variable, dynamique et indécis rendant difficile son adéquation au malade, sa perception par ce dernier est fonction d'un compromis constant entre les perceptions liées au personnel médical, de l'entourage du malade, de ses habitudes et conditions de vie. Une telle adaptation est indispensable pour un traitement qui devra être supporté à vie.

RECOMMANDATIONS

Au terme de cette étude nous formulons les recommandations suivantes :

Aux autorités sanitaires :

- Informatisation du dossier patient sous forme de réseau centralisé, dans l'optique d'assurer le traitement dans n'importe quel endroit du territoire ceci en vue de réduire la stigmatisation et de mieux canaliser les patients perdus de vue.
- Uniformiser les appuis nutritionnels, vestimentaires et socio-sanitaires à tous les centres de soins et de suivi des PVVIH.
- Mise à profit des mécanismes de micro crédit pour les femmes afin qu'elles exercent des activités génératrices de revenu.
- Renforcer et prévenir les ruptures de stock entraînant un changement thérapeutique, même passager.

Aux autorités hospitalières :

- Mise en réseau des services de consultation et de dispensation pour mieux garantir l'observance.
- Promouvoir et renforcer l'aide aux associations affiliées aux différentes structures de prise en charge.
- Promouvoir la synergie d'action entre les structures publiques et privées en vue d'uniformiser une meilleure prise en charge.
- Aménager des salles d'attente confortables pour les patients.

Au personnel soignant

- Respecter vigoureusement le protocole de suivi soumis au malade
- Dispenser oui mais la consultation avant

- Evaluer constamment l'observance
- Etre à l'écoute des patients et éventuellement mieux les diriger dans de bonnes perspectives

Aux populations

- Sensibiliser la population générale pour le changement positif de comportement à l'égard des PVVIH.
- Engagement des leaders d'opinion pour réduire la stigmatisation.
- Renforcer l'éducation par les pairs.

8

Références

BIBLIOGRAPHIE

1. **Carrieri P, Cailleton V, Le Moing V, et al.** The dynamic of adherence to highly active antiretroviral therapy: results from the French national APROCO cohort. *J Acquired Immune Defic Syndr* 2001; 28:2329
2. **Ramatoulaye Haidara.** Etude de l'observance aux antirétroviraux dans le service des maladies infectieuses à l'hôpital national du Point G. Thèse Med, Bamako, 2006
3. **Weiss L.** Interruptions de traitements programmées et vacances thérapeutiques, *Transcriptase*, 2000, n°87, pp.22-25
4. **Cissé M, Ag Aboubacrine S, Traoré HA et al.** Impacts d'une intervention d'appui à l'observance TO D sur la prise en charge des patients VIH+ traités avec des Antirétroviraux au Burkina Faso et au Mali. PROJET ATARAO
5. **Politique et protocole de prise en charge Antirétroviraux du VIH/SIDA au Mali**, janvier 2006
6. **Barre Senoussi F.** Virologie fondamentale de l'infection VIH in Girard P-M Katlama Ch, Pialoux G, VIH Edition 2004 Doin Editeurs, 200 ; 3-9.
7. **Coffin JM.** Structure and classification of retroviruses in Levy JA ed *The retroviridae* vol 1 New York Plenum, 1992; 19-50.
8. **Levy JA.** HIV and the pathogenesis of AIDS 2nd ed American society of microbiology ASM Press Washington DC, 1998.
9. **Barre Sanoussi F.** HIV as the cause of AIDS. *Lancet*, 1996 ; 348 ; 31-5.

