

Observance thérapeutique des PVVIH sous ARV suivies au centre de santé de référence de Sélingué, Juillet 2022.

Therapeutic compliance of PLHIV on ARV followed at the Sélingué reference health center, July 2022.

Cheick O. Kamissoko¹, Kaly KEITA², Amadou A DRAGO³, Karim Dao⁴, Modibo Tall¹, Mamou Samaké¹, Moustapha Coulibaly¹, Menta Djènèbou Traoré², Oumar O Sangho⁵, Bouyagui Traoré⁶, Kaya Assétou Soukho².

1. Centre de Santé de Référence de Sélingué, Sikasso, Mali.
2. Service de Médecine Interne hôpital Point G, Bamako, Mali.
3. Centre de Santé de Référence Commune I, Bamako, Mali.
4. Service de Médecine Interne hôpital Gabriel Touré, Bamako, Mali.
5. Département santé publique, faculté de Médecine et d'Odontostomatologie Bamako, Mali.
6. African Field Epidemiology Training Program, Bamako, Mali.

Auteur correspondant : Dr Cheick Oumar KAMISSOKO, Chargé de Recherche en Médecine Communautaire/Médecine de Famille, FETP Intermédiaire, Centre de Santé de Référence de Sélingué.

Email : cheickamissoko85@gmail.com ; Téléphone : (00223) 76 29 78 52

RESUME :

Introduction : L'observance du traitement antirétroviral (ARV) est un élément essentiel du succès thérapeutique permettant une amélioration des résultats virologiques, immunologiques et cliniques. En absence de rapport d'étude antérieur à la présente et vue la nécessité d'atteindre les objectifs de l'ONUSIDA nous avons décidé d'évaluer l'observance du traitement ARV chez les PV-VHIV adultes suivis au centre de santé de référence (CSRéf) de Sélingué sur les données du 1er janvier 2021 au 30 juin 2021. **Méthodes :** Il s'agissait d'une étude transversale descriptive

réalisé au CSRéf de Sélingué du 1^{er} janvier au 30 juin 2021. Nous avons procédé à un échantillonnage exhaustif de l'ensemble des patients vivants avec VIH (PVVIH) suivis en ambulatoire. Nos variables d'intérêts étaient d'ordre sociodémographiques, biologiques et de suivis. Les données ont été saisies sur Excel puis analysées sur Epi-Infos 7.2.5. **Résultats** : Un total de 163 patients suivis pour traitement ARV ont été recensés. La tranche d'âge la plus représentée était de 25-34 ans avec un ratio de 3,18 en faveur du sexe féminin. L'infection à VIH1 était prédominante à 100%. Dans notre étude 82,2% des patients respectaient le rendez-vous des renouvellements de l'ordonnance. La prise des médicaments conformément à la prescription du médecin était retrouvée dans 74,8% à J0, 89% à 3mois et 95,7% à 6mois de traitement. Le niveau d'observance était de 76,6% au début de l'étude 82,8% à 3 mois et à 95,7% à 6 mois de l'étude chez les patients suivis. Il existait une relation statistiquement significative entre le niveau d'observance et la présence des effets secondaires ($p=0,02$) et entre le niveau d'observance et la charge virale ($p=0,00$). Les causes d'inobservance les plus observées étaient respectivement l'oubli (42,9%), le refus pour effets indésirables (21,3%), le manque de moyen de déplacement (14,3%) et le manque de soutien familial (14,3%). **Conclusion** : Nous constatons une bonne observance thérapeutique chez les PVVIH de Sélingué. Les difficultés rencontrées étaient d'ordre sociales et économiques. L'engagement conjugué de tous les acteurs permettra de relever les défis.

Mots clés : Adultes, Antirétroviraux, Observance thérapeutique, Sélingué.

SUMMARY :

Introduction: Compliance with antiretroviral treatment (ARV) is an essential element of therapeutic success allowing an improvement in virological, immunological and clinical results. In the absence of a study report prior to this one and given the need to achieve the UNAIDS objectives, we decided to evaluate compliance with ARV treatment among adult PV-HIV followed at the reference health center (CSRéf) of Sélingué on data from January 1, 2021 to June 30, 2021.

Methods: This was a descriptive cross-sectional study carried out at the CSRéf of Sélingué from January 1 to June 30, 2021. We carried out exhaustive sampling of the all patients living with HIV (PLHIV) followed on an outpatient basis. Our variables of interest were sociodemographic, biological and follow-up. The data were entered into Excel then analyzed on Epi-Infos 7.2.5.

Results: A total of 163 patients followed for ARV treatment were identified. The most represented age group was 25-34 years old with a ratio of 3.18 in favor of the female sex. HIV1 infection was predominant at 100%. In our study, 82.2% of patients kept their prescription renewal

appointments. Taking medications in accordance with the doctor's prescription was found in 74.8% on D0, 89% at 3 months and 95.7% at 6 months of treatment. The level of compliance was 76.6% at the start of the study, 82.8% at 3 months and 95.7% at 6 months of the study in the patients followed. There was a statistically significant relationship between the level of compliance and the presence of side effects ($p=0.02$) and between the level of compliance and viral load ($p=0.00$). The most observed causes of non-compliance were respectively forgetting (42.9%), refusal due to adverse effects (21.3%), lack of means of transportation (14.3%) and lack of family support. (14.3%). **Conclusion:** We note good therapeutic compliance among PLHIV in Sélingué. The difficulties encountered were social and economic. The combined commitment of all stakeholders will make it possible to meet the challenges.

Keywords: Adults, Antiretrovirals, Therapeutic compliance, Selingué.

INTRODUCTION

L'infection à VIH demeure un problème majeur de santé publique, c'est une infection rétrovirale chronique due à un virus de la famille des Rétroviridae qui agit par destruction du système immunitaire de l'organisme hôte. Il en résulte un syndrome dit syndrome d'immunodéficience acquise (sida) qui est le dernier stade de l'infection [1].

Le VIH peut se transmettre par le contact étroit et non protégé avec les liquides de l'organisme d'un sujet infecté : sang, lait maternel, sperme et sécrétions vaginales. La transmission hétérosexuelle est la plus prédominante dans les régions tropicales, en particulier en Afrique subsaharienne. Le pourcentage des adultes femmes de plus de 15 ans vivant avec le VIH reste stable depuis plusieurs années dans le monde de l'ordre de 50 %, mais il est de 58% en Afrique subsaharienne [2].

