

Observance au traitement ARV chez les PVVIH adultes suivies à l'unité de soins d'accompagnement et de conseils au centre de santé de référence de la commune VI du district de Bamako

MINISTERE DE L'ENSEIGNEMENT REPUBLIQUE DU MALI

SUPERIEUR ET DE LA RECHERCHE UN PEUPLE - UN BUT - UNE FOI

SCIENTIFIQUE

Université des Sciences, des Techniques

et des Technologies de Bamako

Faculté de Médecine et d'Odonto-Stomatologie (FMOS)

Année universitaire : 2013- 2014

Thèse N °...../M

THESE

**OBSERVANCE AUX TRAITEMENTS ANTIRETROVIRAUX
CHEZ LES PATIENTS ADULTES VIVANT AVEC LE VIH
SUIVIS A L'UNITE DE SOINS D'ACCOMPAGNEMENT ET
DE CONSEILS DU CENTRE DE SANTE DE REFERENCE DE
LA COMMUNE VI DU DISTRICT DE BAMAKO**

le jury de la Faculté de Médecine et d'Odonto-Stomatologie.

Par Mr. Moumine DIALLO

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

(Diplôme d'Etat)

JURY :

Président : Pr Saharè FONGORO

Membre : Dr Jean Paul DEMBELE

Codirecteur : Dr Lassina TRAORE

Directeur de thèse : Pr Soukalo DAO

Au nom d'ALLAH, le TOUT MISERICORDIEUX, le TRÈS MISERICORDIEUX.

«GLOIRE à TOI ! Nous n'avons de savoir que ce que Tu nous as appris. Certes c'est Toi l'Omniscient, le Sage».

Louange et Gloire à ALLAH le Tout Puissant qui m'a permis de mener à bien ce travail et de voir ce jour que j'attendais tant.

Je dédie ce travail à Dieu, le Clément et Miséricordieux pour sa grâce.

Puisse Allah le Tout Puissant m'éclairer de sa lumière divine amen !

DIEU

Donne à mes yeux la lumière pour voir ceux qui ont besoin de soins ;

Donne à mon cœur la compassion et la compréhension ;

Donne à mes mains l'habileté et la tendresse ;

Donne à mes oreilles la patience d'écouter ;

Donne à mes lèvres les mots qui réconfortent ;

Donne à mon esprit le désir de partager ;

Donne – moi Allah, le courage d'accomplir ce travail ardu et fait que j'apporte un peu de joie dans la vie de ceux qui souffrent.

Amen !

A MA MERE :KONE Mah

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

A mon père :DIALLO Seydou Monzon

Tu m'as bien conduit sur le chemin de l'école et faire de moi ce que je suis aujourd'hui. Je suis très content que tu sois là. J'apprécie la valeur de tes efforts ; la justesse de ton éducation et la précocité de tes conseils ; homme de vertu, tu resteras pour moi un exemple à suivre. En tant qu'enseignanttu m'as toujours montré que seul le travail paye, que la loyauté envers les autres est indispensable et que le mensonge est un grand défaut et un péché.

Grâce à toi, j'ai appris le sens de l'honneur, la dignité, la tolérance, la probité, le respect de soi et des autres, la rigueur, la loyauté, je resterai toujours un enfant digne de toi et je me souviendrai toujours de tes sages conseils. Cher père, trouve ici l'expression de ma grande affection et de ma profonde reconnaissance. Merci BA ! Puisse Allah, le tout puissant t'accorder longue vie dans la paix et dans le bonheur auprès de nous Amen !

A ma fiancée Fatoumata DIALLO dite Fati

Les mots n'auront que peu de valeur pour exprimer toutes mes pensées pour toi. Tu as su me comprendre, m'aider et être patient tout au long de l'accomplissement de mes études. Tu as toujours été pour moi plusqu'une femme, un guide et un confident. Trouve ici l'expression de ma tendre affection, de mon indéfectible attachement et de ma reconnaissance. Ce travail est latienne. Sois en remercié !

A mon tonton et tuteur :KONE Karim

Pour la lourde responsabilité que tu as voulu bien assumer à mon égard. Trouve dans ce travail toute ma profonde reconnaissance

A mon tonton :Mathieu KONE

Les mots n'exprimeront pas assez ce que j'éprouve en ce jour solennel pour te témoigner de toute ma gratitude. Ton soutien sans faille et ton amour ne m'ont jamais fait défaut. Tu n'as épargné aucun sacrifice pour m'offrir le meilleur qui soit. Ton sens élevé de la famille et ton amour pour les enfants d'autrui font de toi un père exemplaire. Tu es le meilleur oncle du monde. Puisse Dieu t'accorder santé et longévité.

A mes oncles et tantes :

Les mots me manquent pour vous remercier car depuis mon enfance jusqu'à maintenant, vous êtes un soutien et un guide pour moi. Vos soutiens moraux et financiers ont été d'immense service pour moi. Recevez-ici toute ma sympathie.

A mes frères et soeurs : DIALLO Youssouf ,DIALLO Garba ,DIALLO Nouhoum, DIALLO Salimata et DIALLO Moussokoura.

Vous m'avez soutenu moralement pendant les moments les plus difficiles de ma formation et vos conseils n'ont jamais fait défaut. Ce travail me permet de vous réitérer mon amour et aussi l'occasion pour moi de vous rappeler que la grandeur d'une famille ne vaut que par son unité. Recevez-ici l'expression de ma profonde gratitude.

A mes compagnons de lutte de la colline de Sabalibougou :

Malgré nos différends nous avons tous été animé de quelques choses plus forte que nous qui est l'amitié, prônée dès la socialisation de l'être humain . Cette amitié a su bravé et a survécu à l'épreuve du temps.

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

In memorium

A vous : grands parents, oncles, tantes, frères, sœurs et amis qui êtes absents en ce moment ci, je vous souhaite d'être bien accueillis dans le royaume de Dieu. Dormez en paix.

REMERCIEMENTS

A la famille DIALLO Monzon Blendio, KONE Moitié djineni, Issa KONE, DIALLO Bourama Mama, NADIE, KEBE à Niéna, Guediouma THIERO à Yirimadio, Mamadou DIALLO Niamakoro et Feu Babelé DIALLO Sikasso

Merci pour votre attention et vos soutiens constants.

A tous mes Maîtres de la Faculté de Médecine, de Pharmacie et d'Odontostomatologie de Bamako.

Pour la qualité des conseils que vous nous avez prodigués tout au long de notre formation et les enseignements reçus.

Très honorable : Docteur TRAORE Boubacar :

Consacrer la majorité de son temps pour les corrections n'est pas une chose facile. Cela dénote d'une volonté absolue d'aider les autres. Permettez cher maître de vous exprimer toute ma reconnaissance et mon attachement indéfectible à votre personne. Puisse Dieu récompenser en bien tous les efforts que vous ne cessez de déployer pour les autres sans attendre une contrepartie.

Au Docteur Jean paul DEMBELE : votre qualité humaine et votre goût pour le travail bien fait font de vous un espoir certain pour le Mali. Je vous souhaite une très bonne carrière professionnelle.

A Dr DIARRA Mahmoud: pharmacien usa commune 6 : Je ne sais pas comment vous remercier pour tout ce que vous avez fait pour moi pendant ma présence à la pharmacie de l'USAC. Que le Tout Puissant vous protège et vous accorde une longue vie couronnée de santé et de bonheur.

A Dr Lassana TRAORE : coordinateur de l'USAC commune 6 :

Vous êtes un chef exemplaire, modeste, simple et courageux. Les mots me manquent pour vous remercier de l'hospitalité que j'ai reçue dans votre service. Votre disponibilité, votre rigueur à travers une facilité de transmission de votre savoir, mais surtout votre souci constant pour le travail bien fait font de vous un grand maître admiré de tous. Ces quelques temps passés à vos côtés en témoignent et nous tenons à vous gratifier pour tout l'enseignement scientifique et social dont nous avons pu bénéficier à travers votre riche expérience. Que Dieu vous accorde une

longue vie afin que beaucoup d'autres étudiants puissent bénéficier de votre enseignement jugé remarquable.

Aux gynécologues du centre de santé de référence de la CVI :DR SAMAKE Alou, DRKAYENTAO Abdou Baber,DRKEITA Mamadou et DR Aminata CISSE:

vos disponibilité, votre rigueur à travers une facilité de transmission de votre savoir, mais surtout votre souci constant pour le travail bien fait font de vous des grands maîtres admirés de tous. Ces quelques temps passés à vos côtés en témoignent et nous tenons à vous remercier pour tout l'enseignement scientifique et social dont nous avons pu bénéficier à travers votre riche expérience. Que Dieu vous accorde une longue vie afin que beaucoup d'autres étudiants puissent bénéficier de votre enseignement jugé remarquable.

A Dr Zakaria TRAORE et le personnel du cabinet sabunyuma de Niena : Je ne sais pas comment vous remercier pour tout ce que vous avez fait pour moi pendant ma présence au cabinet sabunyuma de Niena. Que le Tout Puissant vous protège et vous accorde une longue vie couronnée de santé et de bonheur.

A DR SYLLA pharmacien du CSREF :

Vous avez laissé vos occupations pour m'aider à réaliser ce travail. Toute ma reconnaissance.

A tous le personnel de l'USAC

A tous les jeunes médecins du service particulièrement : Dr. SANOGO Daouda, Dr. KONATE Issa, Dr. KOINA Djianguinè, SAMAKE Issa, Dr. TRAORE Mariam DANIOKO, Dr. DOUMBIA Fatoumata TRAORE, Dr .KONATE Lassine,Dr. COULIBALY Boubacar Dr. DEMBELE Aïchata,Dr Nantenin K DIAKITE et Dr Sory SATAO.

A Dr Coulibaly Abdoulaye et tous le personnel de l'ANIASCO

A mes amis de la FMOS :Cheick O BERE ,Alain R CISSOUMA,Chaka N TRAORE,Mamady KAMISSOKO,Ibrahim COULIBALY ,Moussa FOMBA.

Je n'ai jamais douté de votre amitié, j'ai appris à vous connaître et à vivre avec vous malgré nos divergences et la galère de l'internat ; Sept années durant nous sommes côtoyés comme des frères et sœurs. Votre compréhension, votre disponibilité, vos encouragements,

vosre attention, vosre soutien moral et matériel constants n'ont pas été vains. Je profite de cette occasion solennelle pour saluer vos efforts ; je vous dis courage et merci !

A tous les thésards du CS Réf de la commune VI particulièrement :

Adama DIAKITE, Noumory DIAKITE, Moussa GORO, Mamady KAMISSOKO, Abdoulaye KANANBAYE , Djeneba COULIBALY.

Merci de vos soutiens et conseils. Ce travail est le vôtre.

A tous le personnel de l'USAC.

A tous étudiants résortissants de ganadougou et sympathisants

A toutes les infirmières et sages-femmes du CS Réf de la commune VI :

Merci de vos soutiens moraux et encouragements, ce travail est le vôtre. Puisse Dieu nous prêter longue vie et consolider notre fraternité.

A tous les étudiants de la FMPOS : Courage et abnégation.

A la promotion 2005 -2012 de la FMPOS : Merci pour les merveilleuses années passées ensemble.

A toutes les personnes vivant avec le VIH :

Ne désespérez surtout pas car votre combat est un motif d'espoir pour tout le monde aussi bien dans la lutte contre cette pandémie que dans la réalisation d'autres succès pour la vie.

