



Centre Africain d'Etudes Supérieures en Gestion

**Mémoire pour l'obtention du
MBA EN GESTION DES SERVICES DE SANTE**

Option : Gestion des Programmes de Santé

29^{ème} promotion

Année académique : 2018-2019



THEME

**Contribution à l'amélioration de l'observance à la
thérapie antirétrovirale chez les personnes vivant avec
le VIH/SIDA : *cas de cinquante-quatre (54) patients
suivis à l'Hôpital Principal de Dakar (Sénégal)***

Préparé par :

Mamadou Oury SIDIBE

Encadré par :

Pr. Boubacar WADE

Professeur agrégé du Val de grâce

Enseignant associé au CESAG

OCTOBRE 2019

DEDICACE ET REMERCIEMENTS

DEDICACE

Je dédie ce travail :

- ✚ à ALLAH, l'Exalté qui a Fait apparaître les créatures du néant, à Lui toutes les Louanges ;
- ✚ à son Prophète MOUHAMMAD, que la Bénédiction et le salut d'Allah soient sur lui, l'Elu et la Meilleure des créatures dans leur totalité !!!

Pour le triomphe de l'humanité contre le VIH d'ici à 2030 ;

- ✚ à la mémoire de ma mère feu Djéinabou Lamarana DIALLO, pour tout l'héritage que vous m'aviez laissé à travers vos bénédictions qui illuminent ma voie à chaque instant. *Que votre âme repose en Paix et que le PARADIS soit votre demeure éternelle ;*
- ✚ à mon père El hadj Samba Bhoïe SIDIBE, pour votre engagement à défendre la vérité, la liberté, la piété, le travail et la bonne éducation de vos enfants. Vous êtes un modèle ;
- ✚ à mon frère aîné, Mamadou Aliou SIDIBE. Sans vous, je n'aurais pas connu le chemin du savoir. Vous avez fait le meilleur investissement en choisissant l'éducation de toute une génération. Vous ne m'avez jamais abandonné. Veuillez recevoir à travail ce travail, ma profonde gratitude ;
- ✚ à ma tendre épouse Madame SIDIBE Diariou Diallo pour ton accompagnement, l'affection et l'entretien de nos enfants qui m'ont permis de consacrer mes efforts uniquement dans l'atteinte de cet objectif. Que le Tout Miséricordieux nous comble de Sa grâce très immense ;
- ✚ à mes enfants, que mon parcours soit pour vous un exemple que vous devez dépasser ;
- ✚ aux autorités de la Banque centrale de la République de Guinée ;
- ✚ aux membres du personnel médical du Service des Maladies Infectieuses et Tropicales à l'Hôpital Principal de Dakar ;
- ✚ à mon maître Mamadou Oury BARRY (MOB) ; et
- ✚ à toutes les personnes vivant avec le Virus de l'Immunodéficience Humain.

REMERCIEMENTS

La réalisation de cette mission a été possible grâce au concours de plusieurs personnes à qui je voudrais témoigner toute ma reconnaissance. Il s'agit :

- ✚ des autorités de la Banque centrale de la République de Guinée, qui ont bien voulu m'accorder l'opportunité de poursuivre mes objectifs de développement professionnel ;
- ✚ de mon Directeur de mémoire, le Professeur Boubacar WADE : pour la confiance, la disponibilité et l'engagement à encadrer ce travail. Je vous remercie pour votre soutien, votre grande disponibilité et de la qualité de vos conseils depuis pendant les cours et durant la rédaction de ce mémoire. C'est l'occasion pour moi de vous témoigner du fond du cœur toute ma gratitude. Qu'ALLAH vous maintienne en très bonne santé ;
- ✚ de mon Maître de stage, le Professeur Khadidiatou M Bâ FALL, chef de Service des Pathologies Infectieuses à l'Hôpital Principal de Dakar. Je vous remercie pour votre intérêt et le soutien à la réalisation de ce travail dans votre service. Votre générosité et votre engagement dans la riposte contre le VIH/SIDA sur le plan international, Africain et Sénégalais font de vous une référence. Je vous souhaite une excellente carrière professionnelle et beaucoup de bonheur ;
- ✚ de mon Maître, le Professeur Daouda CISSE : votre contribution pour ce travail est énorme ;
- ✚ de mon DRH, *Monsieur Aboubacar CONDE* : ma profonde reconnaissance pour votre soutien ;
- ✚ de mon mentor, mon frère aîné Monsieur Souleymane DOUMBOUYA : vos conseils m'ont toujours permis d'atteindre mes réalisations. Je vous en remercie sincèrement ;
- ✚ de mon ami et frère Youssouf BALDE : mes amitiés ;
- ✚ de mon « binôme » le Dr Gnakoye FELEMOU : mes sincères remerciements ;
- ✚ de mon Maître, le Pr Mamadou Saliou SOW, du SMIT/CHU-DONKA ;
- ✚ de tous mes amis, particulièrement Hamidou BARRY, Abdoulaye Bailo DIALLO et Amadou DIALLO : mes remerciements pour vos soutiens inestimables ;
- ✚ de mon amie Dr Françoise SIROMA NSE'E NOMSILI, pour la franche collaboration durant le long de cette année d'étude ;
- ✚ de Madame BAH Djénabou Tébou, Ophtalmologiste;
- ✚ de tous mes collègues de la 29^{ème} Promotion en MBA/GSS au CESAG.

LISTE DES ABREVIATIONS ET SIGLES

ANCS	Alliance Nationale des Communautés pour la santé
CD4	Lymphocyte TCD4
CDC	Center for Disease Control and Prévention
CMU	Couverture Maladie Universelle
CNLS	Conseil National de Lutte contre le SIDA
ETP	Education Thérapeutique de Patient
HPD	Hôpital Principal de Dakar
HSH	Hommes qui ont des rapports Sexuels avec les Hommes
IO	Infections Opportunistes
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
ONUSIDA	Programme Commun de Nations Unies sur le VIH/SIDA
PDV	Perdu de vue
PEC	Prise en Charge
PNA	Pharmacie Nationale d'Approvisionnement
PNDS	Plan National de Développement Sanitaire
PS	Professionnelle du sexe
PVVIH	Personnes Vivant avec le VIH
RNP+	Réseau National des Associations PVVIH
SMIT	Service des Maladies Infectieuses et Tropicales
TARV	Traitement Antirétroviral
TATARSEN	Tester Traiter Retenir au Sénégal
VIH	Virus Immunodéficience Humain

SOMMAIRE

DEDICACE.....	II
REMERCIEMENTS	III
LISTE DES ABREVIATIONS ET SIGLES	IV
RESUME.....	VI
LISTE DES FIGURES :.....	VII
LISTE DES TABLEAUX :.....	VIII
INTRODUCTION GENERALE.....	1
PREMIÈRE PARTIE : ANALYSE SITUATIONNELLE ET CADRE THÉORIQUE.....	4
CHAPITRE 1 : ANALYSE SITUATIONNELLE.....	5
CHAPITRE 2 : LE CADRE THEORIQUE.....	19
DEUXIÈME PARTIE :.....	35
MÉTHODOLOGIE ET RÉSULTATS	35
CHAPITRE 3 : METHODOLOGIE DE L'ETUDE.....	36
CHAPITRE 4 : PRESENTATION DES RESULTATS	40
DEUXIÈME PARTIE : IDENTIFICATION DES CAUSES ET MISE EN ŒUVRE DE LA SOLUTION.....	57
CHAPITRE 5 : IDENTIFICATION ET PRIORISATION DES CAUSES RECENSEES	58
CHAPITRE 6 : IDENTIFICATION ET PRIORISATION DES SOLUTIONS.....	65
CHAPITRE 7 : PLAN DE MISE EN ŒUVRE DE LA SOLUTION PRIORITAIRE.....	69
RECOMMANDATIONS.....	81
CONCLUSION GENERALE	82

RESUME

L'avènement de la trithérapie a réduit considérablement la morbidité et la mortalité chez les personnes séropositives au VIH. Mais ce succès repose en grande partie sur l'adhésion du patient au traitement, donc l'observance. Cette étude a pour but d'identifier les facteurs associés à la mauvaise observance thérapeutique des PVVIH sous TARV à l'Hôpital Principal de Dakar, afin d'élaborer un plan de mise en œuvre de la solution prioritaire. **Méthodes :** il s'agit d'une étude transversale descriptive et analytique réalisée du 24 juillet au 30 septembre 2019. Deux méthodes ont été utilisées pour mesurer l'observance : les déclarations des patients et la régularité de renouvellements d'ordonnances à la pharmacie. Ont été définis mauvais observant, les patients ayant sauté au moins une prise de leur médicament ARV durant les sept derniers jours avant leur recrutement, et ceux ayant un coefficient de renouvellements d'ordonnances inférieur ou égal à 0,95. L'analyse bivariée associée à des outils de résolution de problèmes (Diagramme d'ISHIKAWA, le principe de Pareto et la technique du groupe nominal) ont permis d'identifier les principaux facteurs liés à la mauvaise observance chez les patients enquêtés. **Résultats :** cinquante-quatre PVVIH éligibles ont répondu au questionnaire. L'âge moyen des patients était de 49,9 ans et 20 % avaient plus de 60 ans. Les 55,6 % étaient de sexe féminin. Une discordance a été remarquée entre le niveau d'observance déclarée et l'observance calculée (81,5 % et 51,9 % respectivement). Quant à l'analyse des derniers résultats de la charge virale, le succès virologique était de 90 %. Les principales barrières à l'observance étaient le manque de connaissances sur le traitement ($p=0,00$) et l'oubli ($p=0,01$). **Conclusion :** la discordance observée entre les deux méthodes d'une part, et avec les derniers résultats de la charge virale (nettement élevés) démontre une fois de plus, l'importance et la fiabilité des méthodes biologiques. Les facteurs individuels étant les principales causes retenues et l'organisation de sessions de formation en éducation thérapeutique des patients a été la solution fiable. Un plan de mise en œuvre de ladite solution a été élaboré.

Mots clés : PVVIH, personnes séropositives au VIH ; traitement antirétroviral ; Observance ; mauvaise observance ; Education thérapeutique des patients ; Hôpital Principal de Dakar.

LISTE DES FIGURES :

Figure 1: Carte du Sénégal (source ANSD).....	6
Figure 2: Pyramide sanitaire du Sénégal.....	6
Figure 3: Circuit du malade PVVIH/SIDA.....	16
Figure 4: Répartition de la prévalence du VIH selon la région (EDS continue, 2017).....	22
Figure 5: Cascade des "90-90-90" en 2018.....	24
Figure 6: cascade des soins des enfants.....	25
Figure 7: Cadre conceptuel de la mauvaise observance au TARV.....	30
Figure 8: Soutien au traitement	Source : notre étude. 48
Figure 9: Connaissances sur l'observance.....	50
Figure 10: Recours au traitement traditionnel.....	51
Figure 11: Comportements en cas d'oubli.....	51
Figure 12: Niveau d'observance déclarée.....	52
Figure 13: Les raisons évoquées de la mauvaise observance.....	53
Figure 14: Les raisons de l'arrêt temporaire du TARV dans la revue documentaire.....	54
Figure 15: Le diagramme d'ISHIKAWA.....	61
Figure 16: diagramme de GANTT.....	76

LISTE DES TABLEAUX :

Tableau 1: Méthodes de mesure de l'observance.....	28
Tableau 2: Caractéristiques sociodémographiques (N=54)	41
Tableau 3: Caractéristiques liées à l'accessibilité aux soins (N=54)	43
Tableau 4: Caractéristiques clinico- biologiques	45
Tableau 5:Caractéristiques clinico- biologiques(suite)	46
Tableau 6: Relations avec le personnel médical	46
Tableau 7: Difficultés rencontrées dans la prise des médicaments	47
Tableau 8: Résultats de l'analyse bivariée	49
Tableau 9: Historique sur la non observance	53
Tableau 10: Priorisation des différentes causes	62
Tableau 11: Hiérarchisation des causes par fréquences cumulées décroissantes.....	63
Tableau 12: Choix de la solution prioritaire.....	68
Tableau 13: cadre logique du projet d'ETP 1/2	71
Tableau 14: cadre logique du projet d'ETP 2/2	73
Tableau 15: Plan d'action opérationnel	74
Tableau 16:Plan d'action opérationnel(suite)	75
Tableau 17: budgétisation du projet d'ETP	77
Tableau 18; plan de suivi-évaluation	79

INTRODUCTION GENERALE

Malgré des progrès considérables en termes de prévention et de prise en charge, l'épidémie d'infection par le Virus de l'Immunodéficience Humaine (VIH) reste une catastrophe mondiale [1]. Selon les données de 2018 du Programme commun des Nations Unies sur le SIDA (ONUSIDA), 37,9 millions [32,7 millions– 44,0 millions] de personnes vivaient avec le VIH dans le monde et 1,2 millions de personnes meurent chaque année du SIDA [2 ;47].

L'Afrique subsaharienne reste toujours le continent le plus touché avec 25,8 millions de personnes infectées par le VIH [1 ; 2].

Depuis l'introduction des combinaisons thérapeutiques hautement actives en 1996, des avancées significatives dans le traitement des personnes vivant avec le VIH (PVVIH) ont entraîné une baisse effective de la morbidité et de l'incidence de nouveaux cas de sida [1]. Les trithérapies antirétrovirales ont permis de changer le pronostic des malades infectés en conférant à cette pathologie un caractère chronique : 9,5 millions de décès ont pu être évités dans le monde entre 1995-2015, avec des retombées économiques très considérables [1 ; 2].

Fort de ces succès, l'ONUSIDA a fixé en 2015, des objectifs ambitieux à l'horizon 2030 pour aider à mettre fin à l'épidémie de SIDA dans le monde en passant par les cibles intermédiaires des « 90-90-90 » qui visent à ce que : 90 % des PVVIH connaissent leur séropositivité, 90 % d'entre elles reçoivent un traitement antirétroviral régulier, et qu'enfin 90 % des personnes traitées ont une suppression virale durable [1 ;6]. Si l'élargissement du traitement atteint ces objectifs, un total de 34,9 millions de décès devrait être évité entre 1995 et 2030, et environ 40,2 millions de nouvelles infections à VIH pourraient également être évitées [2 ; 48].

En 1998, le Sénégal a été le premier pays d'Afrique sub-saharienne à mettre en place un programme public de distribution de médicaments antirétroviraux (ARV) sur la base d'un engagement gouvernemental, en créant « l'Initiative sénégalaise d'accès aux ARV » (ISAARV) [51]. Il inscrit la riposte contre le VIH/SIDA au rang des priorités dans le domaine de la santé. A partir de ce moment, des résultats encourageants ont été enregistrés notamment : une baisse régulière des nouvelles infections, une augmentation significative des personnes mises sous traitement ARV (TARV) qui représentaient 51,6 % de l'ensemble des PVVIH en 2018, soit une augmentation de 4,4 % en quatre (4) ans.

Malheureusement, des difficultés liées à la lourdeur du traitement, aux effets secondaires multiples et donc aux problèmes d'observance sont apparues, compromettant ainsi le succès du traitement antirétroviral chez plusieurs patients.