10. **Rothe M ; Israel N ; Barre Senoussi F.** Mécanismes de la réplication virale des VIH. *Médecine Thérapeutique* 1996 ; 2 ; 12-8
11. **VIH & SIDA :** Histoire naturelle source : IRCAM- Centre Georges Pompidou (Réseau Internet).
12. **SIDA :** Le droit de tout savoir /SANTERAMA HS1 : 70
13. **Infection par le VIH et SIDA –CFES –Arcat.**
14. **Itoua –Ngaporo A** Les aspects cliniques du SIDA en Afrique *Rev Prat*, 1990
15. **Picard C ; Desforges L.** Diagnostics biologiques pour le VIH *Am Dermatologique Veneriol*, 1989 ; 9 : 671-674
16. **Floch J.** Diagnostics biologiques de l'infection à VIH en Afrique *Med Afr Noir*, 1990 ; 37 : 574-582.
17. **Hagg R; Heath K; Yip B; Cralb K J; O'Shaughnessy MV; Schechter MT; Montaner JS.** Improved survival among HIV-infected individuals following initiation of antiretroviral therapy *JAMA*, 1998; 279; 1984-1991
18. **Finzi D; Hermankova M ; Pierson T; Carruth L M et al.** Identification of a reservoir for HIV1 in patients on highly active antiretroviral therapy *Science*, 1997; 278: 1295-1300.
19. **Wong J K ; Hezareh M ; Gunthard H F ; Havlir D V ; Ignacio C C ; Spina C A ; Richman D.** Recovery of replication –competent HIV despite prolonged suppression of plasma viremia *Science*, 1997; 278: 1291-1295.
20. **Deek S G; Hecht F M; Swansson M; Elbeik T; Loftus R ; Cohen P T; Grant R M.** HIV RNA and CD4 cell count response to protease inhibitor

therapy in an urban AIDS clinic: response to both initial and salvage therapy AIDS, 1999; 13: 35-43.

21. **Launay O; Joly V; Yeni P.** Place des Inhibiteurs non nucléosidiques de la transcriptase inverse dans la stratégie thérapeutique antirétrovirale Lettre infectiol 1998 ; 8 : 6-8.
22. **Chirac P.** Médecins sans frontière Les enjeux économiques et réglementaires de l'accès aux antirétroviraux Transcriptasé, hiver 2001 ; 6 : 34-38.
23. **OMS/ONUSIDA.** Module d'information module n° 1 : présentation des traitements antirétroviraux Genève, 1998.12.
24. **Katzstein D A ; Hammer S M ; Hughes M D ; Gundacker H ; Jackson F B ; Fiscus S ; Rasheed S ; Elbeik T ; Reichman R ; Japour A ; Merigan T C ; Hirsch M S.** The relation and immunology markers to clinical outcomes after nucleoside therapy in HIV-infection adults with 200 to 500 CD4 cells per cubic millimetre N Engl J Med 1996; 335: 1091-1098.
25. **Hirsch M S; Conway B; D'Aguila R T; Johnson V A; Brun-Vesinet F; Clotet B; Demeter L M; Hammer S M; Jacobson D M; Kuritzkes D R; Loveday C; Mellors J W; Vella S; Richman D.** Antiretroviral drug resistance testing in HIV infection of adults: implications of clinical management JAMA 279 (1998) 1984-91
26. **Guedj R.** Mode d'action des inhibiteurs nucléotidiques de la transcriptase inverse du VIH. Virologie, mars 1999 ; Spécial 3 :17-27
27. **Molina J M ; Yeni P.** Comment utiliser les antirétroviraux disponibles médecine thérapeutique. In infection par le VIH, 01/1999, (5), hors série(1) :1-58.

28. Dolin R; Masur H; Saag M S. Aids therapy Churchill-Livingston Philadelphie, 1999.
29. Centre national d'information sur le médicament hospitalier Antirétroviraux dans le SIDA. Dossiers du CNIMH 12, 1996 ; 2-3 : 52-153.
30. Gimenez F ; Brazier M ; Calop J ; Dine T ; Tchiakpe L. Pharmacie et thérapeutique. Edition n°000300 Paris Masson, 2000 ; 1065.
31. Katlama C ; Tubliana R. Les traitements Antirétroviraux : bilan des stratégies et indications thérapeutiques 2000 : 23-37.
32. Kohl N E ; Emini E A ; Schleif W A et al. Active human immunodeficiency virus protease is required for viral infectivity. Proc Natl Acad Sci 1988; 85: 4686-4691.
33. Wainberg M A; Drosopoulos W C; Salomon H et al. Enhanced fidelity, of 3TC-selected mutant HIV-1 reverse transcriptase Science 1996; 271:1282-5.
34. OMS/ONUSIDA. Journée de réflexion sur l'IMAARV Sommaire livret participant Bamako 5 Janvier 2004.
35. Minta D ; Maiga M Y ; Traoré H A. Initiative Malienne d'accès aux Antirétroviraux. In Mali Médical 2002 Tome XV11 °3 et 4 ; 63-4.
36. IMAARV ; Initiative Malienne d'Accès aux Antirétroviraux, Plan d'action, Atelier, Bamako 2001.
37. Gorée : suivi de la dispensation des ARV au service des maladies infectieuses et tropicales du CHU de Treichville d'octobre 1998 à décembre 2002. Thèse, Pharmacie, Abidjan, 2001.