ABREVIATIONS

ABC : Abacavir

ADN : Acide désoxyribonucléique

ALAT : Alanine aminotransférase

APV : Amprénavir

ARN : Acide ribonucléique

ARV : Antirétroviraux

ATV : Atazanavir

AZT: Azidothymidine

(AZT +3TC) : Zidovudine + lamivudine en une molécule fixe

CCR 5 : Récepteur de bêta chémokine

CDC: Centers of Diseases Control and Prevention

CERKES : Centre de Référence Kéné Dougou Solidarité

CSREF : centre de santé de référence

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

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

USAC : Unité de soins d'Accompagnement et conseil

CMV : Cytomégalovirus

CP : Comprimé

CPK : Créatinine phosphokinase

CV: Charge virale

CYP 450 : Cytochrome P450

DDC : Zalcitabine

DDI : Didanosine

EFV : Efavirenz

ES : Effet secondaire

FTC : Emtricitabine

GP : Glycoprotéine

IDV : Indinavir

IMAARV : Initiative malienne d'accès aux antirétroviraux

IM : Intramusculaire

INTI : Inhibiteurs nucléosidiques de la transcriptase inverse

INNTI : Inhibiteurs non nucléosidiques de la transcriptase inverse

IP : Inhibiteurs de protéase

IST : Infection sexuellement transmissible

IV : Intraveineuse

LCR : Liquide céphalo-rachidien

NVP : Névirapine

OMS : Organisation mondiale de la santé

ONU : Organisation des nations Unies

PDV : Perdu de vue

HCNLS : Haut Conseil National de Lutte contre le Sida

PTME : Prévention de la transmission mère enfant du VIH

RTV : Ritonavir

SIDA : Syndrome d'immuno déficience acquise

SQV : Saquinavir

3TC : Lamivudine

TCD4 : Les classes de différenciation T4

TDF:Tenofovir

VIH : Virus de l'immunodéficience humaine

ONUSIDA :l'organisation des nations unis contre le sida

SOMMAIRE

I-1INTRODUCTION.....	1
I-2OBJECTIFS.....	2
II-GENERALITES.....	3-21
A- Infection à VIH	
1-Définition	
2-Agents pathogènes	
3-Modes de contaminations	
4-Facteurs favorisants	
5-Prévalence/Incidence	
6-Physiopathologie	
7-Diagnostic clinique	
8-Algorithmme du diagnostic biologique au Mali	
9-Traitement antirétroviral au Mali	
- Indications	
- Protocoles	
B- Observance du traitement antiretroviral	
1-Définition	
2- Mesure de l'observance	
3-Consequence de l'observance	
III-PATIENTS ET METHODE.....	22-31
IV-RESULTATS.....	32-39
V-COMMANTAIRES ET DISCUSSION.....	40-42
VI-CONCLUSION.....	43
VII-RECOMMANDATIONS.....	44-45
VIII-REFERENCES	46-47
IX-ANNEXES.....	48-53

LES TABLEAUX ET FIGURES

TABLEAUX :

<u>TABLEAU I</u> : Les alternatives de seconde ligne possibles en fonction des schémas utilisés en première ligne et en cas de contre-indication ou de toxicité de l'une des molécules du schéma préférentiel.....	17
<u>TABLEAU II</u> : Ressources Humaines du CSRéf/CVI.....	26-27
<u>TABLEAU III</u> : Répartition des patients selon l'âge.....	32
<u>TABLEAU IV</u> : Répartition des patients selon le sexe.....	33
<u>TABLEAU V</u> : Répartition des patients selon la résidence.....	33
<u>TABLEAU VI</u> : Répartition des patients selon le statut matrimonial.....	34
<u>TABLEAU VII</u> : Répartition des patients selon la profession.....	34
<u>TABLEAU VIII</u> : Répartition des patients selon la durée du traitement.....	36
<u>TABLEAU IX</u> : Relation entre observance et l'age.....	37
<u>TABLEAU X</u> : Relation entre observance et la résidence.....	38
<u>TABLEAU XI</u> : Relation entre observance et lesituation matrimoniale.....	39
<u>TABLEAU XII</u> : Répartition des patients selon le motif d'inobservance.....	39

FIGURES :

FIGURE I : Schéma organisationnel du VIH.....	4
FIGURE II : Cycle de réplication du VIH.....	8
FIGURE III : Cadre sanitaire de la commune VI.....	28
FIGURE IV : Diagramme de Gantt.....	31
FIGURE V : Diagramme de flux 2013.....	32
FIGURE VI : Répartition des patients selon le type de VIH.....	35
FIGURE VII : Répartition des patients selon les classes thérapeutiques.....	35
FIGURE VIII : Répartition des patients selon l'observance.....	36

I-INTRODUCTION

Le dernier rapport de l'organisation des nations unies contre le sida(ONUSIDA) fait état de 33,3 millions le nombre de personnes infectées par le virus de l'immunodéficience humaine(VIH) dans le monde. L'Afrique qui n'abrite que 9% de la population mondiale, concentre près de 68% de PVVIH [1]. Au Mali, la séroprévalence de l'infection à VIH est de 1,1% [2].

Le traitement antirétroviral constitue pour l'heure l'une des principales ripostes de l'infection à VIH.

L'observance dans le traitement de l'infection par le VIH est un enjeu majeur pour la poursuite de l'accès aux antirétroviraux(ARV) dans le monde entier et en Afrique en particulier.

Cette observance entre dans le cadre de multi-thérapies complexes, contraignantes, avec un risque d'effets secondaires important et durant plusieurs années est un défi. Néanmoins, elle est absolument nécessaire si on veut préserver l'efficacité des médicaments actuels et à venir [3–4].

En ce qui concerne les pays en voie de développement, les quelques études menées à ce sujet ont montré la possibilité d'une bonne observance [5, 6].

Au Mali, l'accès aux ARV a été effectif en 2001 avec la création de l'Initiative Malienne d'Accès aux ARV (IMAARV)[7]. La gratuité des traitements ARV est en cours depuis 2004. Aussi, la décentralisation des sites de prise en charge a permis l'augmentation significative du recrutement des patients.

L'unité de soins d'Animation et de conseil du Centre de santé de référence de la commune VI(USAC CVI) est un centre de prise en charge psychosociale et médicale des personnes vivantes avec le VIH et des malades atteints de SIDA dans la commune VI du district de Bamako.

Après un recul de trois ans révolus de PEC de l'infection à VIH et SIDA,nous nous sommes proposés de nous intéresser à la problématique de l'observance des patients sous traitement ARV.

I-2OBJECTIFS

A-Objectif général :

Etudier l'observance au traitement antirétroviral chez les PVVIH

B-Objectifs spécifiques :

1. Déterminer le profil sociodémographique des patients ;
2. déterminer les protocoles thérapeutiques antirétroviraux ;
3. déterminer le niveau de l'observance ;
4. Identifier les facteurs de l'inobservance.

II-GENERALITES

A- Infections à VIH

1. Définition :

De la famille des rétrovirus et de la sous famille des lentivirus, le VIH est l'agent causal du SIDA ; auparavant LAV/HTLV3 isolé pour la première fois par Françoise BARRE SINOSSI et collaborateurs de l'équipe de Luc Montagnier en 1982 à l'institut Pasteur en 1983 ; et par la suite aux Etats Unis en 1984. (8)

Il s'agit d'un virus à acide ribonucléique (ARN). Sur la base de critères de pathogénicité, on distingue trois sous familles:

- Les oncovirus (HTLV1, HTLV2) dont la propriété est d'immortaliser leurs cellules cibles, les lymphocytes T.
- Les lentivirus (VIH1, VIH2) dont la propriété est de détruire certains lymphocytes.
- Les spasmovirus ce sont des virus "non pathogènes». Ils provoquent des infections inapparentes chez la cellule hôte(9).

2. Agents pathogènes(9)

Le VIH fait partie de la famille des rétrovirus [15]. Il possède un génome sous forme d'ARN contenu dans une capsidie protéique elle-même entourée par une enveloppe formée d'une membrane lipidique.

➤ Type :

On distingue actuellement deux types de VIH :

Le VIH1 et le VIH2. Ces deux virus sont très proches (42% d'homologie au niveau de leur génome). Le VIH1 est le plus répandu.

➤ Structure des virus VIH1 et VIH2 :

Ce sont des virus à ARN dimerisés de forme sphérique de 80 nanomètres (nm) de diamètre enveloppés comme les autres rétrovirus. Le VIH possède une enzyme transcriptase inverse lui permettant de transcrire son ARN en ADN pro viral et de l'intégrer à l'ADN du génome des cellules hôtes

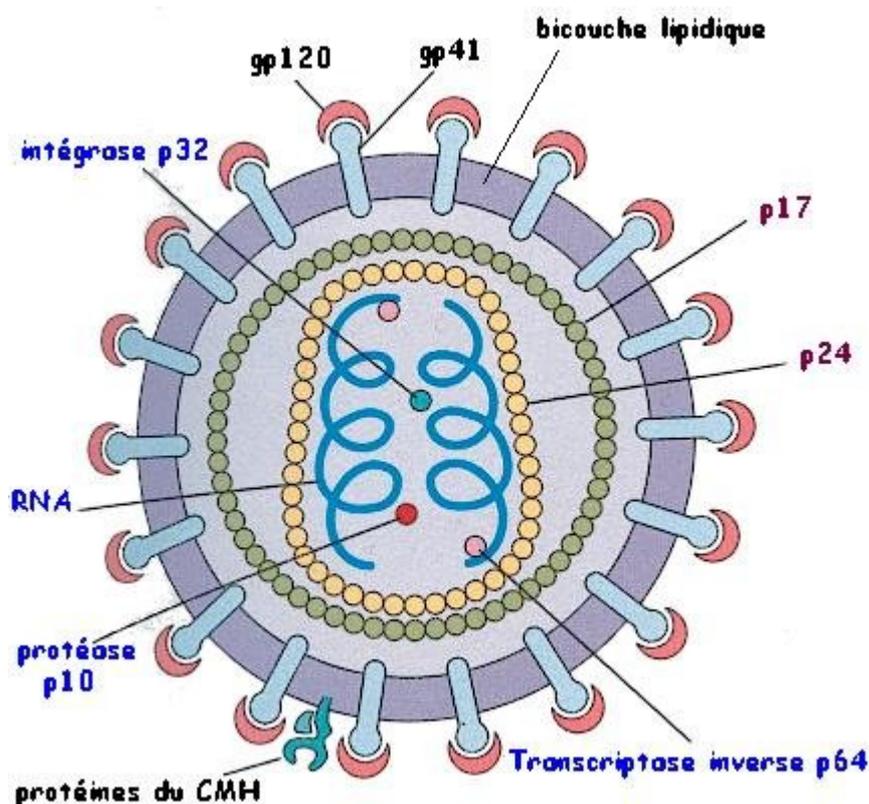


Figure I : Schéma organisationnel du VIH (13)

3. Les modes de contaminations

Les modes de transmission du VIH sont:

- La transmission sexuelle,
- La transmission sanguine et
- La transmission verticale mère – enfant, (à travers le sang, le sperme et sécrétions cervicovaginales, et le lait maternel).

Le facteur déterminant du risque infectieux est la charge virale du produit biologique contaminant.

Celle-ci dépend du stade de la maladie VIH chez le sujet contaminant (charge virale élevée à la phase aiguë et au stade tardif de la maladie en l'absence de traitement efficace).

➤ Transmission sexuelle

La transmission sexuelle du VIH est le mode de contamination le plus fréquent (plus de 90% à l'échelle mondiale). Cette transmission peut se faire lors de rapports hétérosexuels ou homosexuels avec une personne contaminée. Certains facteurs

locaux augmentent le risque : rapport anal réceptif, lésion génitale, saignement. Un seul contact peut suffire.