Or, l'efficacité optimale des multithérapies antirétrovirales repose sur le strict respect des modalités de prises. C'est pourquoi, afin d'obtenir une efficacité virologique correcte, il est nécessaire qu'au moins 95 % des prises médicamenteuses soient effectives [4 ; 49 ; 50]. Une bonne observance au TARV est fondamentale pour atteindre les objectifs thérapeutiques à savoir : prolonger la vie, diminuer la fréquence des affections opportunistes, arrêter ou ralentir rapidement et durablement la réplication virale et restaurer ou améliorer l'immunité de la personne infectée [3 ; 51 ; 8 ; 14].

Cependant, de nombreux facteurs peuvent influencer sur l'observance dont les caractéristiques du patient, les particularités de la maladie, les modalités du traitement, les attitudes du médecin ou encore l'organisation du système de soins [14]. Ainsi, une étude sur les déterminants de la mauvaise observance au TARV s'avère imminente pour améliorer la qualité de la prise en charge des PVVIH et contribuer à l'atteinte des objectifs intermédiaires des « 90-90-90 ».

C'est dans ce contexte que nous essayerons d'identifier les déterminants de la mauvaise observance à la thérapie antirétrovirale chez les patients séropositifs au VIH, suivis à l'Hôpital Principal de Dakar (HPD). Dans une approche de résolution de problèmes, ce travail s'articule autour de trois (3) grandes parties.

La première partie sera consacrée à l'analyse situationnelle de l'environnement (interne et externe) puis à la présentation du cadre théorique faisant état de la situation épidémiologique du VIH, des résultats en matière de traitement antirétroviral au Sénégal aussi que le niveau d'observance et les facteurs déterminants ;

Dans la deuxième partie, il sera présenté la méthode utilisée et les résultats obtenus sous formes de textes, de tableaux et de figures. Une discussion de ces résultats clôturera cette partie.

Enfin, dans la troisième partie, les principales causes et solutions de la mauvaise observance au traitement antirétroviral seront identifiées et priorisées à l'aide d'outils de résolution de problèmes. Un projet de mise en œuvre de la solution fiable sera élaboré.

**PREMIÈRE PARTIE :
ANALYSE SITUATIONNELLE ET CADRE THÉORIQUE**

CHAPITRE 1 : ANALYSE SITUATIONNELLE

Dans ce chapitre, il sera procédé à une brève présentation du Sénégal, la description de son système de santé et l'organisation de la riposte au VIH. Enfin, la présentation du cadre de cette étude et l'analyse de son environnement (interne et externe) seront effectuées.

1- Présentation générale du Sénégal

Le Sénégal, République démocratique depuis son indépendance en 1960, est un pays de l'Afrique de l'Ouest qui s'étend sur une superficie de 196 712 kilomètres carrés limité par l'océan atlantique à l'Ouest. Son climat est de type soudano-sahélien. Quant à sa population, elle est estimée à 14 799 859 habitants avec une densité moyenne nationale de 69 habitants au kilomètre carré. Composé de quatorze (14) régions administratives, le Sénégal enregistre un taux de croissance naturel de 2,7 % par an [8 ; 11].

Pour propulser son économie, le pays a adopté un nouveau modèle de développement à travers le Plan Sénégal Emergent (PSE) avec une stratégie visant son émergence dans la solidarité à l'horizon 2035. Il enregistre une croissance du Produits Intérieur Brut (PIB) estimée à 7 % en 2018 [12 ; 41 ; 52].



Figure 1: Carte du Sénégal (source ANSD)

2- Le système sanitaire et les caractéristiques de la population

2.1- Organisation du système de santé

Le système de santé sénégalais est organisé selon une structure pyramidale à trois niveaux : central, intermédiaire et périphérique. Au sommet de la pyramide (niveau central), on retrouve les services ministériels, les centres hospitaliers universitaires et les structures sanitaires privées. Le niveau intermédiaire fait référence à la région médicale et aux centres hospitaliers régionaux mais également aux brigades régionales de l'hygiène. La base de la structure pyramidale est constituée par les services départementaux de l'action sociale et les districts sanitaires dans lesquels se retrouvent les postes de santé, les centres de santé et les cases de santé.

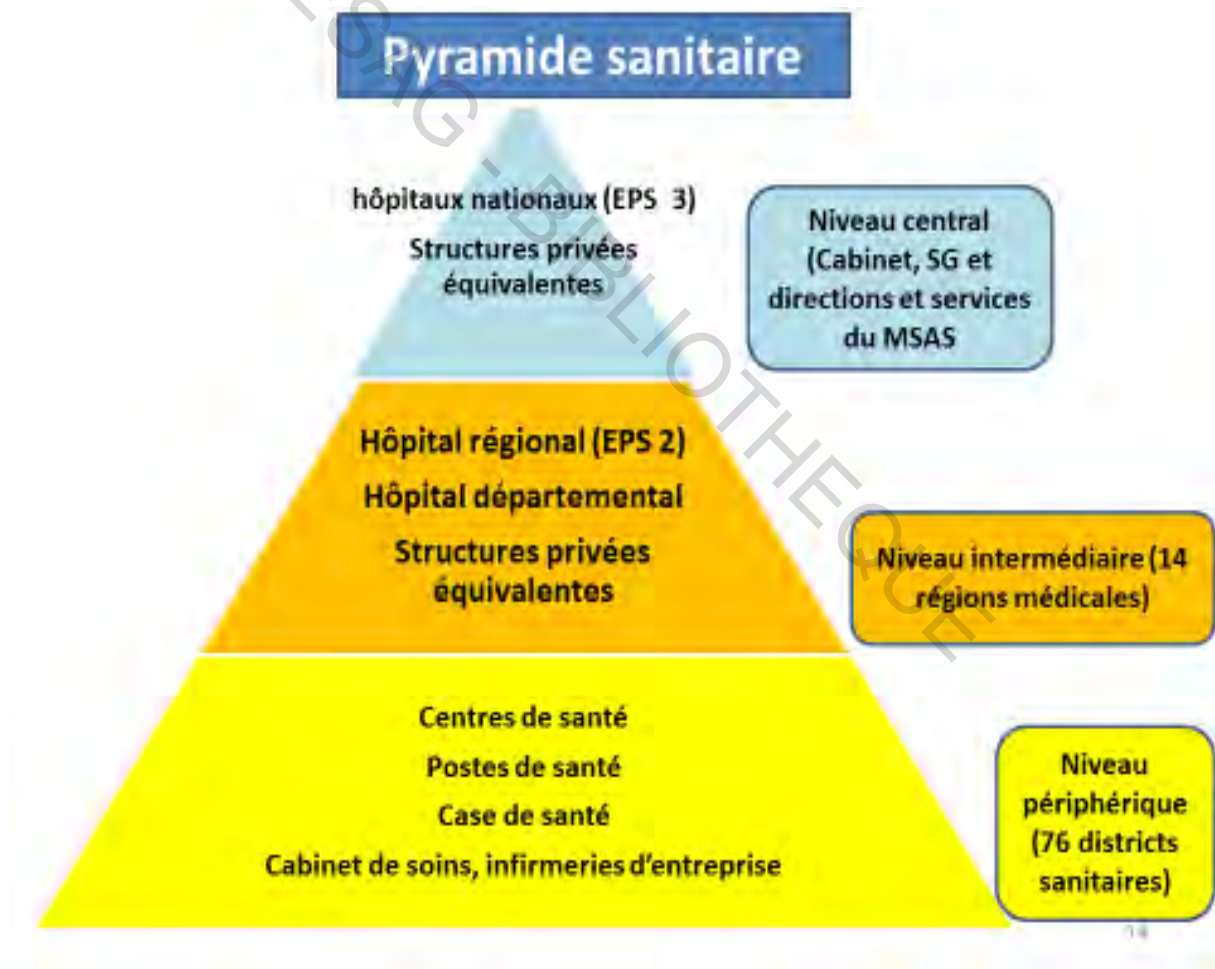


Figure 2: Pyramide sanitaire du Sénégal

Le Sénégal a mis en place un système de référence et de contre référence basé sur le système pyramidal pour l'orientation des malades et le transfert d'informations sanitaires entre le niveau périphérique et les structures hospitalières.

Du point de vue de la protection sociale, le Sénégal a un niveau de couverture faible. Néanmoins, la mise en place du programme de la Couverture Maladie Universelle (CMU) à travers la mutualisation favorise l'accès de la population à un paquet minimum de soins. Ainsi, le nombre de mutuelles de santé fonctionnelles est passé de 80, en 2003, à 671, en 2017 avec un taux de couverture d'assurance maladie de 50 % de la population [39].

2.2- La politique en matière de santé et la situation sanitaire

La politique de santé du Sénégal est définie dans le Plan National de Développement Sanitaire (PNDS) pour la période allant de 2009 à 2018. Sa mise en œuvre poursuit les objectifs nationaux et internationaux en matière de santé et d'action sociale notamment. Il s'agit plus spécifiquement de :

- ✓ réduire le fardeau de la morbidité et de la mortalité maternelles et infanto juvéniles ;
- ✓ accroître les performances du secteur en matière de prévention et de lutte contre la maladie ;
- ✓ renforcer durablement le système de santé et améliorer la gouvernance du secteur ;
- ✓ améliorer les conditions socio-économiques des groupes vulnérables.

La vision de la politique de santé est bâtie au tour du principe "d'un Sénégal où tous les individus, tous les ménages et toutes les collectivités bénéficient d'un accès universel à des services de santé promotionnels, préventifs et curatifs de qualité sans aucune forme d'exclusion". Dans cette optique, la prévention demeure l'option majeure.

Par ailleurs, les ratios de couverture par rapport à la population sont encore en-deçà des normes définies par la carte sanitaire. Par exemple, pour le centre de santé, le ratio est de 149 455 habitants alors que la norme est de 88 000 habitants. Quant au ratio de mortalité maternelle, selon les Enquêtes Démographiques et de Santé (EDS), il est passé de 850 /100 000 Naissances Vivantes dans les années 86-87 à 392/100 000 Naissances Vivantes¹ en 2010-2011. Celui de la mortalité maternelle, bien qu'en diminution constante, présente encore un niveau très élevé avec 315/100 000 naissances vivantes, selon les estimations de la Banque Mondiale (contre 7/100 000 dans les pays développés). Les taux de mortalité infantile et infanto-juvénile connaissent une baisse significative. En effet, il est passé de 121 /1000 en 2005, à 72/1000 en 2010-2011 et 65/1000 en 2012-2013 ; celui de la mortalité infantile est passé de 61/1000 en 2005, à 47/1000 en 2010-2011 et à 43/1000 en 2012-2013 [10].

¹ Indicateurs de la banque Mondiale. <http://donnees.banquemondiale.org/indicateur/SH.STA.MMRT?view=chart>.

Malgré les progrès réalisés dans la riposte contre le VIH/SIDA, les maladies infectieuses (tuberculose, maladies tropicales négligées, etc.) constituent encore un problème de santé publique. Les maladies chroniques (hypertension artérielle, diabète, cancers, insuffisance rénale, maladies inflammatoires, etc.) sont en pleine expansion avec une prévalence estimée à 22 % en 2016.

Cet engagement politique dans l'amélioration du bien-être des population en mettant l'accent sur les aspects préventifs et curatifs ne laisse pas en marge les PVVIH. Le cadre politique est donc une opportunité pour les intervenants mais aussi les personnes séropositives au VIH.

Cependant, les ratios de mortalités maternelles et infantiles encore élevés démontrent que des efforts sont à fournir davantage dans le domaine de la santé de la mère et de l'enfant. Quant aux maladies infectieuses et les maladies chroniques, elles constituent une véritable menace pour les PVVIH ayant une comorbidité ; l'association de l'infection à VIH avec les maladies chroniques ou infectieuses (telles que la tuberculose, le cancer, le diabète etc.) rend plus complexe le traitement ARV et par conséquent, influe parfois sur l'observance.

2.3- Le financement de la santé

Le financement dans le secteur de la santé au Sénégal provient essentiellement de l'Etat, des partenaires au développement, des populations et des collectivités locales.

En 2016, le système sanitaire a bénéficié d'un budget de cent cinquante milliards quatre-vingt-neuf millions huit cent quatorze mille six cent soixante (150 089 814 660) Francs CFA, dont 41 % sont des investissements exécutés par l'Etat dans le financement intérieur et dans le financement extérieur, 23 % consacrés aux dépenses du personnel, 25 % aux transferts courants.

De 2002 à 2017, le Conseil d'administration du Fonds Mondiale a attribué au Sénégal près de 300 millions de dollars US (160,3 milliards de Francs CFA), dont 298 millions (de dollars US, plus de 159,2 milliards de Francs CFA) ont été décaissés pour la lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme.

En 2018, le Sénégal et le Fonds mondial ont signé de nouveaux accords de financements totalisant 64,9 millions d'euros (plus de 42,57 milliards de Francs CFA) pour la

période 2018-2020, soit trois ans. Sur ce total, 21,8 millions d'euros (près de 14,30 milliards de Francs CFA) sont destinés à la lutte contre le VIH sida².

Bien que le financement international de la riposte contre le VIH/SIDA est en déclin depuis 2013, le Sénégal en sa qualité de pays modèle bénéficie toujours de l'appui des partenaires.

Toutefois, la question de la continuité de ces programmes en l'absence des partenaires financiers et techniques se pose.

3- Description du système de prise en charge des PVVIH au Sénégal

Dans son engagement à éradiquer le VIH d'ici à 2030, le Sénégal connaît des progrès remarquables dans la prise en charge des Personnes Vivant avec le VIH. La riposte contre le VIH s'inscrit dans les directives éditées par l'ONUSIDA.

3.1- Le programme commun des nations unies pour la lutte contre le VIH/SIDA

Avec le nouveau challenge de « mettre fin à l'épidémie du VIH d'ici à 2030 » l'ONUSIDA a recommandé la stratégie du *Test and TREAT* (tester et traiter) avec comme objectifs intermédiaires les « 90-90-90 » en 2020. Il s'agit de faire en sorte que :

- 90% des personnes vivant avec le VIH connaissent leur statut sérologique ;
- 90% de toutes les personnes dépistées séropositives reçoivent un traitement antirétroviral régulier ;
- 90% des personnes recevant un traitement antirétroviral ont une charge virale durablement supprimée.

3.2- Le conseil National de Lutte contre SIDA (CNLS)

Le CNLS est l'organe de coordination et d'orientation de la réponse contre le VIH au Sénégal. Il définit les orientations nationales de la lutte contre le SIDA, assure le plaidoyer, le partenariat au plus haut niveau et veille au respect de la réglementation et de l'éthique. Le CNLS a des liens fonctionnels avec la Commission Nationale de Coordination du Fonds Mondial pour le VIH/SIDA, la Tuberculose et le Paludisme, qui constitue une instance de suivi des projets du Fonds Mondial. Il est responsable de la mise en œuvre de l'ISAARV.

² <https://fr.africacheck.org/factsheets/fiche-dinfo-lutte-anti-sida-senegal-acteurs-financement/>

En plus du CNLS, plusieurs associations et organisations de la société civile s'activent dans la riposte contre le VIH. Ce sont entre autres :

- ✓ **le Réseau National des Associations des PVVIH (RNP+)** : est une association qui œuvre pour l'amélioration de la qualité de vie des PVVIH et des groupes vulnérables au VIH/SIDA au Sénégal. Le RNP+ regroupe une trentaine d'associations de PVVIH y compris celle des professionnelles du sexe (PS) ;
- ✓ **l'Alliance Nationale des Communautés pour la santé (ANCS)** : appelée au paravent « Alliance Nationale contre le SIDA », l'ANCS est une organisation leader dans la riposte contre le VIH/SIDA au Sénégal ;
- ✓ **Enda santé** : est une entité en charge des programmes de santé, cette organisation internationale réalise d'énormes progrès dans la riposte contre le VIH.

