

Les Facteurs associés à l'observance du traitement antirétroviral à l'hôpital du Point G

Factors associated with antiretroviral treatment observance at Point « G » hospital

Oumar AA ¹, Dao S ^{2,4}, Diamoutene A ^{2,3}, Coulibaly S ³, Koumare B ³, Maiga II ⁵, Mariko E ¹.

¹ Faculté de Médecine, de Pharmacie et d'odontostomatologie ; ² Service des Maladies Infectieuses, Hôpital du point G ; ³ Pharmacie Hospitalière, Hôpital du point G ; ⁴ Centre de recherche et de formation sur le VIH et la tuberculose, FMPOS ; ⁵Laboratoire de biologie médicale et d'hygiène hospitalière, Hôpital du point G, Bamako

Correspondance : Dr Aboubacar A. OUMAR Faculté de Médecine, de Pharmacie et d'OdontoStomatologie Bamako, BP : 1805 Tel/Fax : +223 222 81 09 Email : alabmai@yahoo.fr

RESUME

Objectif : Etudier les facteurs associés à l'observance du traitement ARV chez les patients suivis en milieu hospitalier à Bamako

Méthode : Enquête longitudinale avec recueil des données auprès des malades suivis dans l'un des trois plus grands sites de prise en charge des personnes atteintes du VIH/SIDA au Mali. Les personnes ont été considérées comme observantes si elles prenaient au moins 95% de leur traitement pendant le mois précédent l'enquête après vérification des comprimés restant.

Résultats : Les patients étaient entre 1 et 40 mois de traitement au moment de l'enquête. La moyenne d'âge était de 44 ans avec des extrêmes allant de 19 à 70 ans. L'association Lamivudine +Stavudine + Nevirapine (triomune) était la trithérapie la plus prescrite (34.2%). La mauvaise observance a été notée chez 58,5% des patients. Les principales causes de mauvaise observance ont été : l'oubli 47,5% (96/202) et les difficultés d'accès à l'hôpital 34,6% (70/202) . Les changements de molécules étaient dus essentiellement à la rupture de stock et aux effets secondaires. Le facteur associé à une bonne observance a été l'assistance du patient par un membre de la famille informé de la séropositivité.

Conclusion : L'implication de la famille de la personne vivant avec le VIH dans son traitement pourrait contribuer à améliorer l'observance au traitement ARV dans cet hôpital en particulier et en général au Mali.

Mots-clés : Observance, Antirétroviraux, Point G.

SUMMARY

Objective: To study the factors associated with the observance of treatment ARV among patients followed in hospital medium to Bamako

Method: Inquire longitudinal with collection of the data near the patients followed in one of the three greater sites of assumption of responsibility of the people reached with the VIH/SIDA to Mali. The people were regarded as observing if they took at least 95% of their treatment the moment of the investigation.

Results: The patients were between 1 and 40 months of treatment the moment of the investigation. The average age was 44 years with extremes going from 19 to 70 years. Association Lamivudine +Stavudine + Nevirapine (triomune) was the most prescribed antiretroviral therapy (34.2%). The bad observance was noted at 58.5% of the patients. The principal causes of bad observance were: the lapse of memory 47.5% (96/202) and difficulties of access to the hospital 34.6% (70/202). The changes of molecules were due primarily to the out-of-stock condition, and the side effects. The factor associated with a good observance was the assistance of the patient by a member of the family informed of seropositivity.

Conclusion: The interest of HIV patient to his treatment could contribute to enhance antiretroviral Adherence particularly in this hospital and generally in Mali

Keys words: observance, antiretroviral therapy, Mali.

INTRODUCTION

Le VIH/SIDA problème majeur de santé publique au Monde [1-4] a connu ses premiers succès thérapeutiques depuis les années 1985 avec la zidovudine, puis en 1996, avec les antiprotéases [1-4].