➤ **Transmission par le sang et ses dérivés**

Le partage de matériel d'injection souillé par du sang contaminé explique l'extension chez les usagers de drogue par voie intraveineuse.

L'ensemble des dons de sang est obligatoirement testé, le risque résiduel est très faible. Les dons d'organes ou de tout produit vivant humain sont également testés.

➤ **Transmission mère- enfant (TME)**

La TME a lieu surtout dans la période périnatale (fin de la grossesse, accouchement et allaitement). Ce risque varie de 15% en Europe à 30-40% en Afrique en absence de mesures prophylactiques et peut décroître jusqu'à 1% en présence de prophylaxie correcte.

La gravité de la maladie chez la mère et sa charge virale plasmatique influence sur le risque de la transmission.

4-Facteurs favorisants(9)

- Les rapports sexuels non protégés
- Le degré d'infectiosité de l'hôte (charge virale) ;
- La menstruation ;
- Les partenaires multiples ;
- Les facteurs culturels (lévirat, soréat, polygamie, perçage d'orteil, tatouillage, excision, circoncision) ;
- La pauvreté ;
- Les facteurs liés au genre (femmes plus exposées biologiquement et économiquement).

5-Prévalence/Incidence(1)

- Au monde en 2010, les personnes atteintes du VIH étaient estimées à 33,3 millions avec 1,8 millions de personnes décédées.
- En Afrique subsaharienne, les personnes atteintes étaient estimées à 22,5 millions avec 1,3 millions de décès.
- Au Mali, 1,3% de la population est séropositive dont Bamako abrite le plus grand taux avec 2% [2]

6. Physiopathologie

➤ Histoire Naturelle : (13)

L'évolution spontanée de l'infection VIH peut être divisée en trois phases :

- la phase aiguë ou primo-infection, qui dure quelques semaines
- la phase chronique, qui dure plusieurs années, caractérisée par une latence clinique mais sans latence virologique
- Et la phase finale symptomatique (phase SIDA), qui dure de quelques mois à quelques d'années.

Durant ces trois phases, il n'y a jamais de latence virale ; et le VIH se réplique activement à un niveau élevé durant la phase aiguë, à un niveau plus faible mais inconnu, principalement dans les organes lymphoïdes, durant la phase chronique, suivie d'une recrudescence de la réplication durant la phase finale.

➤ Réplication :

La réplication du VIH dans l'organisme a lieu dans de nombreux tissus (ganglions lymphatiques, intestin, thymus, cerveau, muscle etc.) et/ou liquides biologiques (sang, liquide broncho alvéolaire etc.), dans lesquels on retrouve les cellules cibles des VIH.

Les principales étapes du cycle de réplication du VIH sont communes à tous les rétrovirus [14].

Etape A : fixation.

La gp120 se fixe au récepteur viral qui est la molécule CD4.

- la molécule CD4 caractérise les lymphocytes T Auxiliaires (les Lymphocytes Th ou CD4⁺).
- elle est également présente sur les macrophages, les cellules dendritiques des ganglions, de la rate et de l'épiderme (les cellules de Langerhans) ainsi que sur les cellules micro gliales du cerveau (qui sont les macrophages résidents du SNC) [9].

Etape B : transcription (première étape de la synthèse de nouveaux virus).

Correspond à l'adsorption et à la pénétration du virus dans la cellule.

Cette étape nécessite la reconnaissance par l'enveloppe virale (gp 110/120) de molécules, de surface cellulaire appelées récepteurs et corécepteurs du VIH. Le récepteur de haute affinité pour le VIH a été identifié. Il s'agit de la molécule CD4.

Une dizaine de corécepteurs ont été identifiés. Il s'agit notamment des molécules dont la fonction habituelle est de reconnaître des facteurs solubles connus sous le nom de chimiokines (substances chimio attractantes).

Parmi les corécepteurs du VIH, citons les molécules CXCR4 et CCR5 exprimées surtout par les macrophages et les lymphocytes T mémoire.

Etape C : intégration.

Comporte plusieurs phases :

- la synthèse d'ADN pro viral résultant de la copie de l'ARN viral grâce à la transcriptase inverse (RT) au sein d'un complexe de pré intégration.
- l'intégration de l'ADN pro viral au génome de la cellule hôte grâce à l'intégrase virale.

Les étapes suivantes conduisent à l'expression de nouvelles particules virales et dépendent du type et de l'état de la cellule infectée, il s'agit :

Etape D : synthèse.

Qui est la transcription du pro virus en ARN génomique par l'ARN polymérase II de l'hôte : le taux de cette synthèse est contrôlé par les protéines de régulation codées par les gènes tat et rev, cet ARN messager viral migre alors du noyau vers le cytoplasme et est épissé en différents ARN messagers codant pour les protéines de régulation tat, rev et nef.

Etape E : maturation.

Une troisième enzyme, la protéase découpe les protéines virales ainsi synthétisées leur permettant de s'associer à l'ARN pour former de nouvelles particules virales.

Cette enzyme est la cible de la famille des inhibitrices protéases.

Etape F : bourgeonnement.

Les polyprotéines migrent vers la membrane cytoplasmique où elles seront découpées en protéines internes et en enzymes sous l'action de **la protéase virale**.

Ce découpage survient au cours de la maturation qui s'achève **après libération** des particules virales, prêtes à infecter de nouvelles cellules cibles [9].

Chaque étape de la réplication constitue une cible potentielle pour une thérapeutique anti rétrovirale.

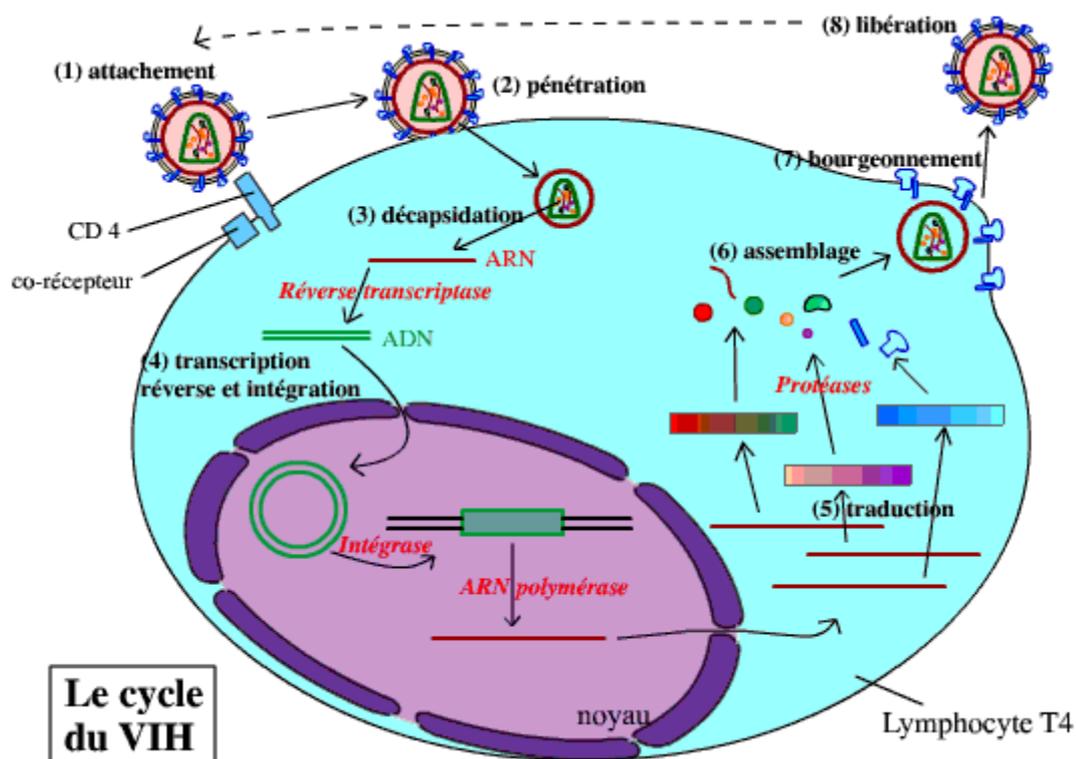


Figure 2 : Cycle de réplication du VIH (17)

7-Diagnostic clinique(9)

L'évolution se fait en trois phases :

- Primo-infection ou phase aiguë : (9)

Après contamination, le VIH se multiplie silencieusement dans l'organisme pendant une dizaine de jours puis survient une virémie contemporaine des éventuelles manifestations cliniques de primo-infection. Elle précède la séroconversion c'est-à-dire l'apparition des anticorps .

Elle survient chez 50% des malades et apparaît entre une et six semaines après la contamination.

Elle se manifeste par : un syndrome pseudo grippal ou mononucléosique, fièvre, céphalées, éruption maculopapuleuse cutanéomuqueuse, paralysie faciale, myalgies adénopathies.

L'évolution dure en moyenne deux semaines .

- **Phase de latence ou phase de lymphadenopathie chronique :**

Elle résulte de l'équilibre entre les CD4 détruits et la compensation en CD4

Les manifestations cliniques se résument à des adénopathies cervicales indolores et isolées.

La multiplication virale continue avec une dégradation progressive des CD4

Elle peut durer de 4 à 15 ans, voire plus.

- **Phase d'apparition des infections opportunistes et des tumeurs phase**

SIDA : Il y a trois grands groupes de symptômes :

- ✓ Les cancers ;
- ✓ Les infections opportunistes ;
- ✓ Les manifestations neurologiques.

L'évolution aboutit à la mort en quelques mois ou années. Les ARV permettent d'inverser cette phase et modifient donc l'histoire naturelle de l'infection à VIH.

8-Algorithmes du diagnostic biologique au Mali (24)

Circulaire 02-1494 MS SG dépistage volontaire VH SIDA

Le Ministère de la santé a entrepris une étude de validation ayant pour but l'adoption d'un algorithme de test rapide pour le test du VIH.

Il s'agissait de :

- déterminer la sensibilité et la spécificité des tests rapides utilisant le sang total ou le sérum dans le contexte malien,
- déterminer la sensibilité et la spécificité des algorithmes de dépistage,
- évaluer les caractéristiques opérationnelles des différents algorithmes de dépistage,
- et identifier des algorithmes appropriés, simples et rapides, utilisables dans les Centres de Conseil et de dépistage volontaires au Mali.

A cet effet, quatre tests ont été choisis selon :

1. leur niveau satisfaisant de sensibilité et de spécificité,
2. leur facilité de conservation,
3. la possibilité d'utiliser le sang complet capillaire,
4. et leurs prix abordables.

Cette étude conduite par l'Institut national de recherche en santé publique (INRSP) et le Center of Diseases Control (Cdc, Atlanta) a abouti à la validation des trois tests suivants : Détermine, Oraquick et Hémastrip.

L'algorithme ci-dessous a été retenu :

- 1°) Pour le dépistage, utiliser le test Détermine ;
- 2°) Pour confirmer le résultat, utiliser le test Oraquick ;
- 3°) Si les tests Détermine et Oraquick donnent des résultats discordants, il convient d'utiliser le test Hemastrip qui est un test de validation de dernière intention.

Ainsi les services de Santé et les Centres de Conseil et de Dépistage Volontaires disposent aujourd'hui d'outils précieux pour le dépistage rapide et efficace du VIH.

9-Traitement antirétroviral au Mali : protocole et indication (18)

9-1-Objectif :

L'objectif du traitement ARV est de rendre la charge virale indétectable et au mieux de restaurer l'immunité, permettant d'augmenter la durée et la qualité de vie des patients.