3.3 La Division de lutte contre le Sida et les infections sexuellement transmissibles

Elle a en charge le volet Sida au Ministère de la Santé et a pour mission de coordonner la mise en œuvre du programme sectoriel santé sur le Sida. Depuis 2005, toutes les régions disposent d'au moins un Centre ou un service de conseils et de dépistage. Tous les centres de santé mènent des activités de prévention des IST et de prise en charge du VIH. Le poste de santé mène essentiellement des activités de prévention et dans certaines régions, réalise le dépistage en stratégie avancée dans le cadre de la PTME en collaboration avec les services de Santé de la Reproduction. Les agents de santé communautaires assurent des activités d'information, de sensibilisation et d'orientation. Le service des armées dispose de personnel et de structures sanitaires au niveau des régions (hôpital, centre de santé et poste de santé). En termes d'axes prioritaires, la division de la lutte contre le SIDA assure :

- la prévention du VIH auprès de la population générale par la promotion des comportements sexuels à moindre risque et la promotion l'utilisation du préservatif ;
- la prise en charge des IST par le renforcement de la PEC syndromique des prestataires, le renforcement de la PEC chez les populations clés et les supervisions formatives des prestataires ;
- le Conseil pour le Dépistage Volontaire (CDV) en stratégies mobiles et fixes associées à des supervisions avec ciblage des zones de vulnérabilité et les populations clés ;
- la prévention et l'appui des populations en contexte de vulnérabilité notamment les enfants vivant avec le VIH (EVVIH) avec la mise en extension du TUTORAT des EVVIH (TEV+) et l'autonomisation des PVVIH ;

- la prévention de la transmission mère- enfant avec son plan eTME (élimination de la transmission de la mère à l'enfant) lancé en décembre 2012 et extension à toutes les régions et le suivi des micros plans (régionaux et des 76 districts sanitaires) ;
- la PEC des PVVIH avec le lancement de la stratégie TATARSEN (tester, traiter et retenir les PVVIH dans le système de soins au Sénégal) ;
- la gestion logistique et des approvisionnements à travers la Pharmacie Nationale d'Approvisionnement et des Pharmacies Régionale d'Approvisionnement par la mise à disposition de réactifs et des ARV ;
- le suivi et l'évaluation à travers la collecte et la synthèse des données VIH régionales, l'appui aux formations, l'information, les supervisions et la surveillance.

3.4- L'Initiative Sénégalaise d'Accès aux Antirétroviraux (ISAAV)

Dès l'avènement des multithérapies antirétrovirales, le Sénégal a été le premier pays d'Afrique subsaharienne à mettre en place un programme de distribution des médicaments ARV. Sont associés à ce programme le Ministère de la Santé, trois (3) services de soins (le service de maladies infectieuses du CHU de FANN, le centre de traitement ambulatoire dépendant de ce service et le service de maladies tropicales et infectieuses de l'Hôpital Principal de Dakar) ainsi que le site ANRS de recherche sur le sida au Sénégal pour l'appui technique et le suivi scientifique du programme.

L'initiation d'un tel programme relevait des défis énormes : le coût des médicaments était extrêmement élevé par rapport aux ressources de l'État et de la population ; le consensus international préconisait dans les pays du Sud la prévention plutôt que le traitement du sida et aucune institution internationale n'acceptait de financer des traitements.

3.5 Le TATARSEN

Dans le cadre de la mise en œuvre des recommandations de l'ONUSIDA en matière de dépistage et de traitement, le Sénégal a adopté la stratégie « TATARSEN », c'est à-dire, « *Tester toutes les personnes séropositives au VIH, mettre sous traitement ARV toutes les personnes dépistées séropositives et les retenir dans le circuit de soins au Sénégal* ».

Pour l'atteinte des objectifs des trois «90 », la stratégie sénégalaise repose sur plusieurs axes notamment :

- le dépistage ciblé des populations clé et des zones de forte vulnérabilité ;
- la vulgarisation du dépistage intégré aux autres pathologies (Tuberculose, hépatite, IST et VIH) ;

- le dépistage des couples et le dépistage pré-nuptial ;
- le renforcement de capacités du personnel sanitaire et communautaire en charge du TARV ;
- la mise en place des programmes d'éducation thérapeutique, de clubs d'observance, de recherche PDV et de relance des rendez-vous par SMS ;
- la prise en charge nutritionnelle des personnes et des enfants vivant avec le VIH ;
- la dotation des structures de santé d'appareils de charge virale fonctionnels ; et
- la mise en place d'un dispositif d'acheminement des prélèvements et de retour des résultats.

4- Analyse de l'Hôpital Principal de Dakar

Cette analyse porte sur le site où se déroule l'étude. Il s'agit de l'Hôpital Principal de Dakar et plus précisément, au Service des Maladies Infectieuses et Tropicales.

4.1- Présentation de l'Hôpital Principal de Dakar

L'Hôpital Principal de Dakar situé sur la presqu'île de Dakar, en bordure de l'anse Bernard, est un Etablissement Public de Santé de niveau III à statut spécial ouvert au service public. Il constitue selon sa devise un *hôpital de référence en perpétuelle mutation*. Hôpital colonial à l'origine, puis hôpital militaire français, il est depuis 1971, l'hôpital d'instruction des armées du Sénégal sous la tutelle des Forces armées.

Le projet de construction de cet hôpital remonte à 1862 et les travaux débutent en 1880 avec la fermeture de l'hôpital de Gorée faisant suite à la tragédie épidémie de Fièvre jaune de 1878 qui sévissait Gorée et Dakar, puis Rufisque et Saint Louis, faisant 750 décès.

Il est organisé en quatre grands services qui regroupent plusieurs départements :

- le service administratif et technique ;
- les services médicaux ;
- les services chirurgicaux ;
- les services médico-techniques.

Dans le cadre de la politique sanitaire nationale, l'HPD se voit chargé de la fonction d'hôpital d'instruction du service de santé des armées sénégalaises pour la formation des premiers médecins militaires.

Suivant le décret n° 2008-1001 du 18 août 2008, l'HPD est un établissement hospitalier militaire qui participe au service public hospitalier national avec un rôle de référence, de formation des personnels et de soutien aux structures des forces armées. Il est administré par un conseil d'administration et dirigé par un médecin-chef qui a rang d'un Directeur Général d'établissement public.

4.2- Présentation du Service des Maladies Infectieuses et Tropicales (SMIT)

Appelé « BOUFFLERS », ce service a été fondé en 1930 initialement sous le nom de "Pavillon des Dames".

En termes de ressources humaines, il est composé par :

- ✓ un (1) professeur Agrégé du Val de Grace, spécialiste de maladies infectieuses et tropicales, interniste et chef de service ;
- ✓ un (1) médecin des hôpitaux des armées spécialiste de maladies infectieuses et tropicales, interniste ;
- ✓ un (1) assistant infectiologue spécialiste des maladies infectieuses- ancien interne des Hôpitaux ;
- ✓ un (1) assistant spécialiste des maladies infectieuses et tropicales ;
- ✓ une (1) médiatrice affectée par le CNLS participant à la Prise en charge (PEC) des PVVIH ;
- ✓ une (1) secrétaire administrative ;
- ✓ une (1) surveillante des soins ;
- ✓ un (1) major administratif ;
- ✓ six (6) infirmiers ;
- ✓ cinq (5) aides infirmiers ; et
- ✓ six (6) agents des services hospitaliers.

Pour ce qui concerne les infrastructures, le service comprend un (1) bâtiment central et une annexe avec une capacité de vingt-un (21) lits. Un autre bâtiment sert de bureaux pour certains membres du personnel.

Le bâtiment central dispose de vingt et un (21) lits répartis sur deux (2) étages, en aile Est et Ouest, on compte six (6) chambres doubles au rez-de-chaussée et neuf (9) chambres individuelles à l'étage.

De janvier à septembre 2019, le volume des hospitalisations s'élève à 353 entrées contre 321 sorties pour 4 386 journées d'hospitalisations. Durant la même période, le service a enregistré 23 décès.

Dans le cadre du suivi des PVIH, la médiatrice communautaire effectue plusieurs activités dont :

- **les visites aux malades hospitalisés (VAH)** : les PVVIH hospitalisés bénéficient du soutien psychosocial de la médiatrice qui effectue régulièrement des visites aux chevet de ces patients ;
- **le renforcement du counseling pré-test et post-test** : elle prend contact avec les patients nouvellement dépistés séropositifs au VIH afin d'écouter leurs préoccupations majeures et répondre à certaines questions ;
- **l'aide à l'observance** : elle écoute les PVVIH ayant des difficultés d'observance afin d'apporter des conseils utiles ou de soumettre certaines questions d'ordre médicales au médecin traitant ;
- l'aide à certaines PVVIH en difficultés de déplacement pour le renouvellement de leurs ordonnances auprès du médecin et le retrait des médicaments ARV à la pharmacie.

4.3- Choix et justification du site d'étude

Depuis l'avènement de l'initiative Sénégalaise d'accès aux antirétroviraux en 1998, l'Hôpital Principal de Dakar est un des principaux sites de prise en charge des PVVIH au Sénégal. Dès l'an 2000, il a réussi à éliminer la transmission du VIH/SIDA de la mère à l'enfant [7]. Toutefois, au-delà de quelques enquêtes réalisées lors de la phase pilote de ces programmes, aucune étude portant spécifiquement sur les déterminants de l'observance à la TARV n'est encore disponible dans cet hôpital, contrairement à la plupart des sites de prise en charge à Dakar. Cet état de fait oriente notre choix vers cet établissement sanitaire où une importante file active est régulièrement suivie.

4.4 Circuit du malade PVVIH/SIDA

Le patient vivant avec le VIH/SIDA qui effectue son suivi à l'HPD passe par quatre principales étapes qui sont :

Etape 1 : Accueil et orientation (secrétariat)

Le patient est accueilli au secrétariat du SMIT où il est informé sur la suite de la procédure à suivre. La secrétaire recherche son dossier qu'elle soumet au médecin traitant.

Etape 2 : modalités de paiement (caisse centrale)

Le patient se rendra à la caisse centrale pour s'acquitter des frais de la consultation selon les cas suivant :

- le patient à ses frais (PAF) pour un montant de 10 000 francs CFA ;
- les détenteurs d'une imputation budgétaire pour le montant du ticket modérateur à hauteur de 1 600 francs CFA ;
- les affiliés auprès de l'Institut de Prévoyance Maladie (IPM) pour 0 franc CFA ;

La gratuité est accordée aux patients qui n'ont pas les moyens et ne détiennent aucune assurance maladie.

Etape 3 : consultation (médecin infectiologue)

Le patient rencontre le médecin infectiologue pour évaluer son état de santé et l'observance au traitement ARV. A la demande du médecin, le patient se fait prélever (pour son bilan de la charge virale et du taux des CD4) dans la salle de soins du SMIT et les échantillons sont transmis au laboratoire de l'hôpital pour analyses.

En plus des Visites aux PVVIH hospitalisées, la médiatrice communautaire participe à l'accompagnement psychosocial des patients.

Etape 4 : approvisionnement ARV (pharmacie)

Le patient se présente à la pharmacie de l'HPD avec son ordonnance pour le renouvellement de ses médicaments ARV. Le pharmacien vérifie la régularité de son rendez-vous, délivre les molécules prescrites, inscrit la date du prochain rendez-vous sur l'ordonnance et met à jour la fiche de suivi.

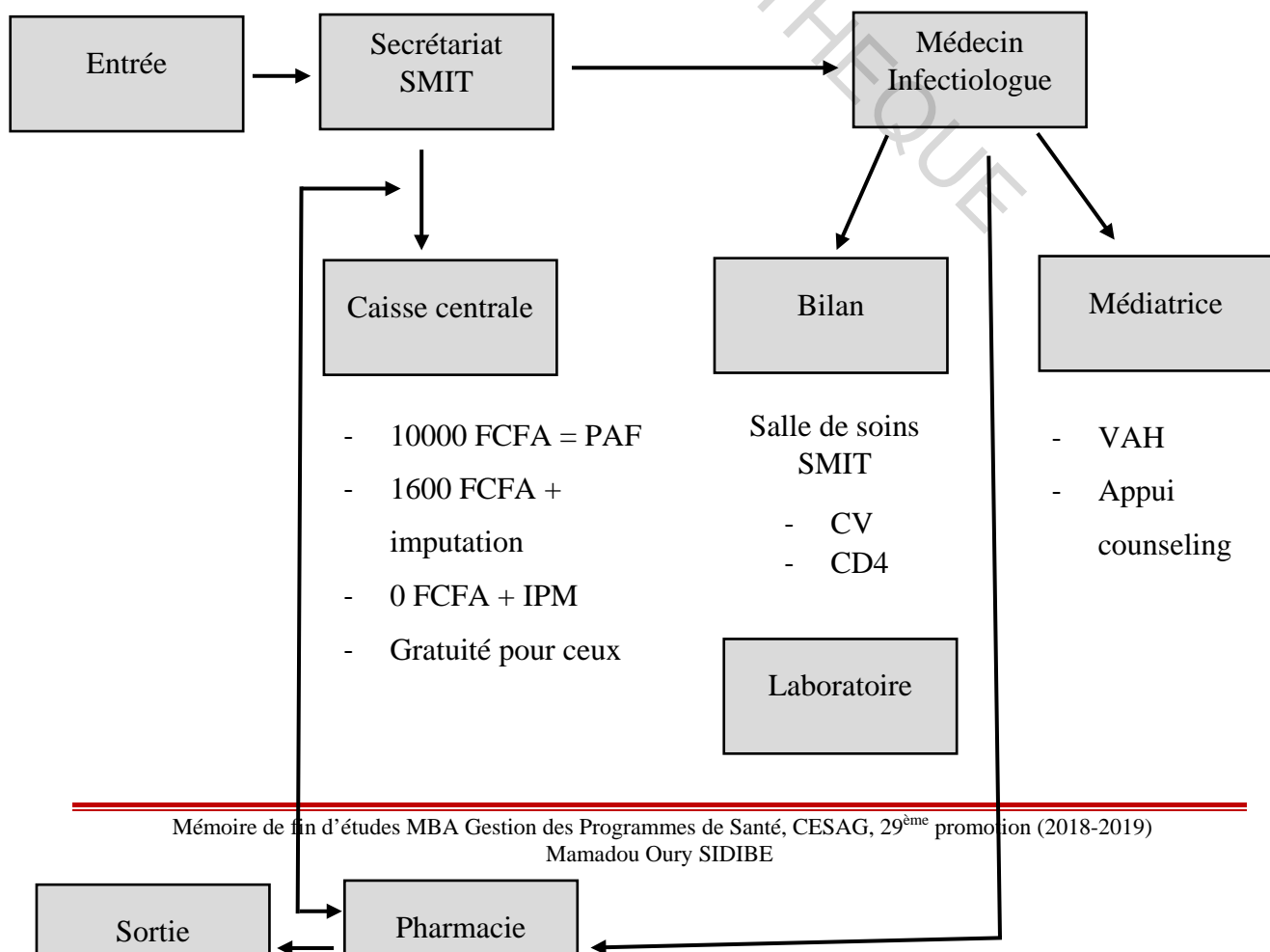


Figure 3: Circuit du malade PVVIH/SIDA

5- La synthèse de l'analyse situationnelle et du cadre de l'étude

5.1- Les menaces

La rareté des ressources Financières : la tendance à long terme des dépenses en matière de santé et de services sociaux suit un accroissement plus rapide que les revenus de l'Etat. Le contexte budgétaire actuel, l'évolution des coûts des technologies ainsi que les initiatives de gratuité amènent à s'interroger sur la pérennisation du mode de financement du système de santé et des services sociaux par le gouvernement.