L'observance du traitement antirétroviral (TARV)

doit se concevoir comme le respect par le patient de la prescription médicamenteuse, le degré de concordance entre les recommandations du médecin et les comportements des malades [5,6]. La plupart des études montrent que 40 à 60% des patients ont un niveau d'observance inférieur 90% [6,7].Cependant, l'efficacité du

traitement passe par un taux d'observance supérieur ou égal à 95% [5,7,8]. Il n'existe pas de données sur l'observance des patients en milieu hospitalier de Bamako depuis la gratuité des antirétroviraux (ARV). Le but de notre étude était de déterminer les facteurs associés à l'observance du TARV à l'hôpital du point G.

MATERIELS ET METHODE

Il s'agit d'une étude prospective exhaustive. Notre étude s'est déroulée de février 2005 à janvier 2006 soit 12 mois. Elle a porté sur des patients séropositifs sous traitement ARV. Ont été inclus les patients sous ARV et suivis à l'hôpital du Point G, ayant au moins 1 mois de traitement et acceptant d'adhérer à l'étude. N'ont pas été inclus les patients séropositifs ne bénéficiant pas de traitement ARV, ceux sous ARV suivis en dehors de l'hôpital du point G. Notre étude s'est portée sur 344 de patients. Les variables étudiées ont été les suivantes : les variables socio-démographiques (âge, sexe, statut matrimonial, type du régime de mariage), les variables biologiques (nombre de lymphocytes T CD4 initial, puis 3 mois au cours du traitement et 6 mois), les variables thérapeutiques (le type de schéma thérapeutique, le traitement antirétroviral antérieur, le nombre d'effets indésirables au cours du suivi, l'observance mensuelle moyenne, et les causes de l'observance). Les personnes ont été considérées comme observantes si elles prenaient au moins 95% de leur traitement dans le mois précédant l'enquête. L'enquêteur comptait le nombre de comprimés restant au renouvellement de l'ordonnance à la pharmacie hospitalière du Point G. Un cahier de suivi individuel du patient était rempli. Les médicaments étaient délivrés au patient tout en l'informant de son prochain rendez-vous. Toutes ces activités étaient faites dans un cadre de confidentialité. Chaque patient, étant au moins à son deuxième mois, était interrogé par rapport aux facteurs le permettant une bonne observance et/ou une mauvaise observance, les effets secondaires, les ruptures de médicaments, les changements de régime. Notre recueil de données sur l'observance s'est basé principalement sur les informations recueillies dans la salle de dispensation au niveau de la pharmacie. Les données ont été saisies et analysées avec le logiciel Epi Info version 6.04cfr.

RESULTATS

De février 2005 à Janvier 2006, nous avons enquêté auprès de 345 malades sous traitement antirétroviral à l'hôpital du point-G. Le sexe féminin prédominait avec 63%.

Les ménagères étaient majoritaires; soit au nombre de 159/345 patients. La tranche d'âge de 30 à 49 ans a été prédominante avec 63,8%, une moyenne d'âge =44,5±25,5. L'association

lamivudine-stavudine-névirapine était la plus prescrite chez nos patients dans 34,2%. Le schéma le plus utilisé était 2INTR+1INNTR soit 86%. Les patients inobservants étaient de 202 cas (58,5%). Plus de la moitié (183/345) de nos patients sous traitement ARV étaient assistés soit par les parents, soit par leurs enfants ou soit par des proches dans 53%. Les causes d'inobservances des patients sous traitement ARV ont été l'oubli dans 47,5%, les difficultés d'accès à l'hôpital dans 34,6% (Tableau I). Chez quinze patients sous traitement ARV, (15/345) soit 4% la cause d'inobservance était les effets secondaires. (Vertiges, céphalée, cauchemars, insomnie). Les patients qui ont changé de régime thérapeutique étaient de 76 soit 22,0%. Le VIH1 était plus prédominant dans 84,6%. Le taux de CD4 initial majoritaire était dans la tranche de 200-499, soit 43,2%. (Tableau I). Les vertiges étaient les effets secondaires majoritaires chez nos patients dans 53,3% suite à la prise de l'Efavirenz. Plus les malades sont assistés par autres personnes de leur entourage, plus ils sont assidus soit 146/345. (Tableau II)

DISCUSSION

Alors qu'il n'existe pas de méthode de référence pour une évaluation quantitative de l'observance, celle ci est difficile à évaluer en Afrique est relativement limité en raison du plateau technique disponible (les dosages plasmatiques d'ARV ou l'usage de piluliers électroniques ne sont pas faisables localement) ou du niveau d'éducation des patients concernés (auto-questionnaires non adéquats dans une population à fort pourcentage d'illettrés) [9]. Cette étude a été réalisée au niveau de la pharmacie de l'hôpital du point G.