9-2-Principes :

- ✓ C'est un traitement à vie, qui nécessite une excellente observance de la part des patients et un suivi intensif de la part des personnels soignants.
- ✓ Le traitement antirétroviral est une trithérapie associant généralement deux inhibiteurs nucléosidiques de la transcriptase inverse (INTI) à un inhibiteur non nucléosidique de la transcriptase inverse (INNTI) ou à un inhibiteur de protéase (IP).
- ✓ Les combinaisons thérapeutiques fixes doivent être privilégiées pour favoriser l'observance et diminuer le coût de la prise en charge pour les pays.
- ✓ Les molécules utilisées doivent figurer sur la liste des médicaments essentiels du Mali et seront nécessairement pré-qualifiées par OMS (organisation mondiale de la santé).

9-3-Protocoles thérapeutiques et indications anti rétroviraux chez l'adulte et l'adolescent.(18)

L'indication du traitement sera fonction de l'état clinique, immunologique et/ou virologique du patient (cf. classification OMS révisée¹ en annexe).

Si la numération des lymphocytes TCD4 est disponible,

On se basera sur la clinique et/ou le comptage des lymphocytes TCD4

Stade III ou IV OMS, quelque soit le taux de lymphocytes TCD4

Stade I ou II OMS avec un taux de lymphocytes TCD4 < 350 /mm ³

Pour les patients asymptomatiques ou peu symptomatiques ayant un taux de lymphocytes TCD4 entre 350 et 500/mm³, le traitement sera discuté en fonction de :

- ✓ L'évolutivité clinique
- ✓ La charge virale quand elle est disponible (charge virale supérieure à 100000 copies/ml) à deux contrôles
- ✓ La motivation du patient.
- ✓ Taux de TCD4 < 15% des lymphocytes totaux

Pour les patients asymptomatiques avec des TCD4 entre 350 et 500/mm³ et une charge virale <100.000copies/ml, le traitement n'est pas recommandé et l'on surveillera les lymphocytes TCD4 tous les 3 à 6 mois.

Si la numération des lymphocytes TCD4 n'est pas disponible, on se basera sur la clinique et le taux des lymphocytes totaux.

Stade IV et III de l'OMS quelque soit le taux des lymphocytes totaux
--

Stade II OMS avec un taux des lymphocytes totaux < 1200/mm ³

Les patients asymptomatiques (stade I)
--

Ils ne doivent pas être traités sur la base des lymphocytes totaux.

Est considéré comme schéma de première ligne tout schéma de première intention chez un sujet naïf de tout traitement antirétroviral. Toute substitution en cas d'intolérance par exemple est aussi considérée comme un schéma de première ligne.

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

❖ Schémas de première ligne pour le VIH 1

Il associe deux inhibiteurs nucléosidiques de la transcriptase inverse (INTI) à un inhibiteur non nucléosidique de la transcriptase inverse (INNTI).

Les régimes préférentiels en première intention sont les suivants :

Zidovudine (ZDV, AZT) + Lamivudine (3TC) + Névirapine (NVP)

Zidovudine (ZDV, AZT) + Lamivudine (3TC) + Efavirenz (EFV)

Ténofovir (TDF) + Emtricitabine (FTC) + Efavirenz (EFV)

- Les régimes alternatifs suivants sont possibles
 - Tenofovir (TDF) + Lamivudine (3TC) + Nevirapine (NVP)
 - Abacavir (ABC) + Lamivudine (3TC) + Efavirenz (EFV)
 - Tenofovir (TDF) + Lamivudine (3TC) + Efavirenz (EFV)

Ils seront utilisés en cas de contre-indication ou de toxicité à une ou plusieurs molécules du schéma préférentiel de première ligne. La molécule incriminée sera ainsi remplacée selon les modalités suivantes, en tenant compte de la sévérité de l'effet secondaire :

Remarque :

- La névirapine (NVP) doit être administrée à demi dose (200 mg/jour) pendant les 14 premiers jours de traitement puis en pleine dose (200 mg x 2/jour) par la suite.
- En cas d'arrêt de la névirapine pour une durée excédant 7 jours, sa réintroduction doit toujours se faire à dose progressive.
- Si un traitement contenant un INNTI (longue demi-vie) doit être arrêté, les deux INTI doivent être poursuivis pendant 15 jours. .
- En cas de toxicité hépatique ou dermatologique imputable à la Névirapine, cette molécule est remplacée par l'éfavirenz.
- En cas de troubles neuropsychiatriques graves (hallucination et psychose) imputables à l'éfavirenz cette molécule est remplacée par la Névirapine.
- En cas d'anémie imputable à la zidovudine, cette molécule est remplacée par la Abacavir
- En cas d'anémie et de neuropathies associées utiliser un schéma à base de d'abacavir et ténofovir ou d'abacavir et Lamivudine.
- Ne pas utiliser le ténofovir (TDF) en cas d'insuffisance rénale (IR)

Il faut proscrire les associations suivantes :

- Ténofovir (TDF) + Lamivudine 3TC + Abacavir, TDF+3TC+ ddi, TDF+ddi+INNTI en raison de la fréquence élevée des échecs virologiques précoces et de la toxicité pancréatique
- Abacavir (ABC) + Didanosine (DDI) en raison des risques d'accidents cardiovasculaires (infarctus du myocarde)

Cas particuliers

❖ **Traitement antituberculeux et antirétroviraux**

Il existe des interactions médicamenteuses entre les INNTI ou les IP et la rifampicine. La névirapine (NVP) n'est pas recommandée en raison de son hépatotoxicité additive à celle des antituberculeux.

Si le traitement antirétroviral doit être débuté en même temps que la rifampicine, on donnera désormais l'éfavirenz à la dose de 600 mg.

Zidovudine (AZT) + Lamivudine (3TC) + Efavirenz (EFV)

Ténofovir (TDF) + Emtricitabine (FTC) + Efavirenz (EFV)

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

Taux de TCD4 < 200/mm³ : débuter le traitement anti-tuberculeux ; dès que ce traitement est bien toléré (au bout de 10 à 15 jours), commencer les ARV

Taux de TCD4 compris entre 200 et 350/mm³ : terminer la phase intensive du traitement antituberculeux avant de débuter le traitement par les ARV,

Taux de TCD4 > 350/mm³ : traiter la tuberculose ; commencer les ARV à la fin du traitement antituberculeux.

❖ **En cas de découverte de la tuberculose sous traitement ARV, adapter le traitement :**

- ✓ Si deux INTI + EFV ne pas changer le schéma encours
- ✓ Si deux INTI+ NVP substituer la NVP par EFV ou 3 INTI ou
- ✓ Continuer deux INTI + NVP en renforçant le contrôle des transaminases : J5, J15, M1, M2 et M3.

❖ **En cas de tuberculose chez un patient VIH2 ou une femme enceinte :**

Retarder le début des ARV à la fin de l'utilisation de la rifampicine, si l'état du patient le permet en proscrivant l'utilisation de l'éfavirenz chez la femme enceinte

Utiliser une ligne temporaire composée de 3 INTI : AZT+3TC+ABC, si l'état du patient exige l'initiation rapide du traitement antirétroviral.

❖ **Prise en charge des patients infectés par le VIH 2 ou co-infection VIH 1 - VIH 2 (ou patients infectés par le VIH1 du groupe O)**

Le choix thérapeutique doit exclure les inhibiteurs non nucléosidiques de la transcriptase inverse (éfavirenz, névirapine) qui ne sont pas efficaces sur le virus VIH 2 ou sur le VIH1 de groupe O.

On utilisera les schémas thérapeutiques associant des inhibiteurs nucléosidiques de la transcriptase inverse (INTI) à un inhibiteur de protéase (IP) ou 3 INTI.

Le traitement de première ligne préférentiel est le suivant:

Zidovudine (AZT) + Lamivudine (3TC) + Lopinavir / Ritonavir (LPV/r)

- Les alternatives thérapeutiques en cas de toxicité, d'intolérance ou d'interaction médicamenteuse sont les suivantes:

Zidovudine (AZT) + Lamivudine (3TC) + Indinavir / Ritonavir (IDV/r) Abacavir (ABC) + Lamivudine (3TC) + Indinavir/Ritonavir (IDV/r) Zidovudine (AZT) + Lamivudine (3TC) + Abacavir (ABC)
--

- **Cas des patients ayant déjà reçu un traitement antirétroviral**

Patients ayant interrompu leur traitement antirétroviral

Certains patients qui ont déjà reçu un traitement ARV dans le passé mais l'ont interrompu peuvent se présenter dans les structures de santé.

Un bilan approfondi (histoire thérapeutique, clinique, TCD4, charge virale et si possible test de résistance) sera effectué afin de leur proposer le meilleur traitement en fonction des molécules disponibles.

S'il n'y a pas de suspicion de résistance aux ARV, le traitement initialement reçu pourra être reconduit. S'il y a suspicion de résistance, il faut le considérer comme en échec thérapeutique et proposer un schéma de 2^{ème} ligne.

- **Patients déjà sous traitement avec d'autres régimes ARV**

Les patients observants et traités efficacement par un schéma thérapeutique différent des schémas préférentiels actuels seront maintenus sous cette ligne thérapeutique.

- ✓ Cependant, tous les patients qui étaient au préalable sous un schéma de trithérapie contenant de l'indinavir seul, doivent bénéficier préférentiellement de l'indinavir associé au ritonavir

- ✓ De même, pour tous les patients qui sont sous un schéma contenant la stavudine depuis 24 mois et plus, il faut substituer la stavudine par une autre molécule.

- ❖ **En cas d'hépatites virales**

- **En cas d'hépatite virale B**

En cas d'indication de traitement pour le VIH, il faut privilégier l'association de Ténofovir + Lamivudine ou Emtricitabine dans le schéma thérapeutique.

On privilégiera également l'éfavirenz à la névirapine pour le VIH 1 et lopinavir / ritonavir pour le VIH 2.

- **En cas d'hépatite virale C**

En cas d'indication du traitement pour le VIH, il faudra également éviter la névirapine et référer à un centre spécialisé.

- ❖ **Traitement de 2ème ligne**

Il est indiqué chez un patient en échec thérapeutique documenté

Chez un patient en échec thérapeutique du fait d'une inobservance caractérisée, il faudra reprendre l'éducation thérapeutique du patient et renforcer l'observance avant d'envisager tout changement de ligne thérapeutique.

- **Définition de l'échec thérapeutique**

La documentation d'un échec thérapeutique est basée sur des critères cliniques, immunologiques et virologiques.

- **Echec clinique**

Détérioration clinique avec apparition de nouvelles maladies opportunistes ou récurrence de maladies opportunistes autres que la tuberculose.

Survenue ou récurrence d'une affection du stade OMS III ou IV

Chez les patients sévèrement immunodéprimés, l'apparition de nouveaux signes au cours des 3 premiers mois de traitement ARV ne signifie pas obligatoirement un échec clinique. Il peut en effet s'agir d'un syndrome de restauration immunitaire (cf. annexes), qui doit être traité pour lui-même sans modification des ARV. La décision de changer de traitement devra donc également tenir compte de l'évolution immunologique (TCD4) et, virologique (CV).

.Echec immunologique

Si le taux de TCD4 reste < 100 / mm³ à M12

Retour du nombre de TCD4 au niveau ou sous le niveau pré thérapeutique, en l'absence de la survenue d'une infection concomitante pouvant expliquer cette baisse
Baisse de plus de 50% du nombre de TCD4 par rapport au pic atteint sous traitement en l'absence de survenue d'une infection concomitante pouvant expliquer cette baisse.