Le Fardeau des maladies non transmissibles (diabète, Accident vasculaire cérébral etc.) : les maladies chroniques connaissent une forte prévalence estimée à 22 % en 2016. Cette situation rend plus complexe et difficile la prise en charge des PVVIH présentant une comorbidité ou des antécédents.

L'abondance des tradipraticiens se réclamant capables de guérir même le VIH : la médecine traditionnelle s'impose et demeure un premier recours pour de nombreuses populations. Certaines PVVIH sont souvent tentées à y recourir aussi, dans le souci de retrouver une guérison définitive !

5.2- Les opportunités

La gratuité des ARV : le coût des médicaments ARV étant presque insupportable par la plupart des patients séropositifs au VIH et vivant dans la précarité, la gratuité favorise leur accès au traitement.

L'augmentation des sites de PEC des PVVIH : l'augmentation des sites de PEC réduit considérablement les barrières liées aux difficultés de transport, de trajet et de frais chez les PVVIH. Ces sites sont passés de 13 à 123 principaux et 118 sites secondaires de 2004 à 2016.

La stabilité politique dans le pays : celle-ci favorise les déplacements des patients vers les sites de prise en charge en toute sécurité.

La volonté politique dans la riposte contre le VIH : le gouvernement Sénégalais inscrit la riposte contre le VIH parmi ses priorités dans l'amélioration du bien-être de ses populations.

Le développement de la recherche : plusieurs laboratoires de recherche biomédicales se développent au Sénégal.

5.3- Les forces

Un personnel médical hautement qualifié : des médecins spécialistes ayant capitalisé une longue expérience dans la PEC des PVVIH sont disponibles au service des maladies infectieuses à l'HPD. Ce qui contribue à une prise en charge optimale des patients.

L'ouverture et la gestion confidentiel des dossiers des malades : chaque PVVIH dépistée et admise sous TARV possède un dossier médical ouvert au SMIT. La gestion de ses dossiers est hautement confidentielle et obéit aux règles et principes du secret médical.

L'implication d'une médiatrice communautaire : pour appuyer l'équipe médicale dans le suivi des patients, la médiatrice apporte un soutien psychosocial aux patients.

La bonne qualité de l'accueil des malades : une secrétaire très accueillante est à l'écoute des patients en général et plus particulièrement aux PVVIH.

La gestion confidentielle de la PEC des PVVIH : la consultation des PVVIH se fait au même titre que les patients ordinaires. Ce qui ne permet pas de distinguer les patients séropositifs au VIH des autres malades, contrairement à d'autres sites réservés exclusivement à cet effet.

Le soutien aux malades démunis : les PVVIH sans aucune couverture maladie bénéficient de la bienfaisance de l'équipe médicale dans les moments difficiles pour garantir leurs accès aux soins.

5.4- Les faiblesses

L'absence d'une association de soutien aux PVVIH : pour faciliter des groupes de partage d'expérience entre les patients et réduire le fardeau du stress lié à la maladie.

Le faible effectif du personnel soignant : contrairement à d'autres sites de PEC, le personnel du SMIT ne s'occupe pas que du suivi des PVVIH. Il effectue quotidiennement d'autres actes médicaux et administratifs liés aux consultations externes, aux hospitalisations etc.

Le manque de local approprié pour les activités des PVVIH : la médiatrice communautaire ne dispose pas d'un local dédié aux entretiens individuels.

L'absence de mutuel de santé : les PVVIH qui ne bénéficient pas d'une imputation budgétaire/assurance maladie pourraient adhérer à une mutuelle pour favoriser l'accès aux soins complémentaires.

CESAG - BIBLIOTHEQUE

CHAPITRE 2 : LE CADRE THEORIQUE

D'abord, nous définissons dans ce chapitre quelques concepts clés dont l'observance et la mauvaise observance. Ensuite, nous présenterons la situation épidémiologique du VIH/SIDA dans le monde, en Afrique et au Sénégal. Les résultats en matière de traitement antirétroviral seront abordés également. Enfin, suivront la question de l'observance au traitement ARV avec ses principaux facteurs déterminants, le niveau d'observance selon la littérature, le cadre conceptuel et les facteurs explicatifs de la mauvaise observance.

1- Définition des concepts

Déterminants : il s'agit de facteurs individuels, sociaux, économiques et environnementaux que l'on peut associer à un problème de santé particulier ou encore à un état de santé global. C'est une caractéristique individuelle ou collective susceptible d'influencer directement ou indirectement sur l'état de santé.

Thérapie antirétrovirale : le traitement antirétroviral standard consiste à associer au moins trois (3) médicaments antirétroviraux pour supprimer au maximum le VIH et arrêter l'évolution de la maladie. Le traitement du VIH est une nécessité permanente qui dure toute la vie.

Charge virale indétectable (pas une guérison) : la CV est la quantité du virus dans le sang. Une personne séropositive au VIH peut réduire sa CV par le TARV jusqu'à ce qu'elle devienne inférieure au seuil de détection au laboratoire : on dit alors que la CV est indétectable. Mais le fait d'avoir une charge virale indétectable ne signifie pas que le virus a complètement disparu.

Observance : L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) définit l'observance comme la : « Concordance entre le comportement d'une personne dans la prise de médicaments, le suivi d'un régime et/ou la modifications du comportement avec les recommandations d'un soignant » [54]" c'est « le degré d'adéquation entre le comportement du patient en termes de prises de médicaments, et les prescriptions et recommandations médicales » [14 ; 21].

L'adhésion au traitement est composite et comprend au moins trois versants essentiels [14] : l'adhésion au suivi médical en général (rendez-vous pour la prescription et le contrôle du traitement) ; l'adhésion aux règles hygiéno-diététiques et l'adhésion au traitement médicamenteux. Cette dernière, à laquelle sera consacré l'essentiel de ce travail est la mieux étudiée.

Par ailleurs, le manquement à deux (2) rendez-vous consécutifs de consultation est assimilé à une forme de mauvaise observance.

Non observance : un malade non observant est celui qui ne respecte pas le plan de traitement prescrit par son médecin. Plusieurs définitions ont été considérées par des études. Sont non observant :

- les sujets ayant sauté plus d'une prise de médicaments au cours des sept (7) derniers jours pour les protocoles à trois prises journalières (soit moins de 95 % des prises absorbées) ;
- les sujets ayant sauté plus d'une prise de médicaments durant les 10 derniers jours pour les protocoles à deux prises quotidiennes (soit moins de 95 % des prises absorbées) ;
- les personnes ayant sauté pendant une semaine ou plus leur traitement depuis l'initiation thérapeutique.

La non-observance thérapeutique est un comportement le plus souvent difficile à décrire. Il peut s'agir aussi :

- **de l'arrêt définitif :** forme de non-observance la plus aiguë et le comportement le plus visible
- **de l'arrêt momentané :** décidé par le patient et plus difficile à mesurer pour le médecin traitant ou l'enquêteur ;
- **de l'oubli ponctuel d'une ou plusieurs prises médicamenteuses :** comportement le plus fréquent et difficilement visible pour le médecin ou l'enquêteur ;
- **de prises groupées :** plus rare, équivalent souvent à l'adaptation du traitement au mode de vie. Par exemple, deux prises par jour au lieu de trois.

L'échec virologique : peut se définir comme un taux d'ARN VIH supérieur à 400 copies/ml à la dernière visite en clinique [20 ; 38].

2- Situation épidémiologique du VIH

2.1- Dans le monde

Selon les données de l'ONUSIDA (2018), 37,9 millions de personnes vivaient avec le VIH dans le monde. Quant aux nouvelles infections, 1,7 millions de cas ont été enregistrés durant la même période et 770 000 personnes sont décédées des maladies liées au SIDA. Chaque semaine, environ 6 200 jeunes femmes âgées de 15 à 24 ans sont infectées par le VIH.

Les populations clés et leurs partenaires sexuels représentent 54 % des nouvelles infections à VIH dans le monde et plus de 95 % des nouvelles infections à VIH en Europe de l'Est et en Asie centrale, au Moyen-Orient et en Afrique du Nord.

D'ailleurs, le nombre de PVVIH continue d'augmenter grâce à l'amélioration du dépistage, à l'allongement de l'espérance de vie et au meilleur accès aux traitements antirétroviraux.

Plus de 77,3 millions [59,9 millions - 100 millions] de personnes ont été infectées par le VIH et 35,4 millions [25,0 millions - 49,9 millions] de personnes décédées de suite de maladies liées au SIDA depuis le début de l'épidémie [53].

En 2018, 79 % des personnes vivant avec le VIH connaissent leur statut, 78 % des personnes connaissant leur statut positif ont accès à un traitement ARV et 86 % de ces dernières ont une charge virale indétectable [47].

2.2- En Afrique

L'épidémie de VIH reste préoccupante en Afrique de l'Ouest et du centre où les niveaux de dépistage, de traitement et de suppression de la charge virale sont considérablement en retard. Il en est de même au Moyen-Orient et en Afrique du Nord [53]. En 2018, selon l'ONUSIDA, 25,8 millions de personnes vivaient avec le VIH en Afrique. Les populations clés et leurs partenaires représentent 64 % des infections en Afrique de l'Est et Afrique Centrale et 25 % des infections en Afrique de l'Est et du Sud [47].

2.3- Au Sénégal

L'épidémie du VIH au Sénégal est de type concentré, avec une prévalence basse dans la population générale, âgée de 15-49 ans, qui s'établit à 0,5 %³. Les estimations du Spectrum font part d'environ 1442 nouvelles infections et d'environ 1280 décès⁴ liés au VIH en 2018.

Les femmes sont plus touchées par les nouvelles infections, soit 838 versus 604 pour les hommes (ONUSIDA, 2018). La répartition de la prévalence selon la région géographique montre des disparités. Certaines régions du sud, du sud-est et du centre présentent des prévalences au-dessus de la moyenne nationale. Il s'agit respectivement des régions de Kolda et Ziguinchor (1,5 %) suivies de Kaffrine (0,9 %), Tambacounda (0,8 %), Kédougou (0,6 %).

³ EDS Continue 2017

⁴ ONUSIDA, 2018.

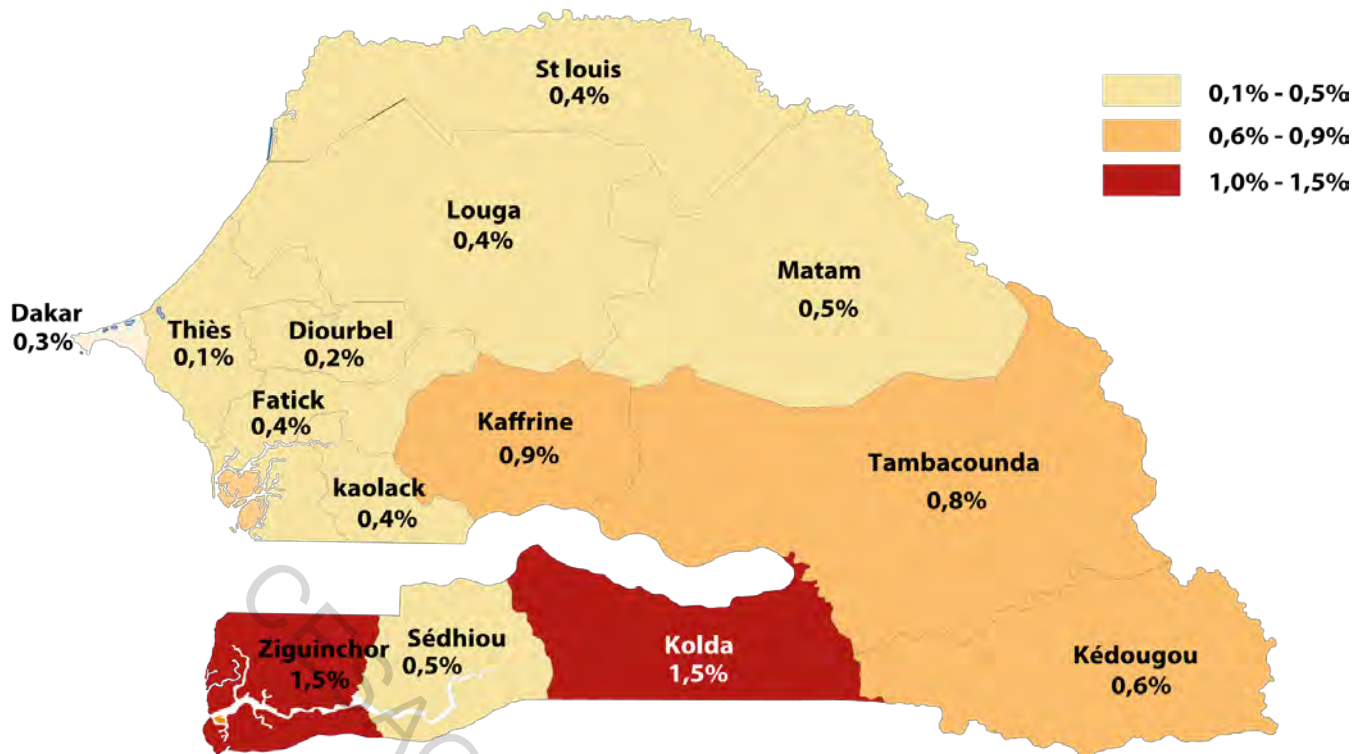


Figure 4: Répartition de la prévalence du VIH selon la région (EDS continue, 2017)

La prévalence du VIH est un peu plus élevée parmi les femmes ayant déclaré avoir eu leurs premiers rapports sexuels à moins de 16 ans et entre 16-17 ans par rapport à celles qui ont commencé leur vie sexuelle plus tard (0,8 % et 1,2 %). Quant à la prévalence estimée du VIH chez les Hommes qui ont des rapports Sexuels avec les Hommes (HSH) elle est passée de 17,8 % en 2014 à 27,6 % en 2017⁵.

Chez les prisonniers, la prévalence de l'infection par le VIH est passée de 1,5 % à 2,0 % entre 2010 et 2015. Cette prévalence est plus élevée chez les prisonnières avec 4,5 % que chez les prisonniers 1,7 %.

Enfin, parmi les populations en contexte de vulnérabilité, la prévalence du VIH est plus élevée chez les orpailleurs. Elle est passée de 1,3 % à 1,5 % entre 2010 et 2015. La répartition selon le sexe montre qu'elle est passée, entre 2010 et 2015, de 0,8 % à 1,7 % chez les hommes.

Cette situation de recrudescence de l'épidémie par régions et par groupes de populations peut être due à la banalisation de l'infection avec l'avènement de la gratuité des ARV, de la trithérapie et des avancées dans la lutte contre la stigmatisation.