38. **ONUSIDA/OMS: Report on the HIV/AIDS epidemic. December 2001.**
39. **Kibangou N ; Tran Minht Manku M ; Bakala N ; Perrier CH ; Gentilini M. Bilan de 6 mois de trithérapie au Congo. In Acces to care 13th ICASA Nairobi September 21st 26th, 2003. [Abstract 833805].**
40. **Keita J: le circuit d'approvisionnement des ARV et les problèmes liés à leur utilisation à l'hôpital Gabriel Touré; Thèse Pharmacie, Bamako, 2004.**
41. **Bissagnene E ; Eholie S ; Tanon A. Evaluation du traitement antirétroviral chez les patients à Abidjan. In CISMA Burkina December 10th 13th, 2001. [10DT3 6].**
42. **Gherardi R ; Authier FJ. Atteintes musculaire. in Mrejen S. Mouligner A. eds. Atteintes neurologiques et infections par le VIH Paris : Flammarion Médecine Sciences 200 :144 8.**
43. **Toure S ; Anglaret X ; Seyler C. Survival and morbidity in HIV+ Adults receiving ARV therapy, Abidjan. In Acces to care 13th ICASA Nairobi September 21st - 26th, 2003. [Abstract756828].**
44. **Saves M; chen G; Dellamonica P; Lassalle R; Leport C; Capeau J et al. Incidence of lipodystrophy and glucose and lipid abnormalities during the follow up of a cohort of HIN invected patients startes on a protease inhibitor(PI) cotaining regiment 9th conference on Retroviruses and opportunistic Infections, 2002 poster Session 90, 682T.**
45. **Enquête Démographique et de Santé du Mali 2006 (EDSM IV MALI) RAPPORT FINAL 2006**
46. **Plan Stratégique National de Surveillance Intégrée des Maladies transmissibles....doc. MS]**

47. **Carrieri M.P. ; Cailleton V. ; Le Moing V. ; Spire B. ; Dellamonica P. ; Bouvet E. ; Raffi F. ; Journot V. ; Moatti J.P.** L'observance au traitement de type HAART : résultats de la cohorte nationale. **APROCO**. Journal of Acquired Immune Deficiency Syndrome, 2001, 28 : 232-239

48. **Zenyk M, Cheroux édition 2000**

Epidémiologie : principes, techniques et applications.

Annexes

et

Résumé

LOCALISATION ET RESUME DE LA THESE

TITRE : « Etude des Facteurs Socio-économiques et médicaux influant l'observance du traitement du VIH/SIDA au CESAC, CHU de Gabriel Touré et au CHU du Point G ».

NOM : SALL

PRENOM : BA DJIBRIL

Année universitaire : 2008-2009

Lieu de dépôt : bibliothèque de la FMPOS

Secteur d'intérêt : Département d'étude et de Recherche pour la Santé Publique

Adresse électronique : badjibril_s@yahoo.fr

RESUME

L'observance du traitement au VIH/SIDA est un phénomène dépendant de la sommation, des conditions de vie du patient, ses habitudes, de ses moyens personnels ; aux perceptions du médecin et de l'environnement médical.

Nous avons mené une étude transversale avec collecte prospective des données de janvier 2008 à juin 2008.