Remarque :

Si le patient est asymptomatique et que l'échec n'est évoqué que sur des critères immunologiques, une confirmation par un deuxième dosage des TCD4 est immédiatement recommandée.

Si le taux de TCD4 reste bas après deux dosages consécutifs, il faut considérer qu'il s'agit d'un échec immunologique.

Echec virologique

Impossibilité de réduire la charge virale à un niveau indétectable après 6 mois de traitement bien conduit.

Un échec thérapeutique sera documenté par deux mesures de la charge virale à un mois d'intervalle, mais la constatation d'un échec clinique et immunologique patent permettra d'affirmer l'échec de la première ligne de traitement.

Protocoles

Le schéma de 2^e ligne doit inclure au moins 2 nouvelles molécules dont l'une issue d'une famille différente des familles utilisées en première ligne

En cas d'échec thérapeutique confirmé VIH 1 et 2 de la 1^{ère} ligne,

le schéma préférentiel de deuxième ligne suivant est recommandé:

Lamivudine (3TC) + Didanosine* (DDI) + Lopinavir/Ritonavir (LPV/r)
--

* = gastrorésistant

TABLEAU I : Les alternatives de seconde ligne possibles en fonction des schémas utilisés en première ligne et en cas de contre-indication ou de toxicité de l'une des molécules du schéma préférentiel.(18)

Schéma 1 ^{er} ligne	Schéma 2 ^{ème} ligne	
	INTI	IP
(AZT ou D4T) + (3TC ou FTC) + (EFV ou NVP)	3TC + DDI ou ABC+ TDF ou TDF + 3TC ± (AZT)	+ LPV/r ou IDV/r ou ATV/r ou SQV/r
TDF + (3TC ou FTC) + (EFV ou NVP)	DDI + 3TC ± (AZT)	
ABC+ (3TC ou FTC) + (EFV ou NVP)	DDI + 3TC ± (AZT) ou TDF + 3TC ± (AZT)	
(AZT ou D4T) + (3TC ou FTC) + (ABC ou TDF)	EFV ou NVP + DDI	

L'association DDI + Ténofovir n'est pas recommandée en raison d'une toxicité cumulée (pancréatique, lymphopénie TCD4) et des échecs virologiques précoces.

Traitements associés aux antirétroviraux

Prophylaxie des infections opportunistes ²

Le Cotrimoxazole doit être prescrit (faible 400/80 mg 2 comprimés par jour ou fort 800/160 mg un comprimé /jour) chez :

Tout adulte symptomatique (stade II, III et IV)

Tout patient ayant un taux de TCD4 < 350 / mm³

En cas de réaction au cotrimoxazole, on procèdera, sous étroite surveillance, à un test de réintroduction progressive à raison de ¼ de comprimé à augmenter progressivement de ¼ de comprimé tous les deux jours jusqu'à la dose normale. On y associera un traitement symptomatique antihistaminique.

NB : Si le taux de TCD4 est supérieur à 350 / mm³ et reste stable pendant au moins 6 mois, la prophylaxie peut être interrompue.

B- Observance du traitement antiretroviral(19;14)

1-Définition

L'observance se définit comme étant le degré de concordance entre le comportement d'un individu (en termes de prises médicamenteuses, de suivi du régime thérapeutique ou de changement de style de vie) et les recommandations médicales.(19)

Le seuil de bonne observance concernant les **ARV** se situe au dessus de **90%**, voire **95%** c'est-à-dire moins de trois prises omises pour un traitement de deux fois par jour. (14)

Toutefois, en ce qui concerne l'infection à VIH, l'observance au traitement revêt une importance particulière car :

- l'observance au traitement antirétroviral est le principal facteur explicatif du succès (ou de l'échec des traitements en cas d'inobservance),
- notamment en traitement de première ligne. L'observance est associée au succès virologique mais également immunoclinique des multithérapies.[14]
- le niveau d'observance nécessaire à une bonne réponse immunovirologique des traitements est très élevé (il varie entre 80 et **100%** selon les études et les méthodes de mesure de l'observance), considérablement plus élevé que ce qui est habituellement toléré pour d'autres pathologies chroniques. [14]
- un niveau élevé d'observance est nécessaire pendant un traitement prescrit à vie [14].
- au delà de la perte d'efficacité du traitement, une mauvaise observance peut favoriser l'émergence de souches résistantes et compromettre par le jeu des résistances croisées l'efficacité des traitements de seconde ligne.

2- Mesure de l'observance(14)

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

➤ **Méthodes dites « Subjectives »:**

Evaluation par le prescripteur:

Rarement utilisé dans les études, cette méthode est peu fiable car dépendante des représentations des médecins et de leur relation avec leur patient. En effet par exemple, le fait que les prescripteurs aient connaissance des résultats biologiques de leurs patients influence directement leur jugement. En comparant les différents résultats obtenus par cette méthode avec ceux produits par d'autres mesures plus objectives, l'observance des patients semble être surestimée.

Auto questionnaires : (Evaluation par le patient)

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

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

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

➤ **Méthodes dites « objectives »:**

*** Comptage des comprimés:**

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

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

* **Piluliers électroniques**: difficile dans la pratique.

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

Cette technique est plus sensible pour détecter la non observance plus que les deux précédents mais n'est pas à l'abri du détournement de la part des Patients.

De plus, la mesure de l'observance avec ce type de méthode risque d'être biaisée à cause de l'effet « intervention ».

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

Marqueurs biologiques:

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

Quant aux dosages pharmacologiques, ils ne peuvent techniquement pas remonter à plus de 72 heures, étant donné la demi-vie courte des **ARV**

(à l'exception des inhibiteurs non nucleosidiques). De plus les résultats peuvent différer en fonction de la variabilité interindividuelle de la concentration plasmatique d'inhibiteur de protéase, due aux différences d'absorption et de métabolisme selon les patients.

3-Consequence de la mauvaise observance(17)

- Diminution du contrôle de la charge virale ;
- Diminution des CD4
- Réapparition des infections opportunistes et donc augmentation de la mortalité et de la morbidité ;
- Apparition des résistances ;
- Echec du traitement antirétroviral ;
- Aggravation de la maladie.

III-PATIENTS ET METHODES

1. Cadre et lieu d'étude

L'étude s'est déroulée à l'unité de soins d'animation et de conseils (USAC) du Centre de Santé de Référence de la Commune VI du district de Bamako

2. Présentation de la Commune VI du District De Bamako(21)

C'est la plus grande commune et la plus peuplée de Bamako avec **94** km² de superficie et 504 738 habitants en 2011 et une densité de 5002 habitants par km².

La Commune VI comporte 10 quartiers dont 6 urbains et 4 ruraux.

Chaque quartier dispose d'au moins un CSCOM excepté Sokorodji et Dianeguela qui ont en commun un CSCOM.

Les principales activités menées par la population de la commune sont: l'agriculture, le maraîchage, la pêche, l'élevage, le petit commerce, le transport, l'artisanat. On note également des travailleurs de la fonction publique.

Il existe aussi quelques industries (alimentaire, plastique, BTPI).

Bamako, la capitale du Mali, connaît un climat tropical de type soudanais caractérisé par une saison sèche (décembre - mai) et une saison pluvieuse (juin - novembre).

Le centre de santé de référence de la Commune VI est beaucoup sollicité par la population de la dite commune mais également par certaines communes et villages environnants.

Cette sollicitation est liée, à l'accessibilité de la structure, car elle est située au bord de la plus grande avenue de Bamako (Avenue de l'OUA).

3. Présentation du centre de sante de référence de la commune VI du district

Le Centre de Santé de Référence de la Commune VI a été créé en 1981 comme maternité puis érigé en centre de santé de référence en 1999.

Ce centre est l'un des six (6) centres de référence du District de Bamako. Il faut signaler que le système de référence n'a débuté qu'en juin 2004.

3.1 MISSIONS DU CSREF COMMUNE VI

En tant que structure sanitaire de deuxième référence, les missions fondamentales du centre sont les suivantes :

- ✓ assurer la disponibilité des soins de qualité et de prise en charge des urgences ;
- ✓ assurer les formations ;
- ✓ effectuer des travaux de recherche ;
- ✓ participer au développement sanitaire du district
- ✓ promouvoir l'évaluation hospitalière.

3.2 Les infrastructures

Le CSREF est constitué de cinq (5) grands bâtiments et quatre (4) annexes qui sont

a. Le bloc opératoire comprenant :

- deux (2) salles d'intervention chirurgicale
- une salle de désinfection et de stérilisation du matériel
- une salle de réveil
- Une salle de consultation pré-anesthésique

b. Deux bâtiments en étage dont l'un comprend :

- l'administration
- la comptabilité
- la brigade d'hygiène
- Système d'Information Sanitaire (SIS)
- l'unité de chirurgie
- une salle de staff

aurez de chaussée la rénovation n'est pas terminée.

L'autre bâtiment en étage comprend au rez de chaussée

- le laboratoire
- une salle de radiographie non équipée
- des toilettes

A l'étage nous avons

le service d'odontostomatologie

- l'unité d'ORL
- l'unité d'ophtalmologie
- des toilettes.

c. Un bâtiment dénommé complexe mère-enfant comportant :

- une salle d'accouchement avec 5 box
- une salle de SAA
- un bureau de consultation gynécologique et obstétricale
- une unité de consultation prénatale
- une unité de planification familiale
- une salle d'hospitalisation
- une salle de surveillance des accouchées (suites de couches)
- une salle de réanimation des nouveau-nés (non fonctionnelle)
- une salle de garde des sages-femmes
- une salle de garde des médecins
- une salle de garde des internes
- des toilettes

d. Le 4^{ème} bâtiment est composé de :

- magasins

e. Le 5^{ème} bâtiment est constitué :

- d'unité PEV
- l'USAC

f. Les annexes sont constituées de :

- bureau des entrées
- pharmacie
- morgue (non fonctionnelle)
- salle de pansement et d'injection
- deux bureaux de consultations médicales
- une salle de prise en charge des tuberculeux
- logement du médecin chef

La rénovation du centre est en cours.