⁵ Rapport CNLS 2018

3- Résultats en matière de traitement Antirétroviral

L'objectif du traitement par les ARV est de contrôler le virus et supprimer la charge virale plasmatique de façon durable. Il s'agit de réduire la présence du virus dans le sang jusqu'à ce qu'il ne soit plus détectable selon les tests disponibles. Le blocage de la réplication virale permettra d'améliorer durablement la santé et la qualité de vie des patients :

- en bloquant la réplication du VIH de façon à rendre indétectable la charge virale (quantité de virus) dans le sang le plus longtemps possible ;
- en restaurant un nombre de lymphocytes CD4 normal (reconstitution immunitaire) avec la diminution des maladies opportunistes ;
- de réduire la transmission du VIH et de prolonger la survie.

Le principe de base du TARV associant trois médicaments différents est d'empêcher le VIH de se répliquer mais ne permet pas de le détruire. Ce traitement doit être pris à vie, sans interruption, et en respectant les consignes de prises. Sous médicaments ARV, l'accompagnement du patient est indispensable au succès du traitement [37 ;46 ; 39]

3.1- En Afrique

En Afrique de l'Ouest et centrale, 64 % des PVVIH connaissent leur statut, 79 % des personnes connaissant leur statut positif ont accès à un traitement antirétroviral et 76 % parmi ces dernières ont une charge virale indétectable⁶.

En Afrique de l'Est et du Sud, 81 % des PVVIH connaissent leur statut, 81 % des personnes connaissant leur statut positif ont accès à un traitement et 79 % parmi ces dernières ont une charge virale indétectable⁷.

3.2- Au Sénégal

Pour rendre accessible et disponible le traitement ARV, le Sénégal est passé de 13 sites de prise en charge de PVVIH adultes en 2004 à 123 sites principaux et 118 sites secondaires (postes de santé) en 2016 et de 3 à 106 sites de PEC pour les enfants. Toutes les régions (hôpitaux de régions) sont opérationnelles pour la prise en charge des PVVIH par les ARV. La Pharmacie Nationale d'Approvisionnement (PNA) coordonne les activités liées aux médicaments et réactifs au niveau des structures sanitaires. Elle approvisionne et supervise les pharmacies régionales (PRA) qui jouent le même rôle avec les districts. Les ARV, les

⁶ Source : Un aids Data 2019

⁷ Source : Un aids Data 2019

médicaments pour la prise en charge des Infections Opportunistes (IO) et les réactifs de dépistage et suivi sont gratuits et intégrés dans le circuit des médicaments essentiels. La PNA s'occupe de l'approvisionnement des médicaments et leur distribution aux PRA.

En effet, on note une augmentation significative des personnes mises sous TARV, qui sont passées de 13 716 (31,2 %) en 2013, à 23 202 (54,1 %) en 2017, et à 26 464 (62,0 %) en 2018 [5]. Depuis 2016, cette prise en charge est restée effective chez les adultes et enfants dans la quasi-totalité des hôpitaux et centres de santé publics avec une couverture de 86,4 % des hôpitaux et 90 % des Centres de santé pour les adultes contre respectivement 80 % et 85 % pour les enfants.

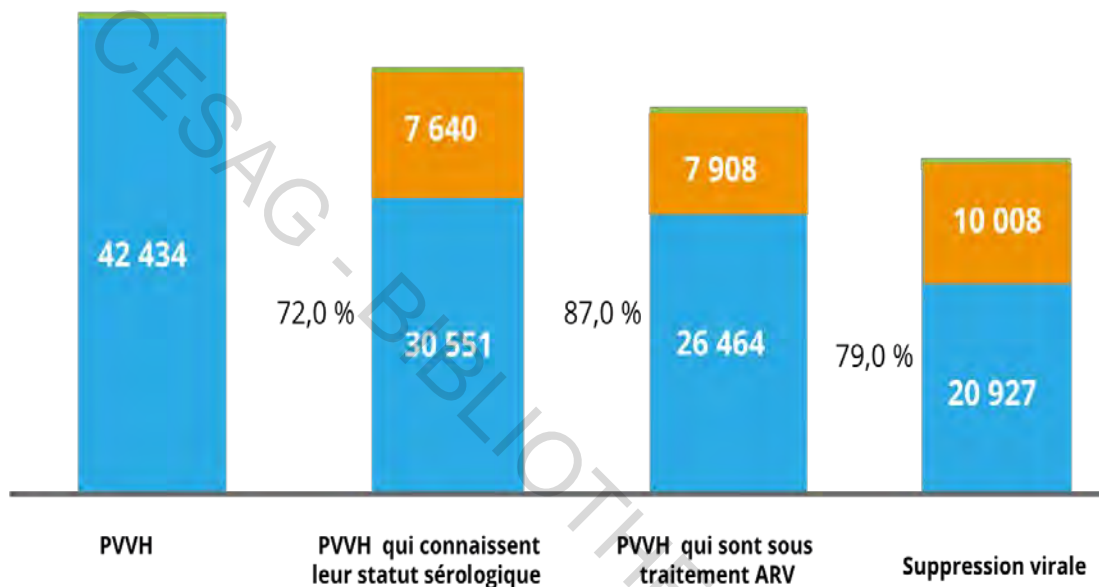


Figure 5: Cascade des "90-90-90" en 2018

Source : rapport CNLS 2018

Un total de 26 625 patients étaient régulièrement suivis en 2018 dont 24 464 traités par ARV. Le nombre de patients mis sous TARV en 2018 était de 4 833 PVVIH, parmi lesquels 67,4 % de femmes et 93,5 % d'adultes. Quant à la file active globale (nombre de patients régulièrement suivis avec ou sans ARV), elle est passée respectivement de 17 545 à 26 625 entre 2013 et 2018. Tandis que la file active des patients sous ARV a augmenté de 2013 à 2018, soit respectivement 13 716 et 26 464.

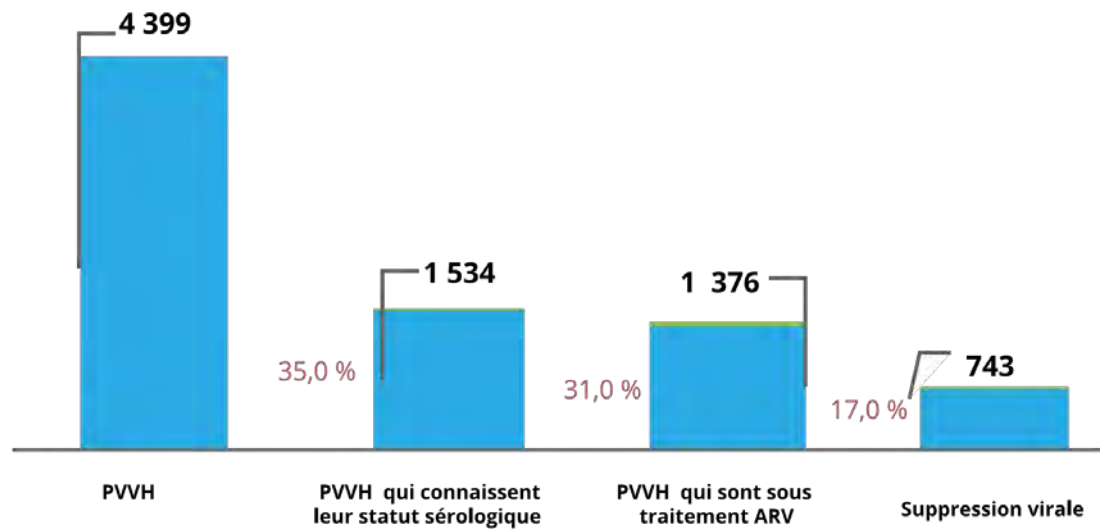


Figure 6: cascade des soins des enfants

Source : rapport CNLS 2018

La prise en charge pédiatrique est beaucoup plus faible que celle des adultes, même si elle a progressé entre 2017 et 2018. Selon l'ONUSIDA (Spectrum, 2018), le nombre estimé d'enfants vivant avec le VIH se situe à 4 399. On estime à 1 534 le nombre d'enfants connaissant leur statut, soit 35,0 % ; à 1 376 les enfants qui sont effectivement sous ARV, avec 31,0 % ; et finalement à 743 le nombre d'enfants ayant une charge virale supprimée, soit 17,0 %.

4- Niveau d'observance et facteurs déterminants

Dès les années soixante-dix, les auteurs anglo-saxons ont introduit dans la littérature le terme de « compliance » signifiant consentement, obéissance. Certains préfèrent la terminologie d'adhésion au traitement qui reconnaît mieux l'implication réelle du patient dans le choix thérapeutique qui lui est proposé. L'adhésion au traitement est un terme général qui englobe : l'adhésion primaire pour les patients nouvellement diagnostiqués et chez lesquels un traitement est initié, l'observance correspondant à la manière dont un patient respecte la posologie de son traitement au jour le jour et la persistance qui représente la durée de prise d'un médicament. 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 rapidement et durablement la réplication virale, restaurer ou améliorer l'immunité de la personne infectée [18 ; 22 ; 23]

4.1- Le niveau d'observance des traitements antirétroviraux

La mise en place des premiers programmes africains d'accès aux ARV a permis de documenter sur l'observance au TARV dans les pays Africains. Plusieurs publications récentes concernant des cohortes suivies dans les pays occidentaux ont permis d'établir le haut niveau d'observance requis pour obtenir une efficacité optimale des multithérapies.

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 [26 ; 25].

Au Sénégal, la mise en place de l'ISAARV a permis d'accroître considérablement le niveau d'observance des patients mais aussi, d'identifier les durées et les motifs d'interruption du traitement :

- ✓ l'observance mensuelle moyenne, estimée chez 158 patients à partir de leurs propres déclarations dans l'étude de I. LANIECE et coll. a été de 91 % (écart-type de 23 %) sur les 24 mois d'étude. Les patients ont déclaré avoir pris l'intégralité des doses durant 69 % de leurs mois de suivi [27].
- ✓ l'étude conduite auprès des patients de la cohorte ANRS 1215 au Sénégal (1998-2002) a permis de mesurer l'observance et d'en analyser les principaux déterminants pendant les dix premières années de TARV. Cette étude suggère une observance moyenne globale d'environ 93 % et approximativement 76 % des patients prenant au moins 95 % de leurs comprimés.
- ✓ dans les pays développés, 73,3 % des répondants de la cohorte « APROCO » ANRS EP11 signalent dans un auto-questionnaire avoir pris l'intégralité de leurs doses sur les quatre derniers jours au quatrième mois (M4) et 67 % des répondants dans le protocole « ciel bleu » déclaraient par auto-questionnaire avoir pris 100 % de leurs doses) [26 ; 27].
- ✓ selon une étude menée à Bangui en 2006, Sur 141 patients répondants aux critères d'inclusion, 89 sont sous traitement antirétroviral et 52 sous cotrimoxazole (CTX). Il apparaît que 83 % sont considérés comme observants au traitement et 17 % comme non observants. L'observance était de 66,3 et 67,3 % avec la question sur les sauts de prise (4 jours) et de 77,5 et 65,4 % avec le comptage des comprimés restants. [18].

4.2- Les méthodes de mesurer de l'observance

L'observance peut être opérationnalisée comme une grandeur dont on peut repérer les variations sur un continuum. Ce n'est pas une catégorie qu'on peut réduire à une dichotomie «

oui-non ». C'est un phénomène mesurable dont la variation oscille entre une polarité d'observance et une polarité d'inobservance. La construction et le choix des outils d'évaluation sont donc nécessairement des tâches délicates dans la mesure où il n'existe pas de « gold ²standard⁸ » pour l'évaluation de l'observance [14 ; 40]. Il est donc préférable de recourir à au moins deux méthodes, dont l'une devrait toujours reposer sur les déclarations du patient.

Cependant, le dosage de la charge virale plasmatique du VIH est la méthode la plus sûre et fiable pour conclure sur la prise effectivement du traitement ARV par le patient. Car, si l'effet primordial attendu dans la prise du traitement est d'empêcher la réplication virale, la mesure de la CV détermine la quantité de VIH dans le sang et donc permet de déduire avec exactitude sur le degré d'observance du patient en éliminant les biais. Une CV indétectable signifie que le patient prend correctement ses médicaments ARV.

Dans certaines études, l'observance thérapeutique a été évaluée à l'aide de trois (3) items :

- ✓ **observance déclarée** : appréciée par la fréquence de saut de prises de médicaments depuis l'initiation thérapeutique ;
- ✓ **observance calculée** : mesurée par le rapport entre le nombre d'ordonnances dispensées et la quantité théorique d'ordonnances attendues (lequel correspond au nombre de mois de suivi du traitement).
- ✓ **le jugement global** que le patient se faisait sur le respect des horaires de prises du traitement (subjectif).

⁸ Test de référence

Tableau 1: Méthodes de mesure de l'observance

Méthodes	Avantages	Inconvénients
Dosage médicaments et marqueurs biologiques dont la charge virale plasmatique	Objective , vérification de l'utilisation ressentie	Variation de la cinétique intra et inter-patients ; Coûteuse, exige des analyses de laboratoire
Dossiers d'archive de renouvellement d'ordonnances des pharmacies	Objective ; contrôle fiable de la disponibilité du médicament	Mise au rebut de pilules, partage de pilules, heure de prise des doses inconnue ; bonne tenue des dossiers d'archive indispensable
Surveillance électronique des médicaments	Objective ; données précises sur l'heure de prise des doses, surveillance sur de plus longues périodes	Mise au rebut de pilules, coûteuse et abondance des données
Décompte des médicaments restant	Objective ; Simple, économique	Mise au rebut de pilules, partage de pilules, heure de prise des doses inconnue, flacons nécessaires
Évaluation du médecin	Subjective ; Simple, économique ; n'exige aucun outil structuré	Peu précise ; estimations compromises par la relation médecin-patient.
Auto-communication par le patient	Subjective : Évaluation qualitative simple, économique et validé	Peu précise ; souvenir flou du patient, manque d'honnêteté, pas de données quantitatives.

Description des différentes méthodes :

- **le dosage des médicaments et les marqueurs biologiques** : à l'aide du dosage sanguin, il est possible de vérifier la prise des médicaments ARV mais également de rechercher un problème d'ordre pharmacologique et pharmacocinétique chez le patient. Il est donc un moyen de vérifier l'observance en mesurant le taux d'indinavir dans les salives et le taux dans le plasma sanguin ;
- **l'auto-communication par le patient** : une série de questions méthodiquement posées et adressées directement au patient permettent de recueillir des informations précises et détaillées sur la prise des médicaments. En effet, le patient a la possibilité d'indiquer ses propres effets secondaires, ses motivations ou au contraire les raisons pour lesquelles il n'adhère pas à une molécule spécifique voire au protocole en place ;
- **l'évaluation par le médecin** : le médecin interroge directement le patient sur le respect des indications de la prise des médicaments ARV (horaires, posologie, ...) ;

- **le décompte des comprimés restants** : le patient ramène les médicaments lors de son rendez-vous de consultation ou du renouvellement d'ordonnances. A cette occasion, le pharmacien ou l'évaluateur procède au décompte des comprimés restant et déduit le nombre de prises manqué ;
- **le taux de renouvellement d'ordonnances des pharmacies** : à l'aide des fiches de suivis ou du registre, le pharmacien calcule le retard entre le renouvellement d'ordonnances afin de donner une estimation sur la mauvaise observance.
- **la surveillance électronique des médicaments** : les piluliers sont constitués de bouchon électronique qui affiche l'heure et la date de la dernière prise. Ce système capable d'émettre un signal d'alarme lorsque le patient doit prendre ses médicaments, constitue un moyen incitatif.