L'étude avait porté sur 1050 patients vivant avec le VIH sous ARV suivis dans les trois centres d'étude, CESAC, CHU du Point G, CHU de Gabriel Touré.

- En outre il apparaît clair une **féménisation** de la pandémie, et le faible niveau de scolarisation surtout chez les femmes
- Près de la moitié des patients ont ressenti des **difficultés financières** et cela a fortement influé sur leur traitement, près de la moitié d'entre eux ont rompu le traitement
- Près de 75 % des patients étaient **observants**
- La moitié de la population estimaient **inaccessibles les sites** par rapport à leur habitat, ceci influant fortement sur leur traitement du fait que ces

patients faisaient de longs trajets par ce qu'ils étaient stigmatisés et ne désiraient pas se faire traiter à proximité de chez eux

- **La stigmatisation** a été très fortement ressentie dans cette étude, elle pousse les patients à traverser des villes entières pour se faire soigner. Ceux qui ont eu à solliciter l'aide d'un ami, parents, etc., étaient de 33,5 %, les patients qui étaient capables de venir avec un parent pour le renouvellement de leur traitement étaient de 25,6 %. Parmi les parents, qui pouvaient venir chercher les traitements à la place des patients sous leurs permissions, étaient d'une proportion de 37,4 %
- Plus d'un tiers des patients estimaient croire à la **tradithérapie**, cependant presque la totalité de ces patients ont interrompu leur traitement
- Le **volet nutritionnel** a été vraiment ressenti chez les patients, la moitié estimaient ne pas manger à leur faim et cette moitié avait rompu leur traitement
- Les **analphabètes** représentent 35 % de population générale
- Près de 75 % des patients estimaient avoir une bonne **appréciation du personnel médical**
- **Croyance à la continuité du traitement** : seulement 8,6 % des patients ne croyaient pas à la continuité du traitement.

Mots clés : facteurs socio-économiques, facteurs médicaux, traitement, observance

LOCALIZATION AND SUMMARY OF THE THESIS

TITLE: Study of the Socio-economic and medical factors influencing the observance of the treatment of HIV/AIDS at CESAC, CHU de Gabriel Touré and CHU du Point G

Last name: SALL

First name: BA DJIBRIL

School year: 2008-2009

Deposit place: bibliothèque de la FMPOS

Sector of interest: Department of studies and research on Public Health

E-mail: badjibril_s@yahoo.fr

Summary

The observance of the treatment of HIV/AIDS is a phenomenon which depends on the summation, living conditions of the patient, his habits, his personnel means, perceptions of his doctor and medical environment.

We led a cross-sectional study with prospective collection of data from January 2008 to June 2008.

The study was related to 1050 patients living with the HIV under ARV treatment in the three centers of the study: CESAC, CHU du Point G, CHU de Gabriel Touré.

- Moreover it appears clearly that there is a **feminization** of the pandemia, and the low level of schooling especially among women
- About half of the patients had **financial problems** and that strongly influenced their treatment, about half of them stopped the treatment
- Nearly 75% of the patients were **observant**
- Half of the population considered the **sites to be inaccessible** in relation to their habitat, this strongly influenced their treatment owing to the fact that

these patients traveled long ways because they were stigmatized and did not wish to be treated near on their premises

- **Stigmatization** was very strongly perceived in this study, it pushes patients to cross the entire town to get treatment. Those who had to request the assistance of a friend, parents, etc, were about 33,5%, the patients who were able to come with a relative for the renewal of their treatment were about 25,6%. Among the parents, who could come to pick up the treatments in place of the patients with their permissions, were about 37,4%
- More than one third of the patients believed in **traditional therapy**, however, almost the totality of these patients stopped their treatment
- The **nutritional factor** was really felt among patients, about half of them were estimated not to eat enough and they stopped their treatment
- The **illiterates** account for 35% of general population
- Nearly 75% of the patients were estimated to have a good **appreciation of the medical staff**
- Belief in the continuity of the treatment: only 8,6% of the patients did not believe in the continuity of the treatment.