L'ONUSIDA estime qu'en 2009 ; 33.3 millions de personnes vivaient avec le VIH dans le monde, dont 30.8 millions d'adultes ; l'incidence de l'infection VIH était de 2.6 millions de personnes dont 2.1 millions d'adultes. L'Afrique subsaharienne, qui ne représente que 15 % de la population mondiale, demeure la région la plus durement touchée par l'épidémie à VIH avec 22.5 millions (68 %) de personnes infectées par le VIH [3].

Selon le rapport de l'OMS en 2013, ce fléau constitue aujourd'hui une pandémie avec 35.3 millions de séropositifs dans le monde et l'Afrique subsaharienne 25 millions de personnes vivant avec le VIH. Avec une séroprévalence de 1.3% en 2006 selon l'EDS IV, le Mali à l'instar des autres pays d'Afrique au Sud du Sahara n'est pas épargné par le VIH [4].

En 2017, 36.9 millions de personnes vivaient avec le VIH et 1.8 millions de personnes ont été nouvellement infectées dans le monde [5].

En 2018 et en juin 2019 ; 37.9 millions de personnes vivaient avec le VIH dont 36.2 millions d'adultes ; 1.7 millions de personnes ont été nouvellement infectées avec 1.6 millions d'adultes. La fin de juin 2019 ; 24.5 millions de personnes avaient accès au traitement antirétroviral [6].

La mise en place de l'initiative malienne d'accès aux antirétroviraux (IMAARV) en 2001 dans le but d'améliorer la qualité de la prise en charge des personnes vivant avec le VIH a permis l'effectivité de la gratuité de la prise en charge des personnes infectées par le VIH et le sida depuis juillet 2004, avec la mise en place des sites de traitement ARV qui était au nombre de 3 en 2001 ; 75 en 2009, et 95 en 2018 sur toute l'étendue du territoire Malien [7].

Le traitement antirétroviral est efficace pour diminuer la mortalité, le risque de SIDA, le risque de transmission et pour améliorer la qualité de vie mais aucune guérison. Le principe du traitement est de supprimer la répllication virale et de récupérer des CD4 (moyenne = 100/an) [8].

L'observance, définie comme le processus suivant lequel le patient suit les recommandations du médecin avec régularité, est un marqueur pronostic indiscutable de l'efficacité du traitement antirétroviral. Selon les études publiées, la non observance chez les patients adultes infectés par le VIH se situe entre 33 % et 88 %, alors qu'une observance d'au moins 95 % est requise pour garantir une suppression virale continue et complète. Cependant, en l'absence de standard de référence, l'observance est très difficile à estimer. Des facteurs liés au patient, au traitement et au temps affectent l'observance. On sait aussi que, pour chaque individu, l'observance est toujours susceptible de se modifier. L'observance à long terme des traitements antirétroviraux en Afrique est une question essentielle [9].

L'observance du traitement ARV est un élément essentiel du succès du traitement, tant au niveau du programme que du patient. Dans les pays développés, des études portant sur l'observance ont montré une corrélation entre le degré d'observance et l'amélioration des résultats virologiques, immunologiques et cliniques. En l'absence de mesure de la charge virale pour détecter de façon précoce un échec thérapeutique, l'observance devient un élément clé pour retarder ou empêcher la survenue de résistances aux médicaments et assurer une pérennité maximale aux schémas thérapeutiques de première intention. Toute stratégie visant à améliorer l'observance doit être basée sur la sensibilisation des patients avant le début et après le démarrage du traitement, et l'évaluation de leur niveau de compréhension du traitement. Le conseil en matière d'observance

comprend l'apport d'informations de base sur l'infection par le VIH et ses manifestations, les bénéfices et les effets secondaires liés à la prise d'ARV, la façon de prendre les médicaments. Le succès de l'observance dépend de la réduction du nombre de comprimés, le packaging des comprimés, la fréquence des prises, l'absence de contraintes d'ordre alimentaire, l'intégration des ARV dans le mode de vie du patient, et la participation de parents, amis ou membres de la communauté pour fournir au patient un soutien [10].

Une observance du traitement de 95% est nécessaire pour atteindre les objectifs thérapeutiques qui sont : prolonger la vie, diminuer la fréquence des affections opportunistes, arrêter ou ralentir la réplication virale, restaurer ou améliorer l'immunité. L'observance peut être évaluée par des méthodes directes : auto-questionnaires comportant des questions ouvertes et neutres, échelles visuelles analogiques. Ces méthodes comportent un risque de surestimation et des méthodes indirectes : décomptes de comprimés ou dosages sanguins de la charge virale et du taux de CD4 [11].

Les moyens de mesures et les déterminants de l'observance ainsi que les moyens pour diminuer le nombre de non observant sont mal connus par les PVVIH à Selingué. C'est pourquoi, il nous semble pertinent d'étudier l'observance du traitement dans le centre de sante de référence de Selingué.

MATERIELS ET METHODES :

Service de médecine du centre de santé de référence de la commune de Baya du district Sanitaire de Selingué avec les adultes vivants avec le VIH/SIDA suivis.

Elle était descriptive avec un recueil prospectif des données du Janvier 2020 au Juin 2020, soit une période de 6 Mois.

Ont été inclus dans notre étude tous les patients de plus de 15 ans vivants avec le VIH/SIDA qui étaient sous traitement ARV au centre de santé de référence de Selingué.

N'ont pas été inclus dans notre étude : les enfants de moins de 15ans ; Les adultes dépistés séropositifs en dehors de la période d'étude ; Les adultes sous traitement ARV qui avaient refusé de participer à notre étude.

Les données ont été saisies sur Word et Excel version 2016, traitées et analysées grâce au logiciel SPSS statistics version 20.

RESULTATS :

Résultats descriptifs :

Pendant la période de notre étude, nous avons recueilli un échantillon de 163 patients suivis sous ARV au centre de santé de référence de Selingué.

Données sociodémographiques

Tableau I : Répartition des patients selon le sexe.

Sexe	Effectif	Pourcentage (%)
Masculin	39	23,9
Féminin	124	76,1
Total	163	100

Le sexe ratio était égal à 0,31.

Tableau II : Répartition des patients selon les tranches d'âge.

Tranche d'âge	Effectif	Pourcentage (%)
15 à 24 ans	26	16,0
25 à 34 ans	63	38,7
35 à 44 ans	47	28,8
45 à 54 ans	21	12,9
> 55 ans	6	3,7
Total	163	100

L'âge compris entre 25-34 ans représentait 38,7%.