4.3-Cadre conceptuel de la mauvaise observance au TARV

En Afrique, l'observance soulève des difficultés essentiellement d'ordre cognitif et liées au contexte social et culturel. La dimension cognitive de l'observance renvoie aux difficultés de compréhension des schémas thérapeutiques pressenties chez des patients dont un grand nombre sont illettrés.

En plus, l'infection à VIH étant une maladie socialement et culturellement marquée, les difficultés au niveau social, telles que la précarité et le manque de ressources, le niveau d'instruction, le mode de vie (consommation d'alcool et drogues), les connaissances et les croyances d'ordre culturelles influent significativement sur l'observance [40 ; 44 ; 45]. Les préjugés sociaux : les patients qui veulent cacher leur séropositivité à leurs collègues de travail, à leurs amis ou à leurs familles peuvent avoir des difficultés à observer discrètement un schéma thérapeutique aussi complexe. La chronicité et la gravité de la pathologie entraînant un suivi à vie engendrent des lourdes contraintes pouvant influencer sur l'observance au traitement ARV.

Ensuite, plus un traitement est complexe et long avec des effets secondaires multiples, plus l'adhésion du patient est faible. Le manque de conviction dans l'efficacité des traitements impacte aussi sur la régularité du patient dans son suivi [36 ;43].

Les difficultés liées à l'accès aux soins, le manque de formation du personnel soignant, des travailleurs sociaux et des acteurs associatifs impactent sur la bonne observance au traitement [17 ; 24].

Par ailleurs, des études ont montré que l'observance diminue au cours du traitement. Une étude conduite par l'Université de Californie à San Francisco (Chesney M, 1999) montre un taux d'observance de 80 % au cours des douze (12) premières semaines du traitement et un taux de 61 % entre la 24^e et 48^e semaine de traitement [26 ;54].

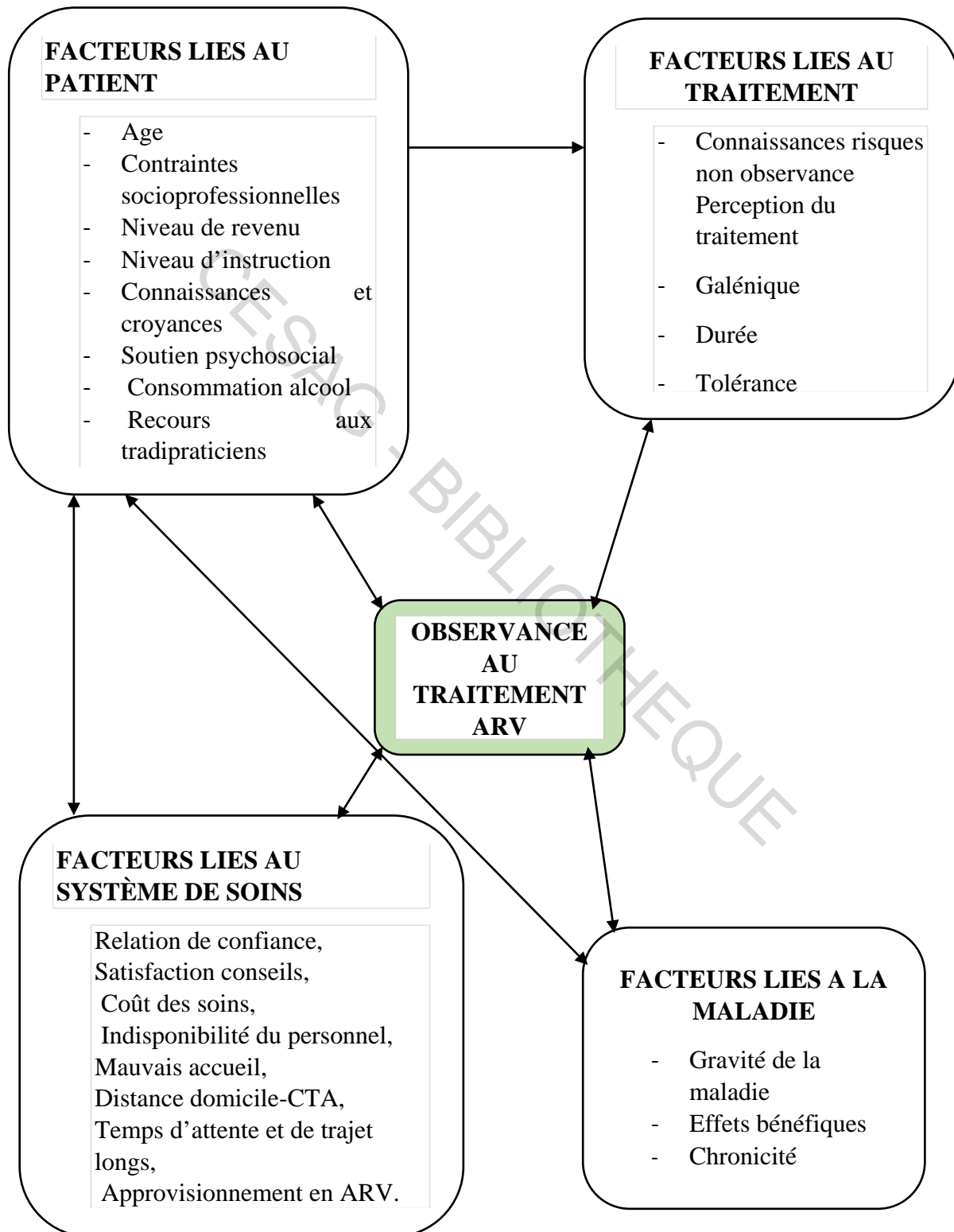


Figure 7: Cadre conceptuel de la mauvaise observance au TARV

4.4 Les facteurs explicatifs de la mauvaise observance au TARV

Les progrès enregistrés durant ces dernières années dans le traitement de l'infection à VIH ont permis de changer le pronostic des personnes infectées en conférant à cette pathologie un caractère chronique. Cette situation pourrait avoir comme effet inverse, la négligence des mesures préventives et la banalisation de l'infection. En effet, certaines personnes, avec l'espoir de trouver traitement qui est d'ailleurs gratuit, s'exposeraient facilement à des comportements à risques (rapports sexuels non protégés, consommation des drogues injectables...).

Ensuite, le secteur traditionnel constitue un premier recours pour une grande partie de nos populations pour la recherche de solution à leurs problèmes de santé. Même si certaines PVVIH suivent un traitement antirétroviral, ils pourraient également se tourner vers les tradipraticiens qui se réclament apporter le sens et le traitement à toutes les maladies. Parfois, l'arrêt du TARV est une des conditions pour bénéficier le remède de la médecine traditionnelle.

Enfin, la peur de la stigmatisation et de la discrimination fait que de nombreux patients cachent leurs séropositivités au VIH même à leurs partenaires. Cet état de fait rend difficile la prise régulière des médicaments dans la plus grande discrétion. Dans le cas des militaires, les gardes et missions obligatoires pourront faire que les patients ne prennent pas leurs médicaments ARV aux moments indiqués ou ne peuvent pas obtenir l'accord pour se rendre fréquemment à l'hôpital dans le cadre du suivi médical.

5- Problématique

Depuis l'avènement de la trithérapie, les traitements du VIH paraissent de plus en plus simples de nos jours. De nombreuses personnes ont besoin de prendre qu'un seul comprimé par jour pour contrôler le virus. Mais une chose n'a pas changé : le traitement demeure un engagement à vie qui nécessite le respect strict des prescriptions. L'observance au traitement ARV est le comportement qui a l'impact le plus important sur l'incidence du VIH [1].

Au Sénégal, même si le taux de Perdus de vue (PDV) connaît une baisse de plus de la moitié entre 2013 et 2017 (respectivement de 15,0 % à 6,0 %), les efforts doivent continuer pour le maintien de cette tendance [5]. Afin d'atteindre les objectifs thérapeutiques, un suivi médical régulier et durable est fondamental. En outre, malgré la gratuité du traitement ARV, la prise en charge de l'infection à VIH engendre d'autres difficultés liées aux déplacements, au temps de trajet et des contraintes pouvant impacter négativement sur le succès thérapeutique.

À l'HPD, comme dans de nombreux sites de PEC, certaines PVVIH manquent à plusieurs reprises leurs rendez-vous de consultations ou ne se présentent pas régulièrement à la pharmacie pour le renouvellement de leurs ordonnances médicales à la date prévue. D'autres manquent à la prise quotidienne de leurs médicaments ARV ou arrêtent le traitement et disparaissent temporairement ou définitivement du circuit de soins. La compréhension de ces comportements nécessite une approche multidimensionnelle et à plusieurs niveaux : individuel, relationnel et organisationnel.

Dans ce contexte, les PVVIH qui ne suivent pas régulièrement la PEC de leur maladie, ou arrêtent parfois le traitement et disparaissent sans avis ni contrôle médical interpellent.

5.1- Ampleur du problème

La non observance à la thérapie ARV chez certaines PVVIH est une préoccupation majeure pour l'atteinte des objectifs thérapeutiques. A l'HPD, depuis l'an 2000, sur 604 patients enregistrés, 150 sont PDV et 37 disparus (rapport du service, premier trimestre 2019).

5.2- Conséquences du problème

Les conséquences de la non-observance thérapeutique peuvent non seulement avoir des répercussions graves pour le patient, mais aussi un impact négatif sur le budget des soins de santé.

Une observance inférieure à 95 % (Spire et Moatti, 2000) accroît significativement les risques d'apparition de résistances chez l'individu traité, faisant craindre la diffusion de souches virales pour lesquelles les traitements existants seraient inefficaces [28]. L'oubli d'une seule dose par semaine peut déjà diminuer d'un tiers l'efficacité du traitement et favoriser l'émergence de résistances. Une bonne préparation du patient avant la mise sous traitement est importante et l'éducation du patient joue un grand rôle là-dedans. [15 ; 16].

Les Conséquences d'une observance médiocre peuvent se répercuter sur plusieurs niveaux [17 ;31] :

- D'abord au niveau du patient : l'échec thérapeutique, la Pharmaco-résistance, la complication du traitement avec changements de protocole, la toxicité élevée suivis d'un pronostic incertain ;
- Ensuite, du point de vue de la santé publique : le problème de la transmission de virus résistants (donnant lieu à l'échec des TARV) se pose ;
- Enfin, sur l'économie de la santé : l'impact négatif est énorme en matière de coût du TARV, la morbidité et la mortalité sont accrues.

6- Intérêt de l'étude

Fondée sur la méthodologie de résolution de problèmes, cette étude présente des avantages pour :

- ✓ l'HPD qui va améliorer la qualité de la prise en charge des PVVIH ;
- ✓ le stagiaire par le renforcement de ses capacités et l'application de ses connaissances théoriques acquises durant la formation ;
- ✓ le CESAG qui enrichit sa documentation à la bibliothèque.

7- But de l'étude

Cette étude contribue à l'amélioration de l'observance au traitement antirétroviral chez les personnes vivant avec le VIH/SIDA suivies à l'Hôpital Principal de Dakar.

8- Objectif général

L'objectif général de cette étude est d'« évaluer l'observance chez les Personnes vivant avec le VIH sous thérapie antirétrovirale et suivies à l'Hôpital Principal de Dakar ».

8.1- Objectifs spécifiques

- Analyser l'organisation de la prise en charge des personnes vivant avec le VIH/SIDA au Sénégal ;
- Déterminer le niveau d'observance chez les patients sous thérapie antirétrovirale suivis à l'Hôpital Principal de Dakar ;
- Identifier et analyser les principaux facteurs qui favorisent la mauvaise observance chez les Personnes vivant avec le VIH sous traitement antirétroviral et suivies à l'Hôpital Principal de Dakar ;
- Élaborer un plan de mise en œuvre de la solution fiable pour d'amélioration de l'observance des patients sous thérapie antirétrovirale à l'Hôpital Principal de Dakar.

CESAG - BIBLIOTHEQUE

**DEUXIÈME PARTIE :
MÉTHODOLOGIE ET RÉSULTATS**

CHAPITRE 3 : METHODOLOGIE DE L'ETUDE

Il s'agira de décrire la démarche utilisée dans cette étude pour mesurer l'observance au traitement ARV. Des principaux points seront présentés dont la population d'étude, la méthode appliquée pour la mesure de l'observance dans ce cas précis, la collecte des données, l'analyse mais aussi les limites de cette étude.

1- Type d'étude

Il s'agit d'une étude transversale à visée descriptive et analytique sur les déterminants de la mauvaise observance à la thérapie ARV chez les PVVIH suivies à l'Hôpital Principal de Dakar.

La méthodologie utilisée est celle de la résolution de problèmes basée sur la logique suivante :

- ✓ identification des problèmes ;
- ✓ priorisation des problèmes ;
- ✓ identification des causes ;
- ✓ hiérarchisation et priorisation des causes recensées ;
- ✓ choix de la cause prioritaire ;
- ✓ identification des Solutions possibles ;
- ✓ choix de la solution prioritaire fiable et réaliste ;
- ✓ mise en œuvre de la solution choisie.

1.1- Population d'étude

Elle est constituée par l'ensemble des personnes séropositives au VIH, sous thérapie ARV et suivies depuis au moins six (6) mois au Service des Maladies Infectieuses et Tropicales de l'HPD auprès desquelles, l'accord de participation a été obtenu par un consentement libre et éclairé.

1.1.1- Critères d'inclusion :

- ✓ être âgée de plus de 15 ans ;
- ✓ être séropositive au VIH, quel que soit le profil ;
- ✓ être sous traitement ARV ;
- ✓ être suivie à l'HPD pendant au moins six (6) mois avant la période d'étude ;
- ✓ avoir donné son consentement libre et éclairé.

1.1.2- Critères de non inclusion :

- ✓ les PVVIH dont un dossier médical n'a pas été ouvert ;
- ✓ les patients hospitalisés au moment de l'enquête ;
- ✓ les patients ayant des difficultés pour répondre verbalement ou par écrit au questionnaire.

2- Méthode et outils de collectes de données

2.1 Méthodes de collecte des données

Nous procédons dans cette étude à l'utilisation de la méthode d'échantillonnage par choix raisonné (non probabiliste) [13], qui consiste à aborder systématiquement les PVVIH venues à la consultation ou à la pharmacie de l'hôpital pour le renouvellement de leurs ordonnances et répondant aux critères d'inclusion.

Ce choix est motivé par la rareté des cas (la file active moins élevée et les rendez-vous à intervalles de trois, quatre ou six mois) mais aussi, la durée et les moyens très limités pour réaliser ce travail.

Dans notre étude, l'observance a été évaluée sur la base des déclarations des patients et sur la régularité du renouvellement de leurs ordonnances à la pharmacie (observance calculée).

Ont alors été définis mauvais observant :

- les sujets ayant sauté une ou plusieurs prise(s) des ARV au cours des sept (7) derniers jours avant leur recrutement ;
- les patients ayant un coefficient de régularité inférieur ou égal à 0,95 (soit 95 %) ; ce coefficient est mesuré par le rapport entre le nombre d'ordonnances dispensées et la quantité théorique d'ordonnances attendues (lequel correspond au nombre de mois depuis l'initiation au traitement ou le début d'approvisionnement auprès de la pharmacie de l'HPD). Quand le traitement est prescrit pour deux (2) mois, le nombre d'ordonnances décomptées est de deux (2).