Key words: socio-economic factors, medical factors, treatment, observance

FICHE D'ENQUÊTE

Nous venons vous voir dans le but de recueillir des données, à savoir l'influence des facteurs socio-économiques et culturels dans l'observance du traitement du VIH et du SIDA. Soucieux de vouloir apporter une amélioration sensible à votre traitement, êtes-vous consentant pour cette étude ?

1 - N° fiche : /-----/

2 - Age : /-----/

3 - Ethnie : /-----/

4 - Sexe : /-----/

5 - Profession : /-----/

6 - Résidence : /-----/

7 - Religion : /-----/

8 - Situation matrimoniale : /-----/

9 - Niveau d'étude : primaire /----/ secondaire /----/ supérieur /-----/

10 - Avez-vous des Antécédents Médicaux à une maladie chronique ? :

- Diabète : /-----/

- Hypertension : /-----/

- Autres : /-----/

- Quel type de Médicament prenez-vous ? /-----/

- Combien de Médicaments prenez-vous ? /-----/

11 - Depuis combien de temps êtes-vous sous ARV ? /-----/

12 - Quel est votre type de VIH ? Type VIH1 /----/ ou Type VIH 2 /-----/

13 - Que pensez-vous des ARV ?

 - Les trouvez-vous efficaces : Oui /-----/ Non /-----/

- Si oui en quoi sont-ils efficaces ?

14 - Votre état s'est-il amélioré sous ARV ? Oui/-----/ Non /-----/

15 - Quel est le nombre de comprimés que vous devez prendre pour chaque médicament ?

16 - Quels sont les horaires de prise de vos médicaments?

17 - Quel est le médicament ARV que vous avez le plus tendance à ne pas prendre ?

18 - Vous est-il arrivé d'interrompre votre traitement ARV ?

Oui/---/

Non/---/

19 - Combien de temps a duré cette interruption du traitement sur l'année ?

- < 1mois /---/ - ne sais pas /---/

- 1 à 3 mois /---/

- plus de 3 mois /---/

20 - Existe-t-il une ou des raisons à cette interruption de votre traitement ?

Oui /-----/ Non /-----/

Si oui peut-on savoir le ou lesquels ?

La stigmatisation :

-Venez-vous avec un parent pour le renouvellement de votre médicament ?

Oui /-----/ Non /-----/

-Un parent peut-il venir chercher vos médicaments ? /-----/

- Avez-vous eu à solliciter l'aide d'un vos parents, ami, pour qu'il vienne chercher vos médicaments ?

Oui /-----/ Non /-----/

La Pauvreté :

Vous est-il facile d'accéder à vos traitements Oui /----/ Non /-----/

Si non :

Accessibilité financière ? /-----/ Géographique ? /-----/

21 - Mangez-vous à votre faim ? Oui /-----/ Non /-----/

22 - Croyez-vous qu'il est nécessaire d'associer les ARV à la tradithérapie ?

Oui /----/ Non /-----/

23 - Que pensez-vous de la Tradithérapie par rapport aux ARV :-----

- Croyez-vous qu'il serait important de continuer le traitement ?

Oui /-----/ Non /-----/

- Si Oui, Pourquoi ?

24 - Disponibilité : ARV sur les différents sites

Accès aux ARV : Facile /----/ Difficile /----/ Pénible /----/

25 - Avez-vous eu des effets secondaires dans le passé ayant motivé l'arrêt du traitement ?

Oui /----/ non /----/

26 - Qu'avez-vous fait lorsque vous avez eu les effets secondaires ?

27 - Comment trouvez-vous le Personnel médical ?

Bon /----/ Moins bon /----/ mauvais /----/ Très mauvais /----/

28 - Sont-ils accueillants ? : Oui /-----/ Non /-----/

29 - Attendez-vous longtemps pour avoir vos Médicaments ? :

Oui /----/ Non /----/

- Si Oui, Pourquoi ?