L'âge moyen était $33,5 \pm 10,5$ ans [16 -71] ans.

Les données cliniques et paracliniques

Tableau III : Répartition des patients selon les comorbidités.

Comorbidités	Effectif (n= 21)	Pourcentage (%)
Tuberculose	10	47,6
Hépatite B	8	38,1
Autres*	3	14,3

*= Diabète (1) HTA (2).

Les patients qui avaient manifesté la tuberculose associée au VIH au cours de l'étude était majoritaire avec un taux 47,6 %.

Tableau IV : Répartition des patients selon le Schéma utilisé.

Schéma utilisé	Effectif	Pourcentage (%)
TDF/3TC/EFV	159	97,5
AZT/3TC/EFV	4	2,5
Total	163	100

Le schéma thérapeutique TDF/3TC/EFV avait représenté 97,5% des cas.

Tableau V : Répartition des patients selon le niveau d'observance à J0 de l'étude

Le niveau d'observance à J0 de l'étude	Effectif	Pourcentage (%)
Bonne	125	76,7
Mauvaise	38	23,3
Total	163	100,0

La bonne observance représentait 76,7% des cas.

Tableau VI : Répartition des patients selon la Classification OMS à J0 de l'étude

Stade OMS à J0 de l'étude	Effectif	Pourcentage (%)
Stade I	96	58,9
Stade II	48	29,4
Stade III	16	9,8

Stade IV	3	1,8
Total	163	100,0

Le Stade I de la Classification OMS était retrouvé chez 58,9% des patients au début de l'étude

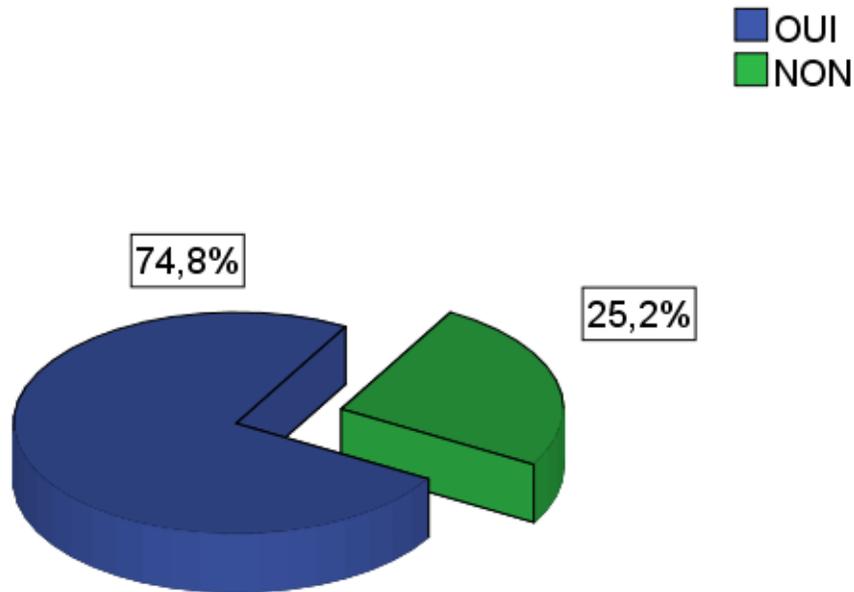


Figure 1 : Répartition des patients selon la prise du médicament conformément à la prescription du médecin à J0 de l'étude

La prise du médicament conformément à la prescription représentait 74,8% des cas.

Tableau VII : Répartition des patients selon la survenue des effets secondaires à J0 de l'étude

Effets secondaires à J0	Effectif	Pourcentage (%)
Non	121	74,2
Oui	42	25,8
Total	163	100,0

Plus du quart de nos patients ont présenté un effet secondaire soit un taux de 25,8% des cas.

Tableau VIII : Répartition des patients selon les causes d'inobservances à J0 de l'étude

Causes d'inobservance à J0 de l'étude	Effectif (n=38)	Pourcentage (%)
Oubli	15	39,5
Refus pour effets secondaires	9	23,7
Voyage	7	18,4
Refus non justifier	3	7,9
Autres*	4	10,5
Total	38	100

*= Manque de moyens de déplacement (1) Manque moyen financier (1) Travaux champêtre (2)

L'oubli était retrouvé chez 39,5% des inobservants.

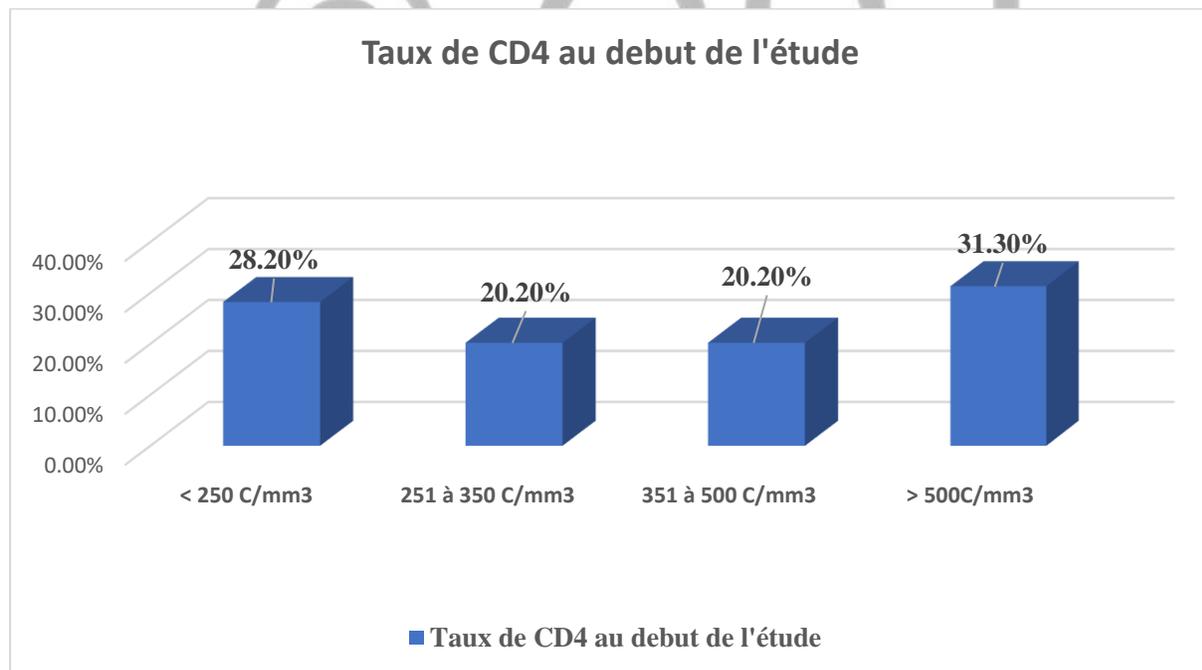


Figure 2 : Répartition des patients selon le taux de CD4 à J0 de l'étude

Le taux de CD4 >500/mm³ représentait 31,3% des cas.