Les entrevues individuelles dirigées par l'enquêteur avec les PVVIH et la revue documentaire ont été les principales méthodes de collecte des informations.

2.2 Outils de collectes des données :

Les outils de collecte sont constitués d'un questionnaire d'entretien complété par une fiche de dépouillement (dossiers du malade, registres de la pharmacie...).

2.3 Déroulement de l'étude

L'étude s'est déroulée du 24 juillet au 30 septembre 2019. Une phase de prétest auprès de quatre (4) patients réalisée les 17 et 22 juillet 2019 a permis de réadapter le questionnaire au contexte de l'étude.

Les entretiens directs étaient conduits en langue française et ceux semi-directs en langue Ouolof avec l'assistance de la médiatrice communautaire.

3- Analyse des données

Les données ont été saisies en utilisant le logiciel Sphinx avant d'être analysées avec le logiciel SPSS Statistic 21. Les variables qualitatives ont été décrites à l'aide des proportions et les variables quantitatives à l'aide de la moyenne, la médiane et l'écart-type. La variable dépendante était « Mauvaise observance » qui correspondait à l'observance déclarée. Le coefficient de renouvellement d'ordonnances initialement recueilli sous forme continue a été transformé en variable dichotomique « mauvais observant » s'il est inférieur ou égal à 0,95 et « observant » s'il est supérieur à 0,95.

L'analyse bivariée entre la variable dépendante et les variables indépendantes ayant un degré de significativité de p inférieur à 0,05 a permis de ressortir les facteurs associés à la mauvaise observance chez les patients enquêtés.

4- Considérations éthiques

La participation à cette étude a été soumise au consentement libre et éclairé par les patients. Aucune justification n'a été demandée à ceux qui ont refusé. Les entrevues se sont déroulées dans le bureau d'un médecin réservé exclusivement à ce travail.

Pour les questionnaires d'entretien et les fiches de dépouillement des dossiers du malade, un numéro d'identifiant unique qui protège l'anonymat du patient répondant a été utilisé.

Le patient est informé en début d'entretien sur la nature et les objectifs de l'enquête.

5- Avantages et Limites de l'étude

5.1- Avantages

Cette étude est la première à aborder de manière spécifique les déterminants de la non observance au TARV chez les patients séropositifs au VIH et suivis à l'HPD.

Elle a permis aux patients de s'exprimer librement sur leur maladie en toute confidentialité, mais aussi d'exposer leurs inquiétudes liées au traitement, au mode de vie et à leur état psychologique.

Le questionnaire d'entretien utilisé a été conçu et adapté à la population d'étude.

5.2 Limites de l'étude

La non-représentativité : le type d'échantillonnage utilisée est non aléatoire. De ce fait, les résultats de cette étude ne peuvent pas être généralisés sur l'ensemble des patients [13].

Ensuite, les méthodes de mesure utilisées : l'observance a été mesurée par l'auto-questionnaire et la régularité de renouvellements d'ordonnances à la pharmacie. Ces méthodes ne sont pas les plus sensibles pour repérer l'ensemble des patients « mauvais observants » contrairement à d'autres méthodes comme les piluliers électroniques, le dosage des médicaments et marqueurs biologiques. Les auto-questionnaires sont l'objet de nombreux biais de mémorisation d'une part tandis que le renouvellement des ordonnances n'indique pas que les comprimés sont effectivement pris par le patient, d'autre part [33 ; 35]. En effet, certains patients considérés PDV ou venus à retard pour renouveler leurs ordonnances pourraient ne pas avoir interrompu leur TARV. Ils peuvent se servir ailleurs durant un voyage ou partager des médicaments du partenaire dans le cas des couples séropositifs sous TARV.

Enfin, l'observance étant un phénomène dynamique, les personnes observantes au moment de l'enquête pourraient ne plus l'être quelques mois après ou vice-versa, comme l'ont montré des résultats de la cohorte APROCO [27 ;30].

6- Difficultés rencontrées :

- la rareté des cas ayant prolongé la durée de l'étude dans un contexte de ressources très limitées ;
- l'incomplétude des données dans certains dossiers de malades et de la base de données ;
- la qualité de l'archivage ne permettant pas de retrouver facilement certaines fiches de suivi du renouvellement d'ordonnances à la pharmacie ;
- la demande d'aide financière par certains patients à l'enquêteur qui ne disposait pas de ressources à cet effet ;
- la durée de l'entretien par patient souvent difficile à maîtriser : certains patients manifestaient le besoin de partager longuement leurs vécus de la maladie en toute confidentialité.

CHAPITRE 4 : PRESENTATION DES RESULTATS

Les résultats issus de la collecte des données seront traités et présentés sous forme de textes, de tableaux et de graphiques. L'analyse et l'interprétation desdits résultats aboutiront à la mise en évidence des facteurs de la mauvaise observance retrouvés dans cette étude et les principales barrières identifiées. Enfin, ces résultats seront brièvement commentés.

1- Exhaustivité des résultats

Le questionnaire a été proposé à soixante-cinq (65) PVVIH éligibles qui se sont présentées au service des maladies infectieuses et tropicales de l'HPD durant notre période d'étude. Cinquante-cinq (55) personnes ont répondu, soit une exhaustivité globale de 84,6%. Dix (10) patients ont refusé de participer et un (1) répondant a été exclu pour confusion d'identification du dossier médical.

2- ANALYSE DESCRIPTIVE

2.1- Caractéristiques sociodémographiques

L'âge moyen des patients était de 49,9 ans. La tranche d'âge de 31-50 ans était prédominante (40,7 %) et 20 % des sujets avaient plus de 60 ans. Le sexe ratio était de 1,25 femmes pour 1 homme. La majorité des patients venait des villes de l'intérieur (61,1 %) et seul un patient provenait d'un pays étranger. La plupart (90,77 %) confessaient la religion musulmane. Près d'un tiers (31,6 %) vivait seul (célibataire, divorcé, veuf).

Parmi les personnes interrogées, 74 % avaient un niveau de scolarité primaire ou secondaire. Les militaires à la retraite constituaient la principale catégorie professionnelle (24,1 %) et 16,7 % n'exerçaient aucune activité professionnelle ou alors avaient cessé. Enfin, 20,3 % des enquêtés consommaient l'alcool soit régulièrement ou occasionnellement.

Tableau 2: Caractéristiques sociodémographiques (N=54)

Variables	Modalités	Effectifs	Pourcentages
Sexe	Féminin	30	55,6 %
	Masculin	24	44,4 %
Age	Inférieur ou égal à 30 ans	4	7,4 %
	31 à 50 ans	22	40,7 %
	51 à 60 ans	17	31,5 %
	Plus de 60 ans	11	20,4 %
Religion	Musulman(e)	49	90,7 %
	Chrétien(e)	5	9,3 %
Provenance	Dakar	20	37,0 %
	Villes de l'intérieur	33	61,1 %
	Hors Sénégal	1	1,9 %
Situation matrimoniale	Marié(e)	37	68,5 %
	Veuf/veuve	7	13,0 %
	Divorcé(e)	3	5,6 %
	Célibataire	7	13,0 %
Niveau d'instruction achevé	Sans instruction	6	11,1 %
	Primaire & secondaire	40	74,1 %
	Universitaire	8	14,8 %
Activité professionnelle	Aucune	9	16,7 %
	Militaire retraité	13	24,1 %
	Commerçant(e)	9	16,7 %
	Fonctionnaire	5	9,3 %
	Autre	18	33,3 %
Consommation alcool	Oui	4	7,4 %
	Non	43	79,6 %
	Occasionnellement	7	13,0 %

Source : nos enquêtes

2.2- Caractéristiques liées à l'accessibilité aux soins

Plus de la moitié (77,8 %) des sujets parcouraient moins de 50 kilomètres entre leurs domiciles et l'HPD. Le principal moyen de déplacement était le transport en commun (96,3 %). La moyenne des frais de transport se situe à 2 970,75 francs CFA [écart-type 3 989,788 francs CFA] avec un minimum de 300 francs FA et un maximum de 20 000 francs CFA, sans inclure les frais du sujet utilisant le transport aérien. Le temps de trajet est inférieur à une (1) heure pour 35,2 % et **9,3 % des patients consacraient un (1) à trois (3) jour(s) pour le trajet aller-retour.** Près de la moitié (**46,3 %**) **ne bénéficie d'aucune couverture maladie** (imputation budgétaire ou autre) et prend entièrement en charge les frais de consultation et des examens biologiques complémentaires dont **44,4 % estiment d'ailleurs très élevés.** Les 79,6 % des répondants avaient un revenu mensuel moyen de 118 421,05 francs CFA (écart type 80 375,346 francs CFA) avec un minimum de 25 000 francs CFA et un maximum de 350 000 francs CFA. Seuls 5,6 % disent avoir des difficultés à rencontrer le médecin traitant et 9,3 % soulignent avoir des difficultés à accéder aux médicaments ARV à la pharmacie de l'hôpital à cause des ruptures fréquentes de certaines molécules. Par ailleurs, **22,2 % des enquêtés estiment que le temps d'attente à l'hôpital est très long.**

Tableau 3: Caractéristiques liées à l'accessibilité aux soins (N=54)

Variables	Modalités	Effectifs	Pourcentages
Distance domicile-CTA	< 50 km	42	77,8 %
	50 -100 km	5	9,3 %
	> 100 km	7	13,0 %
Moyen de transport	Taxi/ transport en commun	52	96,3 %
	Voiture personnelle	1	1,9 %
	Autre	1	1,9 %
Temps de trajet	< 1 heure	19	35,2 %
	1- 2 heure(s)	17	31,5 %
	3 - 4 heures	9	16,7 %
	> 4 heures	4	7,4 %
	Autre	5	9,3 %
Revenu mensuel	Oui	43	79,6 %
	Non	11	20,4 %
Assurance maladie	Oui	29	53,7 %
	Non	25	46,3 %
Coût du traitement	Pas élevé	16	29,6 %
	Peu élevé	14	25,9 %
	Très élevé	24	44,4 %
Difficultés rencontre médecin traitant	Un peu	3	5,6 %
	Pas du tout	51	94,4 %
Temps d'attente	Pas long	16	29,6 %
	Peu long	26	48,1 %
	Très long	12	22,2 %
Difficultés ARV à la pharmacie	Oui	5	9,3 %
	Non	49	90,7 %

Source : nos enquêtes

2.3- Caractéristiques clinico- biologiques

Le type de VIH-1 était prédominant avec 96,3 % et moins de **2 % étaient porteurs du VIH 1+2**. Parmi les sujets, **22,7 % (N=44)** avaient des antécédents de TARV avant leur transfert à l'HPD. Les enquêtés ayant plus de deux ans de TARV étaient de 79,6 % et 11,6 % avaient une durée comprise entre six à douze mois. Le stade 1 à l'inclusion selon la classification CDC de l'OMS était majoritaire (34,1 %) contre 24,4% au stade 4 (N=41). Au moment de l'enquête, 97,4 % étaient au stade 1 et les autres étaient au stade 2 (N=39). Plus de la moitié (58,7 %) avaient des antécédents d'infections opportunistes (N=46) et une comorbidité chez 20,6 % (N=34). Selon le protocole, 72,2 % des enquêtés suivaient un traitement de première intention et 1,9 % en troisième intention. Plus de la moitié des patients (52,9 %) ont connu un changement de protocole (N=51). Les **48,9 % avaient un TCD4 inférieur à 200 mm³ à l'initiation du TARV** (N=47), 19,4 % un TCD4 supérieur à 500 mm³ après six mois (N=36) et 61,2 % avaient un taux supérieur à 500 mm³ au moment de l'enquête (N=31). **Les derniers résultats de la charge virale étaient inférieurs au seuil de détection chez 90 % des enquêtés (N=54).**

Tableau 4: Caractéristiques clinico- biologiques

Variables	Modalités	Effectifs	Pourcentages
Profil HIV	HIV-1	52	96,3 %
	HIV-2	1	1,9 %
	HIV 1-2	1	1,9 %
Antécédent ARV(N=44)	Oui	10	22,7 %
	Non	34	77,3 %
Durée du traitement (N=54)	6-12 mois	6	11,1 %
	1-2 ans	5	9,3 %
	Plus de 2ans	43	79,6 %
Stade clinique inclusion(N=41)	OMS Stade 1	14	34,1 %
	Stade 2	8	19,5 %
	Stade 3	9	22,0 %
	Stade 4	10	24,4 %
Stade clinique enquête (N=39)	OMS Stade 1	38	97,4 %
	Stade 2	1	2,6 %
Infections opportunistes (N= 46)	Non	19	41,3 %
	Oui	27	58,7 %
Comorbidité (N= 34)	Non	27	79,4 %
	Oui	7	20,6 %
Protocole thérapeutique (N= 54)	Première ligne	39	72,2 %
	Deuxième ligne	14	25,9 %
	Troisième ligne	1	1,9 %

Tableau 5:Caractéristiques clinico- biologiques(suite)

Variables	Modalités	Effectifs	Pourcentages
Changement de protocole (N=51)	Oui	27	52,9 %
	Non	24	47,1 %
CD4 à l'inclusion (N= 47)	Inférieur à 200	23	0,5 %
	200 à 350 mm3	11	23,4 %
	350 à 500 mm3	3	0,1 %
	Plus de 500 mm3	10	96,3 %
CD4 après 6 mois (N= 36)	Inférieur ou égal à 500 mm3	29	1,9 %
	Plus de 500 mm3	7	1,9 %
CD4 enquête (N=31)	Inférieur ou égal à 500 mm3	12	22,7 %
	Plus de 500 mm3	19	77,3 %
CV enquête (N=54)	Indétectable	48	90 %
	Plus de 50 copies/mm3	6	10 %

Source : nos enquêtes

2.4- Les relations avec le personnel médical

Globalement, les patients sont satisfaits de leurs relations avec le personnel médical du SMIT de l'HPD. Les 94,4 % des répondants sont très satisfaits de l'accueil et seul moins de 2 % disent ne pas être satisfaits des conseils reçus du médecin et 18,5 % disent ne pas être bien informés sur le traitement par le personnel médical.

Tableau 6: Relations avec le personnel médical

Variables	Modalités	Effectifs	Pourcentages
Information personnel médical	<i>Pas bien informé(e)</i>	10	18,5 %
	Informé(e)	5	9,3 %
	Très bien informé(e)	39	72,2 %
Satisfaction conseils médecin	Oui	53	98,1 %
	Non	1	1,9 %
Satisfaction accueil	Satisfaisant	3	5,6 %
	Très satisfaisant	51	94,4 %

Source : nos enquêtes

2.5- Difficultés rencontrées dans la prise des ARV

Plus d'un tiers des patients enquêtés (35,2 %) se plaignent de la taille des comprimés tandis que 42,6 % n'ont signalé aucune difficulté dans la prise de leurs médicaments ARV. Les 35,2 % évoquent des manifestations gênantes après la prise des ARV (fatigue, somnolence, céphalées).