L'USAC est situé à droite du bâtiment qui abrite l'administration. Elle est constituée de trois bureaux dont:

Le premier est le bureau du coordinateur dans laquelle les consultations sont assurées ;

Le deuxième est le bureau du pharmacien dans laquelle se passe la dispensation des médicaments et le club thérapeutique

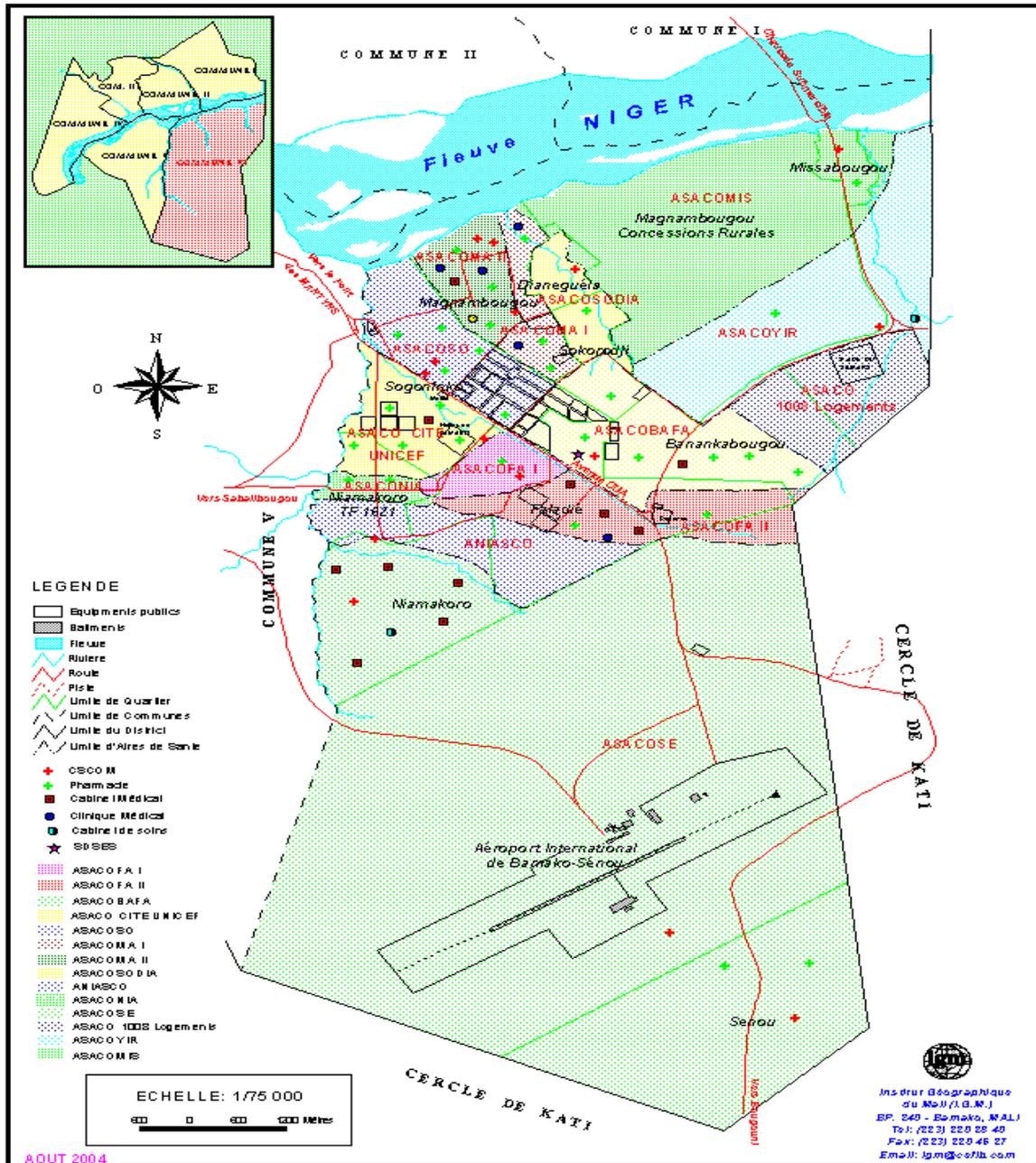
Le troisième est le bureau des conseillères dans laquelle se passe l'accueil, le dépistage conseil et les dossiers de suivi sont stockés

3.3- Les ressources humaines : 2012

Corps	Nombre
Médecins	23
Gynécologues	6
Chirurgien	2
Chirurgien dentiste	1
Pédiatre	1
Généralistes	13
Pharmacien	1
Assistants Médicaux	26
ORL	4
Santé Publique	3
Anesthésie	3
Bloc opératoire	1
Formation des Formateurs	1
Odonto-stomatologie	4
Ophtalmologie	3
Gestion Ressources Humaines	1
Médecine Interne	1
Laboratoire	2
Ingénieur Sanitaire	3
Techniciens Supérieurs de Santé	49
Sages femmes	26
Hygiène assainissement	4
Anesthésie	1
Laboratoire	2
Techniciens de Santé	33
Infirmières Obstétriciennes	11
Infirmiers de santé Publique	18
Laboratoire	2
Technicien de surface	2

Agents d'Hygiène	6
Aides Soignantes et matrones	13
Secrétariat	9
Attaché d'administration	1
Adjoint administratif	2
Agents de saisie	6
Comptabilité	9
Inspecteur du trésor	1
Contrôleur de Finances	4
Aides comptables	4
Documentaliste	1
Administrateur de l'Action Sociale	1
Plantons	1
Chauffeurs	4
Manœuvres	12
Gardiens	3
Lingères	2
Personnel de l'USAC	4
Médecin	1
Pharmacien	1
Conseillers	2
TOTAL PERSONNEL	188

figure III- Carte sanitaire de la commune VI



3.2. Type et période d'étude

Il s'agissait d'une étude retro-prospective et transversale sur douze(11) mois allant du 25 septembre 2012 au 24 aout 2013.

3.3. Population d'étude

Toutes les PVVIH adultes suivies à l'USAC du CSRéf de la commune VI.

3.4. Critères d'inclusion

Ont été incluses les PVVIH âgées de plus de 18 ans et sous ARV pendant au moins 6 mois.

3.5. Critères de non inclusion

N'ont pas été incluses les PVVIH âgés de moins de 18 ans, et celles dont la durée du traitement antirétroviral est inférieure à 6 mois.

3.6. Recueil et analyse des données

Les données ont été recueillies sur une fiche d'enquête individuelle, anonyme à partir d'auto-questionnaires et du registre de renouvellement des ordonnances d'ARV. La saisie et l'analyse ont été faites sur le logiciel Word et Excel 2010 et SPSS 17.0.

3-7.Définitions opérationnelles :

Bonne observance : L'observance se définit comme étant le degré de concordance entre le comportement d'un individu et les recommandations médicales.

Bonne observance : prise régulière du traitement sans oubli ni prises groupées et à la dose prescrite.

Mauvaise observance : prise inférieur à 95% de la dose prescrite.

Prise inférieure à 95% de la dose : correspond à trois prises manquées dans le mois.

3.8. Variables étudiées:

Variables sociodémographiques: l'âge, sexe, statut matrimonial, résidence, profession, niveau d'éducation,.

Variable clinique

-Type de vih

Variables thérapeutiques:

- Le type de classe thérapeutique utilisé;
- observant ou non observant,
- Les facteurs de non observance.

3.9. Aspects éthiques

La participation à l'étude était libre. Ainsi, le consentement éclairé écrit ou verbal a été obtenu. Pour assurer la confidentialité des données et éviter la stigmatisation, les entrevues avec les malades se sont déroulées en privé. Les ordinateurs étaient protégés par les mots de passe et les questionnaires remplis étaient accessibles seulement au personnel de l'USAC.

IV-RESULTATS

FigureV : Diagramme de flux 2013

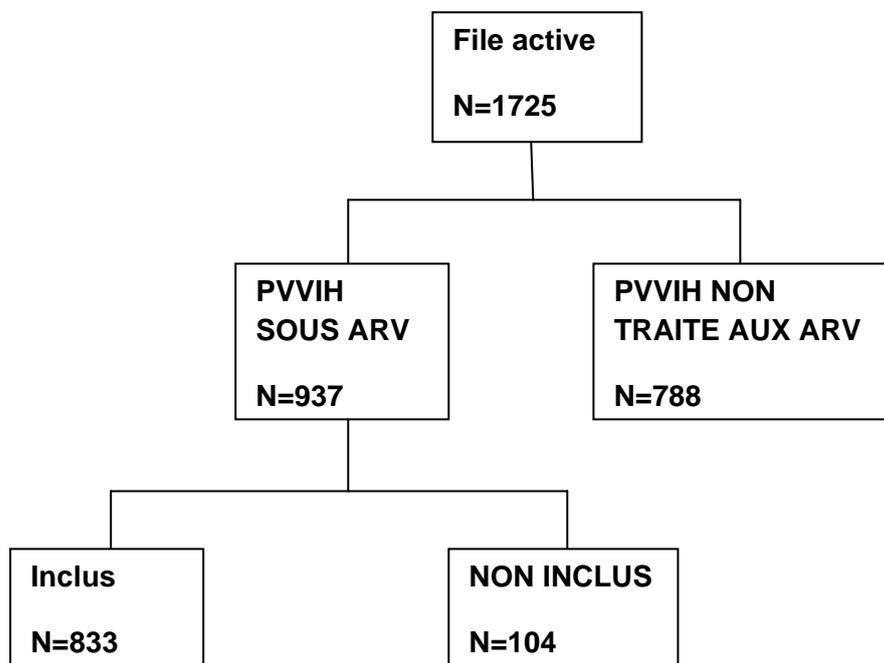


Tableau III : Répartition des patients selon l'âge

Age des patients	Fréquence	Pourcentage
18-24	74	52,22
25-34	435	24,61
35-44	205	8,88
45-54	74	8,88
55 et plus	45	5,40
Total	833	100

La majorité de nos patients était des jeunes soit 52,22 %.

Tableau IV : Répartition des patients selon le sexe

Sexe	Fréquence	Pourcentage
Féminin	635	76,23
Masculin	198	23,77
Total	833	100

Le sexe féminin était le plus représenté soit 76,23 %.

Tableau V : répartition des patients selon la résidence

Résidence	Fréquence	Pourcentage
Commune VI	669	80,31
Commune V	56	6,72
Hors de Bamako	54	6,48
Commune I	17	2,04
Commune II	16	1,92
Commune IV	14	1,68
Commune III	7	0,84
Total	833	100

La majorité des patients vivait en commune VI soit 80,31%.

Tableau VI : Répartition des patients selon la situation matrimoniale

Statut matrimoniale	Fréquence	Pourcentage
Marié (e)	700	84,03
Veuf(ves)	49	5,88
Célibataire	41	4,92
Divorcé (e)	27	3,24
Fiancé (e)	16	1,92
Total	833	100

La majorité de nos patients était mariée soit **84,03 %**.

Tableau VII : Répartition des patients selon la profession

Profession	Fréquence	Pourcentage
Ménagère	512	61,46
Ouvrier	110	13,21
Autres	104	12,48
Commerçant	67	8,04
Etudiant / Elève	21	2,52
Fonctionnaire	19	2,28
Total	833	100

Les ménagères étaient majoritaires soit 61,46 %.

Autres :cultivateurs,chauffeurs,coiffeur(ses).

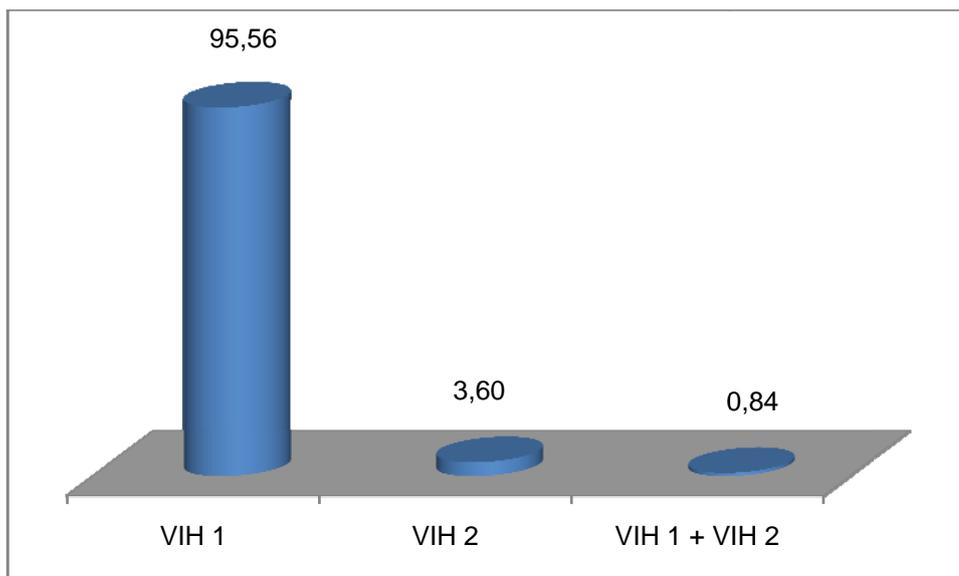


Figure VI : Répartition des patients selon le type du VIH

Les patients atteints du VIH 1 étaient les plus représentés soit 95,56 %.