Tableau IX : Répartition des patients selon la charge virale à J0 de l'étude

Charge virale J0 de l'étude	Effectif	Pourcentage (%)
Non fait	67	41,1
<1000 copies/ml	51	31,3
≥1000 copies/ml	45	27,6
Total	163	100,0

La Charge virale <1000 copies/ml représentait 31,3% des cas selon l'OMS.

Tableau X : Répartition des patients selon le niveau d'observance à M6 de l'étude.

Niveau d'observance à M6 de l'étude	Effectif	Pourcentage (%)
Bonne	156	95,7
Mauvaise	7	4,3
Total	163	100,0

L'observance était bonne dans 95,7% des cas.

Tableau XI : Répartition des patients selon la classification clinique de l'OMS à M6 de l'étude

Stade clinique de l'OMS à M6 de l'étude	Effectif	Pourcentage (%)
Stade I	141	86,5
Stade II	18	11,0
Stade III	4	2,5
Total	163	100,0

Près de 90% de nos patients étaient de stade I de la classification de l'OMS à M6 de l'étude.

Tableau XII : Répartition des patients selon les types effets secondaires à M6 de l'étude

Types d'effets secondaires à M6	Effectif (n=11)	Pourcentage (%)
Nausées	5	45,5
Prurit	3	27,3
Autres*	2	18,2
Céphalées	1	9
Total	11	100

* Insomnie (1) Asthénie (1)

Les nausées étaient retrouvées chez près de 50% des patients qui ont présenté des effets secondaires à M6 de l'étude.

Tableau XIII : Répartition des patients selon les causes d'inobservance à M6 de l'étude

Causes d'inobservance M6 de l'étude	Effectif (n=7)	Pourcentage (%)
Oubli	4	57,1
Voyage	2	28,6
Refus pour effets secondaires	1	14,3
Total	7	100

L'oubli était retrouvé chez plus de la moitié des patients inobservant à M6 de l'étude.

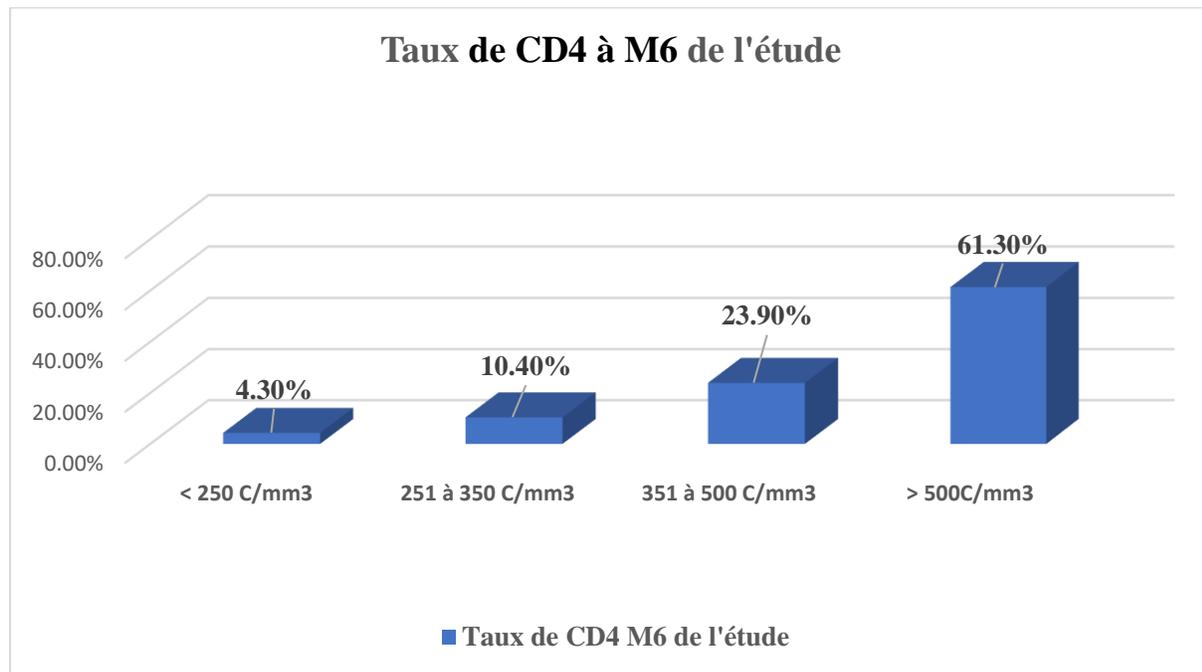


Figure 3 : Répartition des patients selon le taux de CD4 à M6 de l'étude.

Le taux de CD4 >500/mm3 représentait 61,3% des cas.

Tableau XIV : Répartition des patients selon la Charge virale à M6 de l'étude

Charge virale à M6 de l'étude	Effectif	Pourcentage (%)
<1000 Copies/ml	98	60,1
≥1000 Copies/ml	16	9,8
Non fait	49	30,1

La Charge virale <1000 Copies/ml avait représenté 60,1% des cas selon l'OMS.

Résultats analytiques

Résultats analytiques à J0 de l'étude

Tableau XV : Relation entre le niveau d'observance et la classification CDC à J0 de l'étude

Niveau d'observance à J0 de l'étude	Classification selon CDC			Total
	Stade A	Stade B	Stade C	
Bonne	83	40	2	125
	66,4%	32,0%	1,6%	100,0%
Mauvaise	1	21	16	38
	2,6%	55,3%	42,1%	100,0%

Total	84	61	18	163
	51,5%	37,4%	11,0%	100,0%

Il y'avait une relation statistiquement significative entre le niveau d'observance et la classification CDC à J0 de l'étude avec $p = 0,00$.