Données socio-épidémiologiques

Dans notre étude la moyenne d'âge est égale à 44,5 ± 25,5 ans avec des extrêmes de 19- 70. C'est la force vive qui a été la plus affectée. Ce résultat est conforme aux données de l'ONUSIDA créant ainsi un préjudice considérable pour les pays en développement qui sont les plus touchés [3].

Nous avons noté une prédominance féminine avec 63% soit un sex-ratio de 1,7. Ce résultat est similaire à ceux de Nachega et al en Afrique du Sud [10].

L'accessibilité de la population aux ARV sur le plan géographique est très limitée car seule les capitales régionales disposent de site de dispensation des ARV.

Facteurs liés à une bonne observance

Le taux global de bonne observance de 41,5% (143/345), est inférieur à ceux du Sénégal[14], au Burkina Faso [12]. Cette différence s'expliquerait par le fait que la présente étude en plus de l'interview des patients a aussi procédé à un comptage des comprimés restants.

Le mode de vie joue un rôle très important dans

la persévérance du traitement des malades. Ainsi la vie en couple était le mode de vie majoritaire pour nos patients avec 48,7%, ce qui favorisait l'assistance mutuelle du ou des partenaires. Chez 78.1% de nos patients une augmentation de leurs taux de CD4 a été constaté. Ce résultat est similaire à celui de Andreo et al qui ont rapporté un taux de 67,2%[11]. Le facteur associé à une bonne observance a été l'assistance du patient par un membre de la famille informé de la séropositivité. Ce résultat pourrait être lié à la dimension du soutien par les proches ou la famille. Andreo et al en 2001, ont confirmé ce résultat [11].

Les facteurs liés à une mauvaise observance

La proportion de sujets inobservants dans notre étude (58,5%) est sensiblement du même ordre que celui de Ouedraogo et al [12]. Cependant au Sénégal, Laurent et al en 2005, ont eu un taux de 79,8% pour un suivi de 2 à 3 ans [13]. Cette situation peut s'expliquer par la différence des approches méthodologiques. Les facteurs de mauvaise observance, ont été l'oubli 47,5% suivi des difficultés d'accès à l'hôpital (faute de frais de transport), effets secondaires, rupture des stocks, et abandon. Laurent et al au Sénégal en 2002, [14] et Fischer et al au Rwanda en 2006 [15], ont rapporté des résultats similaires. Les effets secondaires les plus fréquents étaient les vertiges 53,3%, les vomissements 26,6%, les bourdonnements 13,3% et les nausées 0,06% [14,15].

Prescription et délivrance des ARV

Dans notre étude, les patients étaient à divers mois de traitement, ceux qui étaient à plus de six (6) mois de traitement ont été les plus nombreux. Ce résultat est très encourageant par le fait que malgré les effets secondaires du traitement, les patients étaient observants. Dans notre étude le schéma 2INTR + 1INNTR a été le plus représenté soit 84.6%. Ces résultats sont en accord avec les recommandations actuelles [4,16]. La plupart de nos patients étaient satisfaits des molécules prescrites, seul un patient était insatisfait pour la simple raison que malgré les différentes prescriptions les signes du SIDA persistaient. Les changements de molécules dans les prescriptions étaient dus essentiellement à des ruptures de stock suivi d'effets secondaires. Dans notre étude l'association lamivudine-stavudine-névirapine (Triomune) a été la plus prescrite correspondant au schéma 2INTR + 1INNTR conformément aux recommandations de l'IMAARV [4].

CONCLUSION

L'introduction des antirétroviraux au Mali a suscité un engouement important auprès des praticiens et des personnes infectées par le VIH. Cependant une mauvaise observance peut conduire à l'échec des efforts déployés

.L'implication de la famille dans le traitement pourrait contribuer à améliorer l'observance aux ARV au Point G et au Mali.