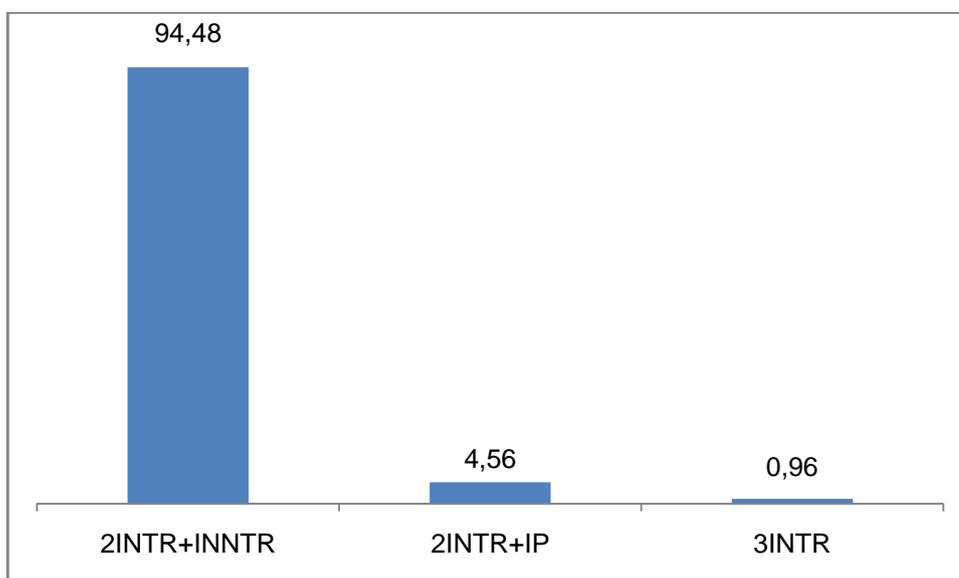


Figure VII : Répartition des patients selon les classes thérapeutiques

Les patients sous 2INTR + 1INNTR étaient les plus nombreux avec 94,48 %

Tableau VIII : Répartition des patients selon la durée du traitement

Durée du Traitement	Fréquence	Pourcentage
Supérieur à 19 mois	368	44,18
13-18 mois	216	25,93
6-12 mois	249	29,89
Total	833	100

La majorité de nos patients avaient plus de 19 mois de traitement (44,18%).

9- Observance

Au terme de notre étude nous avons constaté que 82,23% des patients étaient observants

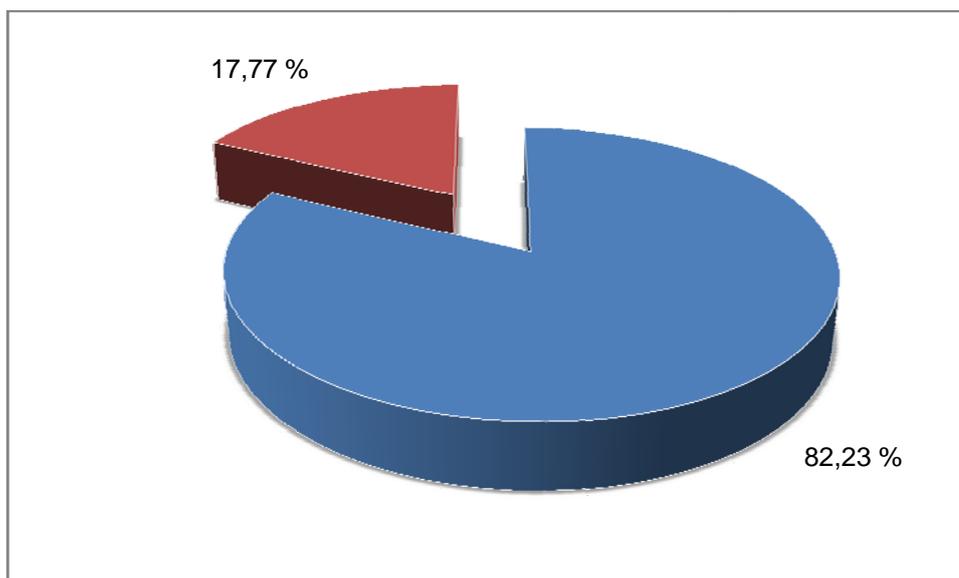


Figure VIII : Répartition des patients selon l'observance

Tableau IX : Relation entre observance et âge des patients

Age/Observance	BONNE	MAUVAISE	TOTAL
25-34	361(82,98%)	74(17,01%)	435
35-44	166(80,97%)	39(19,02%)	205
18-24	62(83,78%)	12(16,21%)	74
45-54	57(77,02%)	17(22,97%)	74
55 et plus	39(86,66%)	6(13,33%)	45
Total	685	148	833

Les patients de 45-54 ans étaient les moins observants soit 22,97%

Tableau X : Relation entre la résidence et observance

RESIDENCE/OBSERVANCE	BON	MAUVAIS	TOTAL
Commune VI	551(82,36%)	118(17,63%)	669
Commune V	42(78,12)	12(21,42)	56
Hors de Bamako	42(77,77%)	12(22,22%)	54
Commune I	15(88,23%)	2(11,76%)	17
Commune II	13(81,25%)	3(18,75%)	16
Commune IV	14(100%)	0(0%)	14
Commune III	6(85,75%)	1(14,28%)	7
Total	685	148	833

Les patients vivants hors de Bamako étaient les moins observants soit 22,22%

Tableau XI : Relation entre la statut matrimonial et observance

Observance/statut matrimonial	Bonne	Mauvaise	Total
Marié	581(83%)	119(17%)	700
Veuf(ve)	37(75,51%)	12(24,48%)	49
Célibataire	34(82,92%)	7(17,07%)	41
Divorcé	18(66,66%)	9(33,33%)	27
Fiancé	15(93,75%)	1(2,25%)	16
Total	685	148	833

Les patients divorcés étaient moins observants soit 33,33%

Tableau XII : Répartition des patients selon les motifs de l'inobservance

Motifs d'inobservance	Fréquence	Pourcentage
Voyage	59	39,86
Oubli	29	19,59
Mieux être	20	13,51
Intolérance médicamenteuse	16	10,81
Insuffisance d'information	15	10,14
Manque du moyen de transport	5	3,38
Veuvage	4	2,70
Total	148	100

Le voyage était le motif le plus fréquent d'inobservance soit 39,86 % des cas

V-COMMENTAIRES ET DISCUSSIONS

Nous avons mené une étude retro-prospective et transversale sur onze mois allant du 25 septembre 2012 au 24 août 2013. La présente étude était la première à L'USAC du CSREF de la Commune VI du District de Bamako et a pour but évaluer l'observance des patients vis-à-vis des ARV en situation de vie réelle, hors des essais thérapeutiques.

1- Les limites de notre étude(25)

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

Une autre limite est celle de la méthode transversale ne permettant pas d'avoir un suivi longitudinal des patients et d'évaluation de l'observance basée chez nous sur l'auto-questionnaire ; tandis que dans les pays industrialisés les paramètres biologiques en particulier la charge virale est prise en compte.

Notre étude a porté sur 833 patients ayant au moins six (6) mois de traitement ARV.

2- Caractéristiques socio démographiques

Le sexe féminin a prédominé avec 76,23% des cas. Cette prédominance féminine a aussi été retrouvée dans l'étude de Z. GOITA(23) et C. Awa Salimou(24) qui avaient trouvé respectivement 63,40% et 76,7% des femmes. Les infections génitales récurrentes et la grande surface de contact génital rendent les femmes vulnérables à cette infection. Ce constat pourrait aussi être lié à la prédominance du sexe féminin dans la population malienne.

Les jeunes adultes (25–34 Ans) ont été les plus représentés soit 52,22% de cas . Ce taux est comparable à ceux retrouvés dans l'étude de Drissa.S (22) qui a rapporté 39,5% pour la tranche d'âge 25 – 34 ans au CERKES. Ces périodes correspondent à celles d'une activité sexuelle intense exposant au risque de transmission des

infections sexuellement transmissibles. L'âge médian des patients était de 29 ans et demi(29,5).

La majorité de nos patients vivaient dans la commune VI du District de Bamako (80,31%). Ce phénomène a aussi été observé chez Z. GOITA(23) avec des prédominances des patients résidant dans zone étude.

La grande fréquence des ménagères (61,46%) a été retrouvée dans notre étude. Cela pourrait être lié au sexe comme discuté plus haut. Les mariés représentaient 80,03% de notre échantillon comparable à 69,7% trouvé par S Drissa au CERKES(22). Ceci pose un problème inquiétant à cause du risque de propagation du virus dans les familles polygames.

3-Characteristiques thérapeutiques

Le schéma 2 INTI + 1 INNTI a été initialement utilisé chez 94,48% de nos patients. Ceci pourrait s'expliquer par le fait que la majorité de nos patients étaient VIH1 soit 95,56% et aussi au protocole thérapeutique qui voulait que 80% soient sous ce schéma.

La majorité de nos patients avait plus de 19 mois de traitement soit 44,18 %, Ces résultats sont attribuables au renforcement des politiques d'information, de sensibilisation et de communication par rapport à la prise en charge globale et gratuite de l'infection VIH.

4-Observance

Au vu de nos résultats, 98,6% des malades avaient déclaré avoir respecté la dose et les fréquences de prise des médicaments. Environ 95% avaient respecté les heures de prises des médicaments. Les rendez-vous étaient respectés dans 82,2% des cas, et seulement 1,4% des malades avaient signalé avoir eu des difficultés de prendre leurs médicaments.

Nous avons défini l'observance comme étant le respect simultané des trois conditions suivantes:

- 1- respect de l'heure de prise des médicaments
- 2- respect de la posologie

3- respect de la dose

Sur la base de cette définition, **82,23%** de nos malades étaient observants au cours de leur traitement.

Tous les patients observant étaient réguliers aux visites médicales, seuls les patients non-observant n'étaient pas réguliers.

Les raisons d'inobservance étaient entre autres :

- le voyage,
- l'oubli de prise de médicaments et du rendez-vous,
- le mieux-être,
- l'intolérance aux médicaments,
- et le manque d'information.

Toutes ces raisons étaient des facteurs de mauvaise observance liés au patient. D'autres études similaires ont énoncé les mêmes facteurs comme sources de mauvaise observance à savoir celles faites respectivement à Bamako au CESAC en 2009 ; à Sikasso au CERKES en 2008 et Abidjan en 2007.

Concernant l'âge, les 55ans et plus étaient les plus observants soit 86,66%.

Les 45-54 ans , ont été les moins observants soit 22,97%.

Les patients résidant hors de Bamako et les femmes divorcés ont été les moins observants.

Ceci pourrait s'expliquer par l'accès souvent difficile des sites de prescription, le manque de moyen financier pour les non-résidents à Bamako et la dépendance pour les divorcés.

VI-CONCLUSION

Devant la fréquente atteinte des jeunes dans notre étude, cette pathologie devient inquiétante et prédatrice de répercussions socio-économiques importantes.

Les actions de prévention relatives au VIH/SIDA et le renforcement de l'observance nécessitent une réflexion constante et réactualisée.