Tableau XVI : Relation entre le niveau d'observance et la classification de l'OMS à J0 de l'étude

Niveau d'observance à J0 de l'étude	Classification selon OMS				Total
	Stade I	Stade II	Stade III	Stade IV	
Bonne	95	28	2	0	125
	76,0%	22,4%	1,6%	0,0%	100,0%
Mauvaise	1	20	14	3	38
	2,6%	52,6%	36,8%	7,9%	100,0%
Total	96	48	16	3	163
	58,9%	29,4%	9,8%	1,8%	100,0%

Le niveau d'observance avait une relation statistiquement significative avec la classification de l'OMS avec $p = 0,00$.

Tableau LI : Relation entre le niveau d'observance et la prise du médicament conformément à la prescription du médecin à J0 de l'étude

Niveau d'observance à J0 de l'étude	Prise du médicament conformément à la prescription du médecin		Total
	OUI	NON	
Bonne	115	10	125
	92,0%	8,0%	100,0%
Mauvaise	7	31	38
	18,4%	81,6%	100,0%
Total	122	41	163
	74,8%	25,2%	100,0%

Le niveau d'observance avait une relation statistiquement significative à la prise du médicament conformément à la prescription du médecin avec $p = 0,00$.

Tableau XVII: Relation entre le niveau d'observance et la présence d'effets secondaires à J0 de l'étude

Niveau d'observance à J0 de l'étude	Effets secondaires à J0		Total
	OUI	NON	
Bonne	27	98	125
	21,6%	78,4%	100,0%
Mauvaise	15	23	38
	39,5%	60,5%	100,0%
Total	42	121	163
	25,8%	74,2%	100,0%

Il existait une relation statistiquement significative entre le niveau d'observance et la présence des effets secondaires avec $p = 0,02$.

Tableau XVIII : Relation entre le niveau d'observance et les types d'effets secondaires à J0

Types d'effets secondaires à J0 de l'étude	Le niveau d'observance à J0 de l'étude		Total
	Bonne	Mauvaise	
Nausée	8	7	15
	53,3%	46,7%	100,0%
Vomissement	1	1	2
	50,0%	50,0%	100,0%
Diarrhée	2	1	3
	66,7%	33,3%	100,0%
Céphalée	5	2	7
	71,4%	28,6%	100,0%
Prurit	4	2	6
	66,7%	33,3%	100,0%

Douleur Abdominale	1	0	1
	100,0%	0,0%	100,0%
Autres	6	3	9
	66,7%	33,3%	100,0%

Le niveau d'observance n'était pas lié aux types des effets secondaires avec $p = 0,29$.

Tableau XIX : Relation entre le niveau d'observance et les causes d'inobservance à J0 de l'étude

Causes d'inobservance à J0 de l'étude	Le niveau d'observance à J0 de l'étude		Total
	Bonne	Mauvaise	
Oubli	0	21	21
	0,0%	100,0%	100,0%
Refus non justifier	0	2	2
	0,0%	100,0%	100,0%
Refus pour effets secondaires	0	6	6
	0,0%	100,0%	100,0%
Voyage	1	4	5
	20,0%	80,0%	100,0%
Autres	1	4	5
	20,0%	80,0%	100,0%

IL y'avait une relation entre le niveau d'observance et de la cause d'inobservance avec $p = 0,00$.

Tableau XX : Relation entre le niveau d'observance et le taux de CD4 à J0 de l'étude.

Niveau d'observance à J0 de l'étude	Taux de CD4 à J0 de l'étude				Total
	<250C/mm3	251 à 350	351 à 500/mm3	>500/mm3	
Bonne	11	30	33	51	125
	8,8%	24,0%	26,4%	40,8%	100,0%
Mauvaise	35	3	0	0	38
	92,1%	7,9%	0,0%	0,0%	100,0%

Total	46	33	33	51	163
	28,2%	20,2%	20,2%	31,3%	100,0%

Le niveau d'observance avait une relation avec le taux de CD4, $p = 0,00$

Tableau XXI : Relation entre le niveau d'observance et la charge virale à J0 de l'étude.

Niveau d'observance à J0 de l'étude	Charge virale à J0 de l'étude			Total
	<1000 copie/ml	>1000 copie/ml	Non fait	
Bonne	51	17	57	125
	40,8%	13,6%	45,6%	100,0%
Mauvaise	0	28	10	38
	0,0%	73,7%	26,3%	100,0%
Total	51	45	67	163
	31,3%	27,6%	41,1%	100,0%

Il existait une relation statistiquement significative entre le niveau d'observance et la charge virale avec $p = 0,00$.

Les résultats analytiques à M6 de l'étude

Tableau XXII : Relation entre le niveau d'observance et la classification CDC à M6 de l'étude

Niveau d'observance à M6 de l'étude	Stade CDC M6 de l'étude			Total
	Stade A	Stade B	Stade C	
Bonne	125	31	0	156
	80,1%	19,9%	0,0%	100,0%
Mauvaise	0	0	7	7
	[0,0%]	0,0%	100,0%	100,0%
Total	125	31	7	163
	76,7%	19,0%	4,3%	100,0%

Il y'avait un lien entre le niveau d'observance et la classification CDC avec $p = 0,00$.

Tableau XXIII : Relation entre le niveau d'observance et la classification OMS à M6 de l'étude

	Stade OMS M6 de l'étude	Total
--	-------------------------	-------

Niveau d'observance à M6 de l'étude	Stade I	Stade II	Stade III	
Bonne	141	15	0	156
	90,4%	9,6%	0,0%	100,0%
Mauvaise	0	3	4	7
	0,0%	42,9%	57,1%	100,0%
Total	141	18	4	163
	86,5%	11,0%	2,5%	100,0%

Le niveau d'observance était lié à la classification de l'OMS avec $p = 0,00$.

Tableau XXIV : Relation entre le niveau d'observance et le respect des rendez-vous du renouvellement des ordonnances à M6 de l'étude

Niveau d'observance à M6 de l'étude	Respect des rendez-vous M6		Total
	Oui	Non	
Bonne	148	8	156
	94,9%	5,1%	100,0%
Mauvaise	4	3	7
	57,1%	42,9%	100,0%
Total	152	11	163
	93,3%	6,7%	100,0%

Il y'avait un lien statistique entre le niveau d'observance et le respect des rendez-vous du renouvellement des ordonnances avec $p = 0,00$.