Liste des Figures

Figure 1 : Génome viral.....	9
Figure 2 : Cycle de réplication.....	10
Figure 3 : Évolution de l'infection par le VIH.....	13
Figure 4 : Evolution de quelques paramètres lors de l'infection.....	18
Figure 5 : Cartographique du Mali.....	43
Figure 6 : Répartition de l'ensemble des patients selon l'âge.....	51
Figure 7 ; Répartition de l'ensemble des patients selon le sexe.....	52
Figure 8 : Répartition des patients selon la croyance au traitement ARV par centre.....	56
Figure 9 : Répartition de l'ensemble des patients selon le type de VIH.....	57
Figure 10 : Répartition des patients selon l'interruption du traitement.....	63
Figure 11 : Répartition des patients selon les motifs d'interruption.....	64
Figure 12 : Répartition des patients selon les motifs d'interruption et le sexe.....	66

Liste des Tableaux

Tableau I : Répartition des patients selon l'âge et le centre.....	51
Tableau II : Répartition des patients selon le sexe et par site.....	52
Tableau III : Répartition des patients selon l'ethnie.....	52
Tableau IV : Répartition des patients selon la profession.....	Erreur ! Signet non défini.
Tableau V : Répartition des patients selon la résidence et par centre.....	53
Tableau VI : Répartition des patients selon la situation matrimoniale et par site.....	54
Tableau VII : Répartition des patients selon le niveau d'instruction.....	54
Tableau VIII : Répartition des patients selon les antécédents médicaux.....	56
Tableau IX : Répartition des patients selon le type de VIH.....	57
Tableau X : Répartition des patients selon le nombre de comprimés pris quotidiennement et par centre.....	58
Tableau XI : Répartition des patients selon la durée du traitement ARV.....	58
Tableau XII : Répartition des patients selon leur appréciation de l'accueil du personnel..	Erreur ! Signet non défini.
Tableau XIII : Répartition des patients selon leur appréciation liée à la compétence du personnel.....	59
Tableau XIV : Répartition des patients selon leur appréciation du temps d'attente.....	60
Tableau XV : Répartition des patients selon l'observance du traitement et le site.....	60
Tableau XVI : Répartition des patients selon leur avis sur la disponibilité des produits et par centre.....	60
Tableau XVII : Répartition des patients selon leur avis sur l'accès aux produits et par site	Erreur ! Signet non défini.
Tableau XVIII : Répartition des patients selon la notion d'interruption du traitement.....	61
Tableau XIX : Répartition des patients selon les raisons de l'interruption.....	61
Tableau XX : Répartition de la notion d'interruption du traitement selon le sexe et par centre.	Erreur ! Signet non défini.
Tableau XXI : Répartition des patients selon la durée de rupture du traitement ARV.....	63
Tableau XXII : Répartition des patients selon l'assistance apportée par les un tiers.....	65
Tableau XXIII : Répartition des patients selon les raisons d'interruption et par sexe.....	Erreur ! Signet non défini.
Tableau XXIV : Répartition des patients selon leur accessibilité financière à accéder au site pour prise en charge.....	Erreur ! Signet non défini.
Tableau XXV : Répartition des patients selon le niveau économique.....	67
Tableau XXVI : Répartition des patients selon l'accessibilité géographique.....	Erreur ! Signet non défini.
Tableau XXVII : Répartition des patients selon l'état nutritionnel de rupture de traitement.....	67
Tableau XXVIII : Répartition des patients selon l'accessibilité aux produits et la notion de rupture de traitement.....	68
Tableau XXIX : Répartition des patients selon la disponibilité des produits et la notion de rupture de traitement.....	68
Tableau XXX : Répartition des patients selon la croyance à la continuité du traitement et la notion de rupture de traitement.....	68
Tableau XXXI : Répartition des patients selon la profession et la notion de rupture de traitement.....	69
Tableau XXXII : Répartition des patients selon leur appréciation de la disponibilité des ARV et la notion de rupture de traitement.....	70
Tableau XXXIII : Répartition des patients selon l'état nutritionnel et la notion de rupture de traitement.....	70
Tableau XXXIV : Répartition des patients selon leur croyance à l'efficacité du traitement et la notion de rupture de traitement.....	70
Tableau XXXV : Répartition des patients selon les notions de stigmatisation et de rupture de traitement.....	71