REFERENCES

- 1- Gentilini M., Duflo B., Sida tropical in Médecine tropicale, Paris Flammarion 1986, 401-413.
- 2-ONUSIDA/OMS. Le point sur l'épidémie de SIDA : Décembre 2003. Genève 2003.
- 3-www.unaids.org consulté le 3 mars 2006
- 3-ONUSIDA/OMS. Rapport sur l'épidémie mondiale de SIDA : 5eme rapport mondial ; Juillet 2005. Genève 2005
- 4- Minta D, Maiga M Y, Traoré H A. Initiative Malienne d'accès aux Antirétroviraux. *Mali Med* 2002 ; 17 (3 et 4) : 63-4
- 5-Dalgallarondo S. Une recherche négociée. La thérapeutique VIH en France. *Social Travail* 2000 ; 42 :160-83.
- 6-OMS, Améliorer l'accès aux traitements dans les pays à ressources limitées. Recommandation de santé publique. *Avril 2002 1^{er} Edition Genève* ,1-37.
- 7-de jong MD, R J. Boer, F. De Wolf, et al. Overshoot of HIV-1-viraemia after early discontinuation of antiretroviral treatment. *AIDS* 1997, (11) : F79-F84.
- 8-Mouala C, Roux P, okome M, et al. Assessment of compliance with ARV treatment in Africa. *Med Trop* 2006 ; 66(6) :610-4.
- 9-Etkin NL, The negotiation of « side » effects in Hausa (Northern Nigeria) Therapeutics in : Etkin NI, Tan ML, (Eds) Medicines: meanings and contexts. *Quezon City: Health action information network* 1994,(1) 17-46.
- 10-Nachega JB, Hislop M, Dowdy DW, et al. Adherence to highly active antiretroviral therapy assessed by pharmacy claims predicts survival in HIV-infected South African adults. *J Acquir Immune Defic Syndr* 2006; 1 (43):78-84.
- 11--C.Andréo, A.D. Bouhnik, J.Soletti, et al. La non observance des patients infectés par le VIH, soutenus par une association communautaire. *Santé publique* 2001 ; 13 (3) :249-62.
- 12-Ouedraogo M., Bambara M., Zougba A.Z., Ouedraogo S.M., Birba E., et al., Intérêts et contraintes des traitements antirétroviraux dans un pays en développement. *Méd Afr Noire* 2001 ;(7) : 321-24.
- 13-Laurent C., Gueye F.N.N., Ndour C.T., et al. Long-Term benefits of highly active Antiretroviral therapy in Senegalese HIV-1-infected Adults. *AIDS* 2005 ;1 38,(1) :14-17
- 14- Laurent C., Diakhate N., Gueye F.N.N., et al. The Senegalese government's highly active antiretroviral therapy initiative: an 18-month follow-up study. *AIDS* 2002 ; 16(10) : 1363-1370
- 15- Fischer A., Karasi J-C., Kibibi D., et al. Antiviral efficacy and resistance in patients on

antiretroviral therapy in Kigali, Rwanda: the real-life situation in 2002. *HIV Medicine* 2006; 7: 64-66

16- Delfraissy JF et al. Recommandations du groupe d'experts. Prise en charge thérapeutique des personnes infectées par le VIH. Rapport 2004. *Médecine-Sciences, Flammarion, Paris* 280p. www.sante.gouv.fr

Tableau I : Les causes de mauvaise observance

Causes	Effectif	Pourcentage
Oubli	96	47,5
Difficulté d'accès à l'hôpital	70	34,6
Effets secondaires	15	7,4
Rupture des stocks	13	6,4
Abandon	8	4
Total	202	100

Tableau II : L'assiduité des patients sous traitement ARV, selon qu'ils étaient suivis ou non par une autre personne de la famille.

	Assiduité du patient au cours du traitement (N=345)					
	Bonne (n=230)		Moyenne (n=73)		Pas du tout (n=42)	
	Eff	%	Eff	%	Eff	%
Oui (n=182)	146	80,22	25	13,73	11	6,04
Non (n=163)	84	51,53	48	29,44	31	19,01

Eff : effectif

Khi =32,54 Degré de liberté =2 P =0,000001