Tableau XXV : Relation entre le niveau d'observance et la prise du médicament conformément à la prescription du médecin à M6 de l'étude

Niveau d'observance à M6 de l'étude	Prise du médicament conforme à la prescription M6		Total
	OUI	NON	
Bonne	151	5	156
	96,8%	3,2%	100,0%

Mauvaise	5	2	7
	71,4%	28,6%	100,0%
Total	156	7	163
	95,7%	4,3%	100,0%

Le niveau d'observance était statistiquement lié à la prise du médicament conformément à la prescription du médecin avec $p = 0,00$.

Tableau XXVI : Relation entre le niveau d'observance et les types d'effets secondaires à M6 de l'étude

Types d'effets secondaires à M6	Le niveau d'observance à 6 mois de l'étude		Total
	Bonne	Mauvaise	
Nausées	3	2	5
	60,0%	40,0%	100,0%
Céphalées	1	0	1
	100,0%	0,0%	100,0%
Prurit	3	0	3
	100,0%	0,0%	100,0%
Autres	2	0	2
	100,0%	0,0%	100,0%

Le niveau d'observance n'était pas statistiquement lié aux types des effets secondaires avec $p = 0,06$.

Tableau LXVIII : Relation entre le niveau d'observance et les causes d'inobservance à M6 de l'étude.

Causes d'inobservance M6 de l'étude	Le niveau d'observance à 6 mois de l'étude		Total
	Bonne	Mauvaise	
Oubli	0	4	4
	0,0%	100,0%	100,0%
Refus pour effets secondaires	0	1	1
	0,0%	100,0%	100,0%

Voyage	0	2	2
	0,0%	100,0%	100,0%

Aucune cause d'inobservance n'avait été retrouvée parmi les patients qui avaient une bonne observance à M6. Le niveau d'observance dépendait de la cause d'inobservance $p = 0,00$.

Tableau XXVII : Relation entre le niveau d'observance et le taux de CD4 à M6 de l'étude.

Niveau d'observance à M6 de l'étude	Taux de CD4 M6 de l'étude				Total
	<250C/mm ³	251 à 350/mm ³	351 à 500/mm ³	>500/mm ³	
Bonne	0 0,0%	17 10,9%	39 25,0%	100 64,1%	156 100,0%
Mauvaise	7 100,0%	0 0,0%	0 0,0%	0 0,0%	7 100,0%
Total	7 4,3%	17 10,4%	39 23,9%	100 61,3%	163 100,0%

Il y'avait une relation statistique entre le niveau d'observance et le taux de CD4 avec $p = 0,00$.

Tableau XXVIII : Relation entre le niveau d'observance et la charge virale à M6 de l'étude

Niveau d'observance M6 de l'étude	Charge virale M6 de l'étude			Total
	<1000 Copies/ml	>1000 Copies/ml	Non fait	
Bonne	98 62,8%	13 8,3%	45 28,8%	156 100%
Mauvaise	0 0,0%	3 42,9%	4 57,1%	7 100%
Total	98 60,1%	16 9,8%	49 30,1%	163 100%

Le niveau d'observance était statistiquement lié à la charge virale avec $p = 0,00$.

DISCUSSION :

Cette étude a abouti à des résultats suivants :

- Le niveau d'observance était de 76,6% à au début de l'étude et 82,8% à 3 mois ainsi qu'à 95,7% à 6 mois.
- Les patients qui étaient au stade A selon la classification CDC et au stade I selon la classification OMS étaient mieux observant
- Le taux de $CD4 < 250/mm^3$ était à 28,2% au début de l'étude ; 16% à 3 mois de l'étude et 4,3% à 6 mois
- Le taux de $CD4 > 500/mm^3$ suivait une progression de 31,3% au début à 38,7% à 3 mois et à 61,3% à 6 mois ; de la même que la charge virale < 1000 copies de 31,3% au début à 60,1% à 6 mois
- Les patients qui n'avaient pas réalisé de charge virale au début de l'étude était 41,1% et à 6 mois de l'étude 30,1% (due à la manque de cet bilan au CS Ref)

Sexe

Plus de la moitié de nos patients furent des femmes 76,1% Cette prédominance féminine avait été trouvée par CB Doumbia [12] et MM Diakité [13] qui ont trouvé 74,5% et 61,9%.

La vulnérabilité de la femme à l'infection au VIH s'explique par sa constitution biologique, la détection de l'infection chez la femme tôt au cours des différentes consultations prénatales, l'exposition prolongée des muqueuses cervicales et vaginales au sperme infecté, le rôle favorisant les IST, est leur faible niveau d'alphabétisation. Dans plusieurs pays les jeunes femmes ont des niveaux d'information et des connaissances relatives au SIDA inférieur à ceux des hommes Au mali le niveau de connaissances liées au VIH des jeunes femmes est estimé à moins de 10%.

Age

Les jeunes adultes (25–34 Ans) ont été les plus représentés 38,7%. Cette tranche a été retrouvé à Bamako par M Diallo [14] et en France [15] soit 52,22% de l'échantillon Dans notre étude l'âge moyen a été de 33,5 plus ou moins 10,5 ans avec des extrêmes de 16 et 71 ans. Ce résultat est comparable à ce trouvé à kayes par le groupe de travail Karabinta Y et al [16] qui ont trouvé une moyenne d'âge de 34,8

Résidence

Plus de la moitié de nos patients vivaient hors de la ville de Selingué soit 56,4%. Ce résultat est contraire à celui de A SAMAKE [17] qui a trouvé 75,0% des patients vivants en zone urbaine. Cela peut s'expliquer par le fait qu'une petite partie de la commune de Baya est située en avant du fleuve dont Selingué en fait partie, et d'autre par l'existence des zones minières, rizicultures en arrière du fleuve

Statut matrimonial

La plupart des patients de notre étude étaient mariés soit 67,5% retrouvé par M Maiga [18] et FOMO KOUEGOUE D [19] qui ont trouvé respectivement 70,2% et 75,9 %

Régime matrimonial

La polygamie était prédominante avec 53,4%. Ce même résultat a été trouvé au centre de santé de référence de la commune V de Bamako à l'Unité de Soins d'Accompagnement et de Conseil par O Mariko [20] qui avait trouvé 53% de régime polygamique

Profession

Les femmes au foyer étaient les plus nombreuses avec 46,0% résultat comparable à ceux de F OUMAR [21] qui trouve 51,9% pour VIH1+2 et 45,7% des femmes pour le VIH2