Malgré la limite de l'échantillon, notre étude a permis d'apprécier l'observance des patients sous traitement ARV à l'unité de soins d'accompagnement et de conseils du centre de santé de la commune VI du district de Bamako(CSREF CVI). Le VIH-1 était le type le plus prédominant. La population en moyenne était à plus de 19 mois de traitement, la plupart des patients étaient des adultes jeunes et sous le schéma 1 de traitement. Les actions de prévention relatives au VIH/SIDA et le renforcement de l'observance nécessitent une réflexion constante et réactualisée. Malgré les effets bénéfiques du traitement par ARV chez les malades observant ; l'étude nous a permis de déceler quelques causes de non observance tel que le voyage, le sentiment de mieux être, le problème économique, dont les investigations pourront améliorer les conditions de vie des PVVIH.

VII-RECOMMANDATIONS

Aux Autorités sanitaires (Ministre de la santé) :

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

Aux équipes médicales :

- Mettre en place des dispositifs permettant d'évaluer l'impact de l'observance sur la charge virale et la qualité de vie des patients.
- Le médecin prescripteur devra être particulièrement attentif aux symptômes rapportés par les patients au cours du traitement, qu'ils soient dus ou non à une réelle toxicité objective des molécules prises.
- La relation de confiance entre le médecin et son patient doit permettre à celui-ci d'aborder sans tabous les éventuelles difficultés liées à la prise du traitement.
- Les situations où le patient a tendance à oublier son traitement doivent être discutées, de façon à faire prendre conscience au patient des circonstances où sa vigilance est la plus nécessaire.
- Réévaluer l'information déjà donnée et sa compréhension sur la maladie et les traitements, ainsi que la perception des enjeux du traitement.
- Poursuivre et de favoriser le développement du soutien par les pairs, de lieux de parole, de formation ou de ressourcement pour favoriser le désir de se soigner.

- Mettre en place au sein du service hospitalier des programmes spécifiques d'écoute et d'aide aux patients par du personnel spécialement formé à cet effet.
- L'analyse des relations avec la famille ou les proches, dans le respect de la volonté de la personne, est importante pour comprendre les enjeux du traitement pour le patient et l'aide que ceux-ci peuvent ou non lui apporter.

Aux patients :

- Accepter son statut, vivre positivement, ne pas tenir compte de ce que les autres penseront.
- Se confier à quelqu'un (son conjoint, ou un membre de la famille en qui on a confiance).
- Etre convaincu de l'efficacité des médicaments.
- Se soumettre aux exigences du traitement (respect des horaires, nombre de médicaments à prendre, etc.).
- Pallier les oublis en utilisant un réveil.
- Participer à un groupe de parole ou une association communautaire des PVVIH.
- Informé au moins un membre de sa famille proche par rapport à son statut.

VIII-REFERENCES

1. **ONUSIDA 2010** .Rapport sur l'épidémie de l'infection à VIH
2. **Enquête Démographique et de Santé 2012 (EDS V)**
3. **Knobel H, Carmona A, Grau S, Pedro-Botet J, Diez A.**
Adherence and effectiveness of highly active antiretroviral therapy. Arch Intern Med 1998; 158:1953.
4. **Wainberg MA, Friedland GH.**
Public health implications of antiretroviral therapy and HIV drug resistance. JAMA 1998; 279: 1977–83.
5. **Desclaux A.**
L'observance en Afrique : question de culture ou « vieux problème » de santé publique ? In: L'observance aux traitements contre le VIH/sida. Paris: ANRS; 2001.
6. **Nejjari C, Himmich H, Marhoum-El Filali K, Kadmiri S, Bensghir R.** Impact of an education intervention on compliance to antiretroviral therapy in Morocco. In: 13th Mediterranean congress of chemotherapy. Nice, France. 2002.
7. **J .P-CASSUTO/A .PESCE - J.F QUARANTA**Sida et infection par le VIH- 3eme édition – Masson ;P- 23-31
8. **NIANGADO.O** suivi de l'observance des patients sous traitement antirétroviraux au CESAC de Bamako.
Thèse de pharmacie 2009
9. **TALL MMS** : Etude de l'observance au traitement antirétroviral à l'ONG Walé de Ségou à propos de 218 cas.
Thèse de médecine 2010
10. **FERRADINI.A, JEANNIN. A, PINOGES I J ET coll-**scaling up of Malawi, an effectiveness assessment- Lancet 2006, 1335-42.
11. **A.MAMETTE** : Virologie médicale à l'usage des étudiants et praticiens. 14^{ème} édition ,1992.
12. **Mme Keita P. THIAM** : les changements de schémas thérapeutiques au cours du traitement antirétroviral de l'infection par le VIH.
These pharmacie Bamako 2006.

- 13. TRAORE MS** évaluation de l'observance au traitement antirétroviral et de l'évolution des patients vivant avec le VIH traités depuis au moins 24 mois à l'Unité de Soins, d'Accompagnement et de Conseils de la commune v de Bamako.
Thèse de pharmacie 2010
- 14. Pierre Marie Girard, Christine Katlama, Gilles Pialoux.** VIH édition 2007. P-54- 334- 337- 391.
- 15. ONU/SIDA-OMS :** Le point sur l'épidémie de sida ,2005 :<http://www.acdi.cida.gc.ca/sida.htm>
- 16. GORE-BI :** Suivi de la dispensation des ARV au service de maladies infectieuses et tropicales du CHU-Treichville .
Thèse pharmacie Abidjan 2001.n°330.
- 17. Siby Mariam.** Suivi de l'observance au traitement antirétroviral chez les adultes vivants avec le VIH à l'hôpital Gabriel Touré.
Thèse pharmacie, 2006
- 18. Document de la politique et protocoles de prise en charge anti rétrovirale du VIH et du SIDA version 2008:75p.**
- 19.** Mémento thérapeutique du VIH en Afrique. Edition doin, 2005,P- 23- 25.
- 20.** Carrieri p, Cailleton V., Le Moing V. and al. The dynamic of adherence to highly active antiretroviral therapy : Results from the French National APROCO Cohort. J Acquir Immune Defic Syndr 2001; 28: 232-239.
- 21.** Systeme d'information sanitaire du Csref de la commune VI (**SIS**)2012
- 22. DRISSA SANOGO :** Aspects épidémiologiques du VIH /SIDA à Sikasso de 2000 à 2004. Thèse Médecine, Bamako 2006
- 23. MARICO.Z.GOITA :** Observance au traitement antirétroviral chez les patients vivant avec le VIH et le SIDA au CERKES à Sikasso .Thèse de pharmacie, Bamako 2008
- 24- Algorithme du diagnostic biologique au Mali :**
Circulaire 02-1494 MS SG dépistage volontaire VH SIDA
- 25. Mademoiselle.C.Awa.Salimou :** Observance au traitement antirétroviral chez les patients adultes VIH positifs suivis à l'hôpital général d'Abobo. Thèse de Pharmacie, Bamako 2007

IX-ANNEXES

FICHE D'ENQUETE

N° du dossier :...../

I-Donnés sociodémographiques

I-1. Sexe : 1 : Masculin 2 : Féminin

I-2. Age : /...../années

Résidence:

I-3. Profession :

1 - fonctionnaire : 2 - ménagère : 3 - élève :

4- sans emploi : 5 - cultivateur 6 - Autres

I-4. Niveau d'instruction :

1- fondamental : 2 - secondaire : 3- Supérieur :

4- Non scolarisé 5 - Médersa

I-5. Statut matrimonial

1- célibataire : 2 - veuf : 3 - marié : divorcé :

II-Virologiques et thérapeutiques

II-1. Type de VIH :

1- VIH1 : 2- VIH2 : 3 - VIH1+2 :

II-2. Schéma thérapeutique :

1- 2INTR+1INNTR 2-2INTR+IP: 3-3INTR:

4-Autres:

II-3. Début du traitement :

1-Date :

2-Taux de CD4 initial :/mm³

3-Charge virale initiale :Copies/ml

4-Lymphocytes Totaux :/ mm³

III-Suivi du patient

1-Duré du traitement :

2-Dernier taux de CD4 :/mm³

3-Dernière charge virale :copies/ml

4-Changement du schéma thérapeutique :

1- OUI :

2-NON :

2- Si oui motif :

IV- Observance

IV-1. Respectez-vous les rendez-vous de renouvellement des ordonnances ?

1-OUI :

2-Non :

IV-2. Prenez- vous les médicaments conformément à la prescription ?

1 Oui :

2- Non :

IV-3. Avez-vous manquez la prise des médicaments dans les deux semainesantérieures :

1-Oui :

2- Non :

Si oui combien de fois :

Motif de non prise :

- Rupture de médicament

-Effets indésirables des médicaments

-Voyage

-Manque de moyen économique

-Recours aux guérisseurs traditionnels

-Nombre de comprimés à prendre

-Manque de moyens de transport

-Insuffisance d'information

-Mieux être

-Autres

FICHE SIGNALÉTIQUE

NOM: DIALLO PRENOMS: Moumine Seydou

TITRE : Observance au traitement antirétroviral chez les PVVIH adulte suivies à l'USAC du centre de santé de référence de la commune VI du district de Bamako

ANNEE UNIVERSITAIRE : 2013-2014

VILLE DE SOUTENANCE : Bamako

PAYS D'ORIGINE : Mali

SECTEUR D'INTERET : Santé publique

LIEU DE DEPOT : Bibliothèque de la faculté de Médecine, de pharmacie et d'odontostomatologie du Mali.

RESUME :

Pour améliorer nos connaissances sur l'observance au traitement ARV, nous avons mené une étude à l'USAC de la Commune VI du district de Bamako, sur des patients suivis venus renouveler leur ordonnance. Il s'agissait d'une étude prospective et transversale, qui a été faite du 24 septembre au 23 août 2013, ont été considérées comme inobservés, les patients ayant manqué une fois, deux fois ou au maximum trois fois la prise de leurs médicaments.

Les patients étaient majoritairement des femmes, soit 76,23% des cas. La moyenne d'âge était de 29 ans avec des extrêmes allant de 18 à 55 ans. La majorité des patients étaient atteints du VIH-1 (95,56%), d'où l'association d'une INTR+INNTR était la plus prescrite. La mauvaise observance a été notée chez 17,77% des patients. Les principales causes de la mauvaise observance étaient, le voyage (39,86%), l'oubli 19,59% le mieux-être (13,51%).

Mots clés : Observance ; Traitement antirétroviral ; Usac, Csref CVI, District de Bamako.

Summary

To improve our knowledge on the adherence of antiretroviral therapy (ARV) we carried on a study at the USAC of commune VI of Bamako District, on patients who came to renew their prescriptions .

It was about, a retro – prospective and cross-sectional study that was conducted from September 24 to 23 August 2013.

Patients was considered as unobservant, those who forgot to take their medicine once ,twice or three times at most .

Patients was predominantly female , 76,23% of cases. The average age was 29 years ranging from 18 to 55 years.

The majority of patients was infected HIV₁ 95,56% where the combination of INTR+INNT was the most prescribed .

The poor adherence was observed in 17,77% of patients .

The main causes of bad adherence was traveling (39,86%) ;forgetfulness(19,59%) and wellness(13,51%).

Key words

Adherence, antiretroviral therapy, USAC, Public health , CSRéf CVI District of Bamako .

SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des Maîtres de cette faculté, de mes chers condisciples, devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine.

Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail, je ne participerai à aucun partage clandestin d'honoraires.

Admis à l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs, ni à favoriser le crime.

Je ne permettrai pas que des considérations de religion, de nation, de race, de parti ou de classe sociale viennent s'interposer entre mon devoir et mon patient.

Je garderai le respect absolu de la vie humaine dès la conception.

Même sous la menace, je n'admettrai pas de faire usage de mes connaissances médicales contre les lois de l'humanité.

Respectueux et reconnaissant envers mes maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

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

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

Je le jure.