Niveau d'instruction

Les non scolarisés étaient plus fréquentes avec 65,6% comparable à ceux de KORKOSS M [22] qui a trouvé 67,4%

Type VIH

L'infection à VIH1 était prédominante à 100% dans notre étude Cette tendance a été retrouvée dans les travaux de Traoré M et al [23] et NIAMBELE M S [24] dont 94,2% et 97,8% ont été ressorti, ceci pourrait s'expliquer par la faible prévalence du VIH2 en Afrique, de plus le VIH1 serait le sérotype prédominant au Mali. La majorité des patients étaient sous le schéma TDF+3TC+EFV soit 97,5%. Ce résultat est un peu supérieur à ceux de NIAMBELE M S [25] qui a trouvé 71,1%

La coïnfection tuberculose/VIH était 6,1% inférieur à ceux trouvés en Côte d'Ivoire par le groupe de travail P A Sanogo et al [26] qui était de 20%.

Niveau d'observance :

Le niveau d'observance était bon de 76,6% à 95,7%. Ce résultat était comparable a celui de l'étude I I Sidibe [27] à Sikasso et de D K BAGAYOKO [28] à Bamako qui ont trouvé respectivement 71,7% et 88,5% de bonne observance

Respect du renouvellement :

Dans notre étude 82,2% des patients respectaient le rendez-vous des renouvellements de l'ordonnance. Ce résultat est supérieur à celui de E DEMBELE [29] qui avait trouvé 73,3% de respect des rendez-vous des renouvellements de l'ordonnance.

Prise des médicaments conformément à la prescription du médecin :

Les patients qui n'avaient manqué aucune prise de médicaments étaient majoritaires soit 62,6% au début de l'étude 71,2% à 3mois de et 85,3% à 6mois. Ce résultat est contraire a celui de B Dagnoko [30] qui avait trouvé plus de trois (3) prise manqué à 82,1%

Effets secondaires :

Les patients qui n'avaient pas présenté d'effet secondaire étaient plus observant. Ce même résultat a été trouvé à Kinshasa par le groupe de travail **Benilde Bepouka Izizag et al [31]**

Cause d'inobservance :

Oubli représentait la principale cause d'inobservance au cours de l'étude ; Ce même résultat a été trouvé à Kinshasa par le groupe de travail **Benilde Bepouka Izizag et al [31]**

CONCLUSION :

Nous avons obtenus une bonne observance chez 96% des patients à M6 de l'étude contre 76,6% au début de l'étude, ce qui montre que la majorité était observant et cela grâce aux séances d'Education Thérapeutique (ETP) mise en place. Ce qui nous permet d'affirmer une bonne observance chez les PV VIH adultes suivies au CSRéf de Sélingué. L'inobservance retrouvé avait pour cause principale l'oubli des prises médicamenteuses et aussi les effets secondaires des médicaments. L'observance du traitement est un moyen efficace pour l'atteinte des objectifs 95X95X95 de l'ONU Sida.

REFERENCES

1. BARRY, MC, SIDIBE, S, DIALLO, ML, DIALLO, FB, BAH, AB.

Echecs thérapeutiques chez des enfants infectés par le VIH au service de pédiatrie de l'hôpital national Ignace Deen de Conakry/ Treatment failure among HIV infected children follow-up in pediatric service in the Ignace Deen National Hospital in Conakry, Rev int sc méd Abj -RISM-2019 ;21,1:44-49, <http://www.revues-ufhb-ci.org> consulté le 15/1/2020

2. Prof Aubry, P, Dr Gaüzère, BA.

Infection par le VIH/Sida et tropiques, Médecine Tropicale, 2019 ; 20 :1-19 , <http://www.medecinetropicale.com>; consulté le 16/1/2020

3. Kouanda, S, Yameogo, WMS, Berthe, A, Bila, BFK, Bocoum Y, Somda, A, Doulougou, B, et al

Self-disclosure of a HIV-positive serostatus : Factors favoring disclosure and conséquences for persons living with HIV/AIDS in Burkina Faso. Rev. Epidemiol Sante Pub. 2012 ;60,3 :221-8, [http:// www.Science direct.com](http://www.Science direct.com) consulté le 7/10/2019

4. DAOU, A, DIALLO, B, KELLY, B, DAO, S, TRAORE, AK, TRAORE, A et al

EVALUATION DES ACTIVITES DU PROGRAMME DE PREVENTION DE LA TRANSMISSION MERE ENFANT DU VIH DANS LA REGION DE SEGOU AU MALI. Rev ml SC et Tech, 2018 ; 20 :87-100 , <http://www.revues.ml>, consulté le 4/12/2019

5. Pelletier SJ.

La prophylaxie préexposition (PrEP) pour la prévention du VIH chez les hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes (HARSAH) à Bouaké, en Côte d'Ivoire, Mémoire de Maîtrise Santé Publique (M. Sc.), Québec, Canada, 2019 ; p 143 ; <http://www.corpus.ulaval.ca/jspui/handle>, consulté le 7/10/2019

6. Organisation des Nations Unies.

Statistiques mondiales sur le VIH, Genève, ONUSIDA 2019 ; [1-7] ; <http://www.unaids.org>; consulté le 22/12/201

7. COMITE SECTORIEL DE LUTTE CONTRE LE SIDA

RAPPORT ANNUEL DE PRISE EN CHARGE ANTIRETROVIRALE DU VIH ET DU SIDA, Bamako (Mali) : CSLS 2016 ; <http://www.fast-trackcities.org> ; consulté le 16/1/2020

8. Dr Tattevin P

Infection VIH: généralités, et traitement ARV dans les PED en 2014 ; CHU Pontchaillou, Rennes, Corevih2014 ; <http://www.corevih-bretagne.fr>; consulté le 16/1/2020

9. Bastard, M, Basty, Koita Fall, M, et le groupe d'étude de la Cohorte ANRS 1215.

Observance à long terme au traitement antirétroviral au Sénégal, Soc. Pathol. Exot. 2014 ; 107 : 241-3 ; [http:// www.pathexo.fr](http://www.pathexo.fr) ; consulté le 15/1/2020

10. Organisation mondiale de la Santé

TRAITEMENT ANTIRÉTROVIRAL DE L'INFECTION À VIH CHEZ L'ADULTE ET L'ADOLESCENT EN SITUATION DE RESSOURCES LIMITÉES : VERS UN ACCÈS UNIVERSEL, Genève, OMS 2008 ; <http://www.who.int/vih/pub> ; consulté le 16/1/2020

11. Mbopi-Kéou, F-X, Djomassi, LD, Monebenimp, F.

Etude des facteurs liés à l'observance au traitement antirétroviral chez les patients suivis à l'Unité de Prise En Charge du VIH/SIDA de l'Hôpital de District de Dschang, Cameroun. Pan African Médical journal, 2012 ; 12 : 55, <http://www.Panafrican-med-journal.com> ; consulté le 4/12/2019

12. DIAKITE Mohamed Moussa

PRATIQUE SEXUELLES ET OBSERVANCE THERAPEUTIQUE DES PERSONNES VIVANT AVEC LE VIH A L'USAC DU CENTRE DE SANTE DE REFERENCE DE LA COMMUNE V DU DISTRICT DE BAMAKO ; Thèse de médecine Bamako 2010 p107

13. Cheick Boukounta Doumbia

EVOLUTION DE LA CHARGE VIRALE A 6 MOIS CHEZ LES PATIENTS IMMUNODEPRIMES AU VIH1 SOUS TRAITEMENT ARV Thèse de médecine Bamako 2010 p 97

14. Lot F, Smati J, Montlahuc C, Cazein F, Barin F, Le Strat Y, et al.

Découvertes de séropositivité VIH chez les jeunes en France, 2003-2013. Bull Epidémiol Hebd. 2015;(40-41) :744-51. <http://www.invs.sante.fr>

15. Moumine DIALLO.

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 Thèse de médecine Bamako 2014 Page 64

16. Karabinta Y, Konaté I, Dicko A, Cissé L, Samaké M, Touré A, et al .

ASPECTS EPIDEMIOLOGIQUES ET CLINIQUES DU PRURIGO CHEZ LES PERSONNES VIVANT AVEC LE VIH A L'HOPITAL FOUSSEYNI N'DAOU DE KAYES, MALI.

Epidemiological and clinical aspects of prurigo in HIV infected patients in Fousseyni N'DAOU hospital of Kayes, Mali. MALI MEDICAL 2018 33(2) 13-16

17. Alassane SAMAKE

Etude des références des personnes vivantes avec le VIH dans le service des Maladies infectieuses et Tropicales du C H U du Point G Thèse de médecine Bamako2020 Page 54

18. MAHAMANE MAIGA.

CONCORDANCE CD4 ET STADE CLINIQUE AU COURS DU VIH/Sida Thèse de médecine Bamako2013 ; p80

19. FOMO KOUEGOUE DORYNE

ETAT NUTRITIONNEL ET TOLERANCE AUX ANTIRETROVIRAUX CHEZ LES PERSONNES VIVANT AVEC LE VIH SUIVIES AU SERVICE DES MALADIES INFECTIEUSES DU CHU POINT G DE BAMAKO Thèse de médecine Bamako 2014 p101

20. Oumarou MARIKO

ASPECTS EPEDEMIOLOGIQUES, CLINIQUES ET THERAPEUTIQUES DU VIH/SIDA CHEZ LES PERSONNES AGEES DE 50 ANS ET PLUS A L'UNITE DE SOINS D'ACCOMPAGNEMENT ET DE CONSEIL DU CENTRE DE SANTE DE REFERENCE DE LA COMMUNE V DU DISTRICT DE BAMAKO Thèse de médecine Bamako 2020 90p

21. Fatoumata OUMAR (épouse MAIGA)

L'INFECTION PAR LES VIH1-VIH2 ASSOCIES DANS LES CHU GABRIEL TOURE ET DU POINT « G » DE BAMAKO Thèse de médecine Bamako 2009 p92

22. KORKOSS MAHAMADOU

ETUDE rétrospective de LA PRÉVALENCE DE L'INFECTION A hiv CHEZ LES FEMMES ENCEINTES Vues EN CONSULTATION PRÉNATALE DU 01 JANVIER 2008 AU 31 DÉCEMBRE 2009 A L'ASACOMSI A PROPOS DE 46 CAS Thèse de médecine Bamako 2011 p92

23. Traoré M , Kéita BS, Samaké D, Dembélé D Coulibaly DS Touré S

CAUSES DE DECES DES PATIENTS VIH POSITIF SOUS TRAITEMENT ANTIRETROVIRAL, HOSPITALISES A L'HOPITAL DE SIKASSO Revue malienne de science et de technologie, 2019 p122-129

24. NIAMBELE Maman Saran.

Vérification du type de VIH chez les patients sous Antirétroviraux au service des Maladies Infectieuses du CHU Point G, Bamako, Mali Thèse de médecine Bamako 2017 Page p61

**25. DIRECTION DE L'INFORMATIQUE ET DE ET DE L'INFORMATION SANITAIRE
PLAN STRATEGIQUE NATIONAL DE LA SURVEILLANCE DU VIH ET DES IST 2020-
2024 COTE D'IVOIRE PNSS 2019**

26. Issa Iliassa Sidibe

Evaluation du niveau de l'observance au traitement ARV chez les enfants à l'hôpital de Sikasso. Thèse de médecine Bamako 2011 p90

27. DRISSA KALOGA BAGAYOKO

EVALUATION DE L'OBSERVANCE DU TRAITEMENT ANTIRETROVIRAL DANS LE SERVICE DE MEDECINE DU CENTRE HOSPITALIER "MERE-ENFANT" "LE LUXEMBOURG Thèse de médecine Bamako 2011 p91

28. DEMBELE Essaye

IDENTIFICATION DES FACTEURS ASSOCIES A L'ECHEC THERAPEUTIQUE DES ARV CHEZ LES PATIENTS VIVANT AVEC LE VIH1 SUIVIS A L'HOPITAL FOUSSEYNI DAOU DE KAYES Thèse de phar Bamako 2018 p116

29. DAGNOKO B

OBSERVANCE AU TRAITEMENT ARV DES PVVIH ADULTES SUIVIS AU CENTRE DE SANTE DE REFERENCE DE BOUGOUNI Du 1er AVRIL 2018 AU 31 DECEMBRE 2018 Thèse de médecine Bamako **2019 90p**

30. Benilde Bepouka Izizag et al.

Déterminants de la non-observance au traitement antirétroviral chez l'adulte à Kinshasa. Pan African Medical Journal. 2020;37(157) <https://www.panafrican-med> consulté le 14/08/2021