Tableau 7: Difficultés rencontrées dans la prise des médicaments

Variables	Modalités	Effectifs	Pourcentages
Difficultés prise des médicaments	Aucune	23	42,6 %
	La taille des comprimés	19	35,2 %
	Les effets secondaires	4	7,4 %
	Ne pas pouvoir arrêter	2	3,7 %
	Le nombre de comprimés	4	7,4 %
	Autre	2	3,7 %
Manifestations gênantes	Oui	19	35,2 %
	Non	35	64,8 %

Source : nos enquêtes

2.6- Soutien au traitement

Parmi nos répondants, 96,3 % ne sont pas membres d'une association de soutien aux PVVIH et seuls 3,7 % disent être membres dans le passé mais ne reçoivent plus d'informations. La plupart seraient prêts à adhérer si la propositions leur est faite.

En ce qui concerne les rappels (par SMS ou appels téléphoniques) par l'hôpital sur la prise des médicaments, seuls 3,7 % se souviennent avoir reçu des appels mais durant les premières semaines qui ont suivi leur initiation au TARV. Les 72,2 % ne se font pas aider pour la prise de leurs médicaments ARV par un parent ou un ami. Cela peut s'expliquer surtout par le souci de préserver la confidentialité de leur séropositivité au VIH auprès de leur environnement familial ou social.

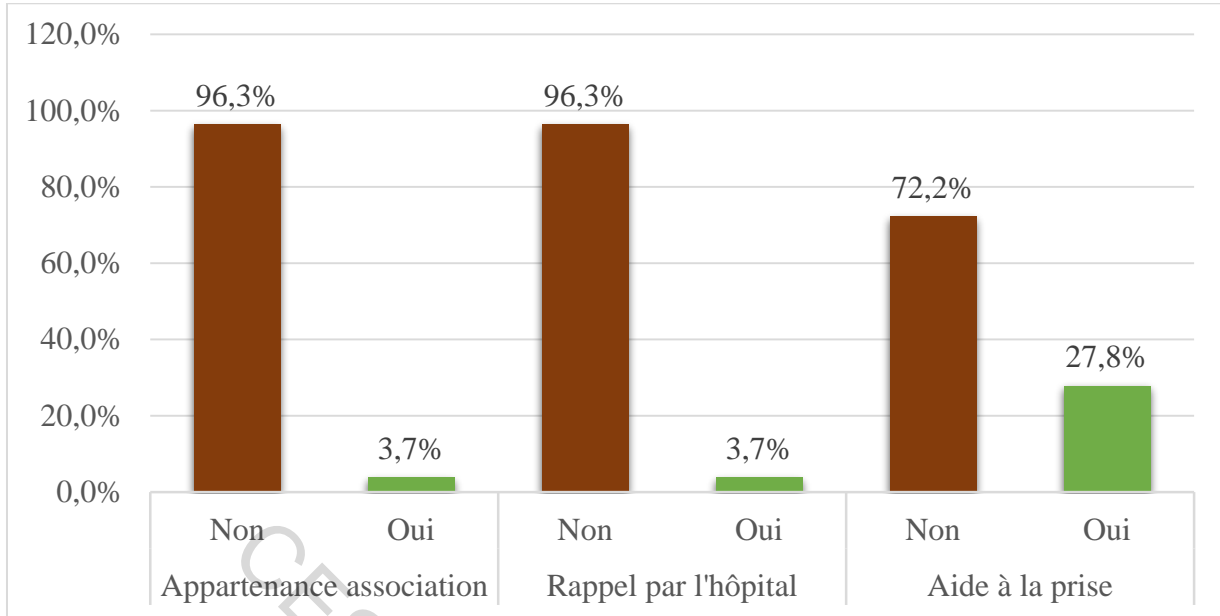


Figure 8: Soutien au traitement

Source : notre étude

3- ETUDE ANALYTIQUE

3.1- Présentation des résultats selon les différents facteurs de non observance

3.1.1- Le niveau d'observance et les caractéristiques sociodémographiques

L'analyse bivariée n'a pas relevé une corrélation significative avec les caractéristiques sociodémographiques chez nos enquêtés.

3.1.2- Le niveau d'observance et les caractéristiques liées à l'accessibilité aux soins

La mauvaise observance est corrélée significativement avec l'absence d'une assurance maladie d'une part, et les patients habitant à plus de 100 kilomètres de l'hôpital d'autre part, au seuil de significativité de 10 % ($p=0,065$).

3.1.3- Le niveau d'observance et l'état psychologique

Aucune relation de dépendance n'a été établie entre la mauvaise observance et l'état psychologique des patients enquêtés. Cependant, *il a été relevé une corrélation significative entre la méconnaissance des risques d'abandon du traitement ARV et les patients qui ne se sentaient pas capables de poursuivre le traitement* ($p=0,00$).

3.1.4- Le niveau d'observance et la perception du traitement par les patients

Il n'a pas été relevé une dépendance significative entre la mauvaise observance et la perception du traitement ARV. *Toutefois, il existe une corrélation bilatérale positive entre le*

fait de ne pas se sentir capable de poursuivre le traitement ARV et le recours aux médicaments traditionnels ($p=0,01$).

3.1.5- Le niveau d'observance et les relations avec le personnel soignant

Aucune relation de dépendance n'a été établie entre la mauvaise observance et les relations avec le personnel soignant dans cet hôpital. Cela pourrait s'expliquer par la satisfaction des patients à 94,4 % sur la qualité de l'accueil et à 98 % sur les conseils donnés par leurs médecins traitants.

3.1.6- Le niveau d'observance et les caractéristiques clinico- biologiques

La mauvaise observance n'a pas été corrélée significativement avec les caractéristiques clinico- biologiques des patients enquêtés.

Tableau 8: Résultats de l'analyse bivariée

Variables	Mauvaise observance	Coefficient de corrélation	Significativité (Bilatérale)
	N (%)		
Distance HPD			
	< 50 km	77,8 %	
	50 -100 km	9,3 %	
	> 100 km	13,0 %	-,253
			,065
Nombre manqué de prise			
	Une fois	34,3 %	
	Deux fois	5,7 %	
	Trois fois ou plus	22,9 %	
	Ne sait pas	37,1 %	,379*
			,025
Oubli			
	Oui	53,7 %	-,347*
	Non	46,3 %	
Assurance maladie			
	Oui	53,7 %	
	Non	46,3 %	-,251
			,067
Comment procéder en cas d'oubli			
	Attend la prochaine prise	16,7 %	-,357**
	Décale les horaires	5,6 %	
	Prendre immédiatement	61,1 %	

Autre 16,7 %

Source : nos enquêtes

En définitive, l'analyse bivariée entre la variable dépendante « Mauvaise observance » et l'ensemble des variables montre ce qui suit :

- une association significative entre la mauvaise observance et l'oubli ($p < 0,05$) ;
- comment procéder en cas d'empêchement pour la prise de la dose quotidienne des ARV à l'heure ? Une corrélation fortement significative ressort chez les patients qui disent attendre la prochaine prise de leur TARV ($p = 0,00$).

4- Evaluation des connaissances

4.1- Formation sur l'observance

Près d'un quart (24,1 %) des répondants disent *ne pas avoir reçu des connaissances sur l'observance au TARV* et près de 30 % ne connaissent pas les risques de la mauvaise observance. Par ailleurs, nous constatons que le pourcentage de ceux qui affirment connaître les risques de la mauvaise observance est inférieur (de plus de 5 %) à celui des patients qui disent avoir reçu une formation sur l'observance au TARV.

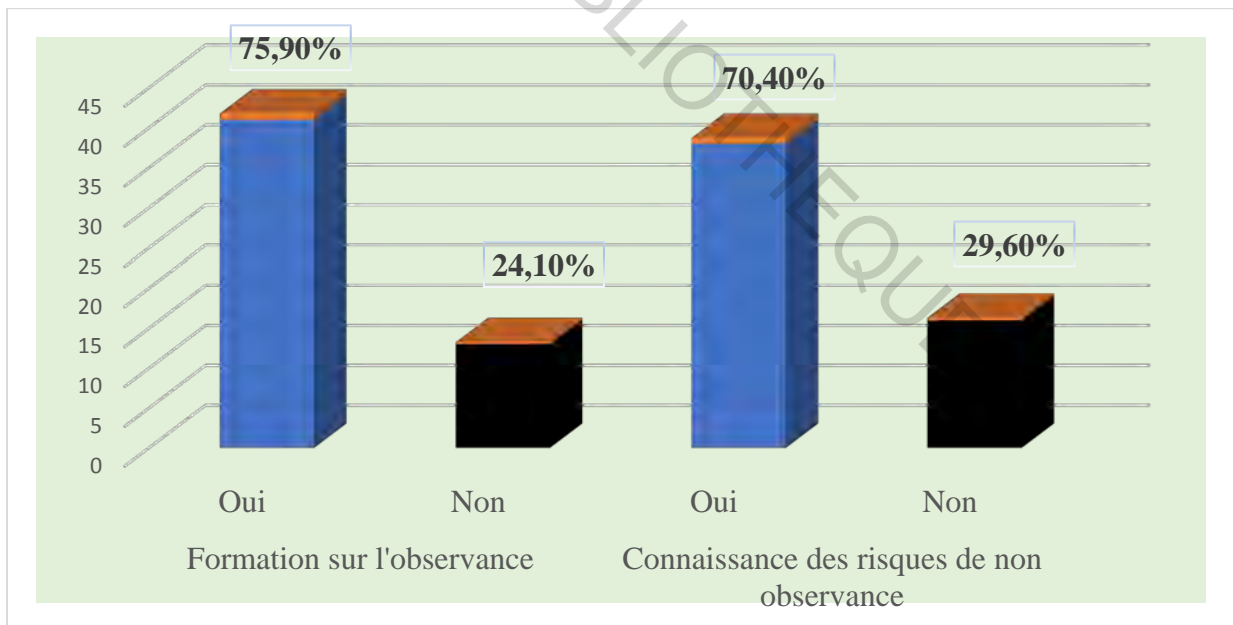


Figure 9: Connaissances sur l'observance

Source : nos enquêtes

4.2- Recours au traitement traditionnel

Les 11 % ont recouru à un moment au traitement traditionnel dans le souci de retrouver une guérison définitive, disent-ils. Comme nous l'avons trouvé précédemment, le fait de ne pas se

sentir capable de poursuivre le traitement ARV durant toute la vie du patient était fortement associé au recours à la médecine traditionnelle ($p= 0,01$).

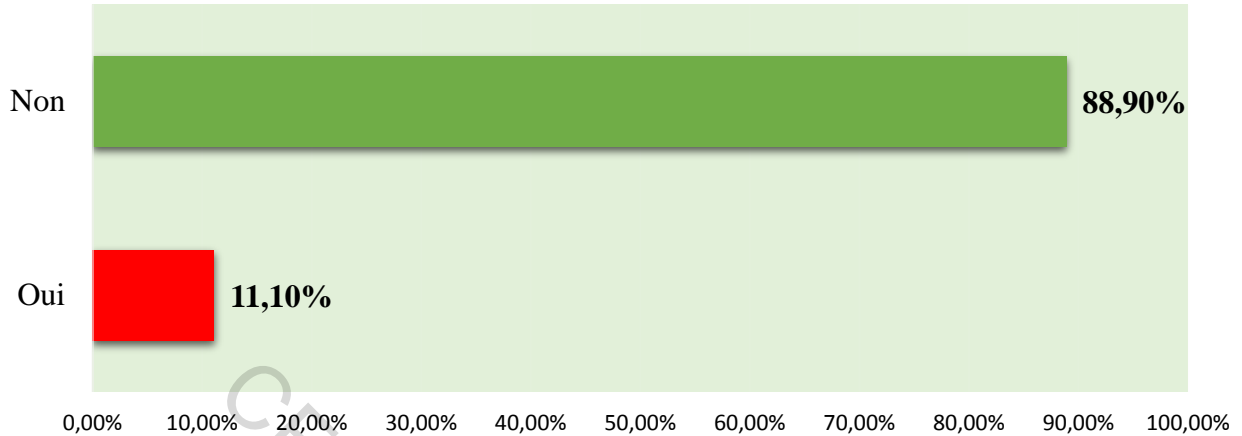


Figure 10: Recours au traitement traditionnel

Source : nos enquêtes

4.3- Empêchement de la prise des ARV aux horaires indiqués

En réponse à la question « comment procédez-vous en cas d'oubli de prendre vos médicaments ARV aux horaires indiqués ? », 61,10 % affirment prendre dès l'instant qu'ils s'en rappellent, mais 16,70 % attendent la prochaine prise tandis que 5,60 % décalent les horaires des prises suivantes. Les autres (16,7 %) disent ne jamais oublier. Ces résultats témoignent une nécessité de renforcer les connaissances des patients en matière d'observance.

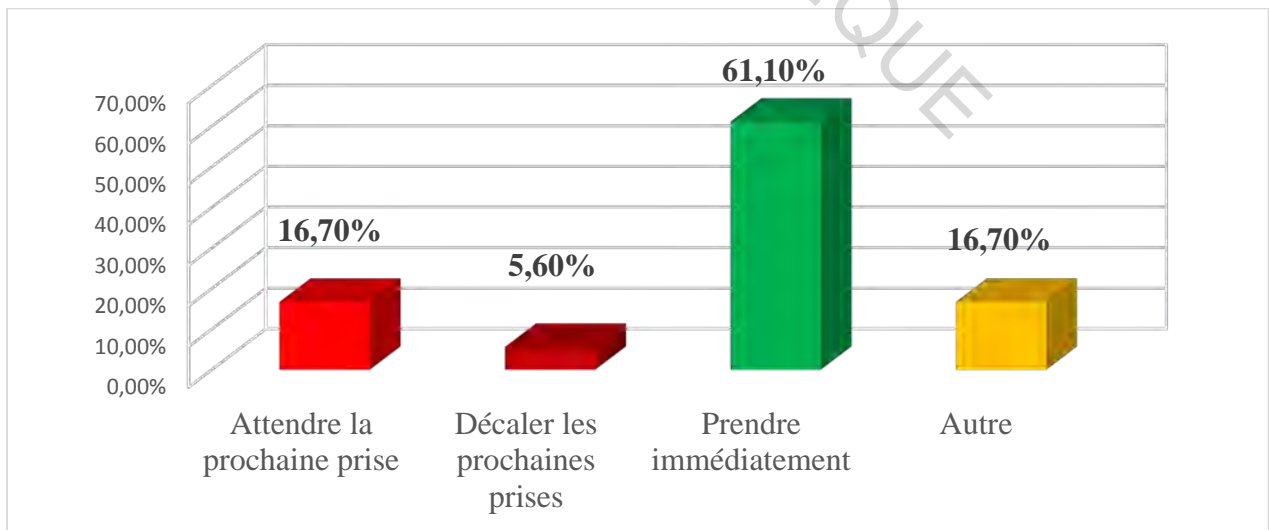


Figure 11: Comportements en cas d'oubli

Source : nos enquêtes

5- Observance thérapeutique

Le niveau global de l'**observance déclarée** chez les cinquante-quatre (54) patients enquêtés à l'aide de la question portant sur le saut de prise durant les sept (7) derniers jours qui ont précédé l'enquête était relativement élevé : **81,5 %**. Quant à l'**observance calculée** sur la base de la régularité du renouvellement d'ordonnances à la pharmacie, elle était de **51,9 %**. Le pourcentage d'accord, calculé par le rapport entre le nombre de sujets observants pour les deux méthodes sur le nombre total d'observants déclaré était de 61 %.

Par ailleurs, les derniers résultats de la charge virale chez les patients enquêtés révèlent un succès virologique à 90 %.

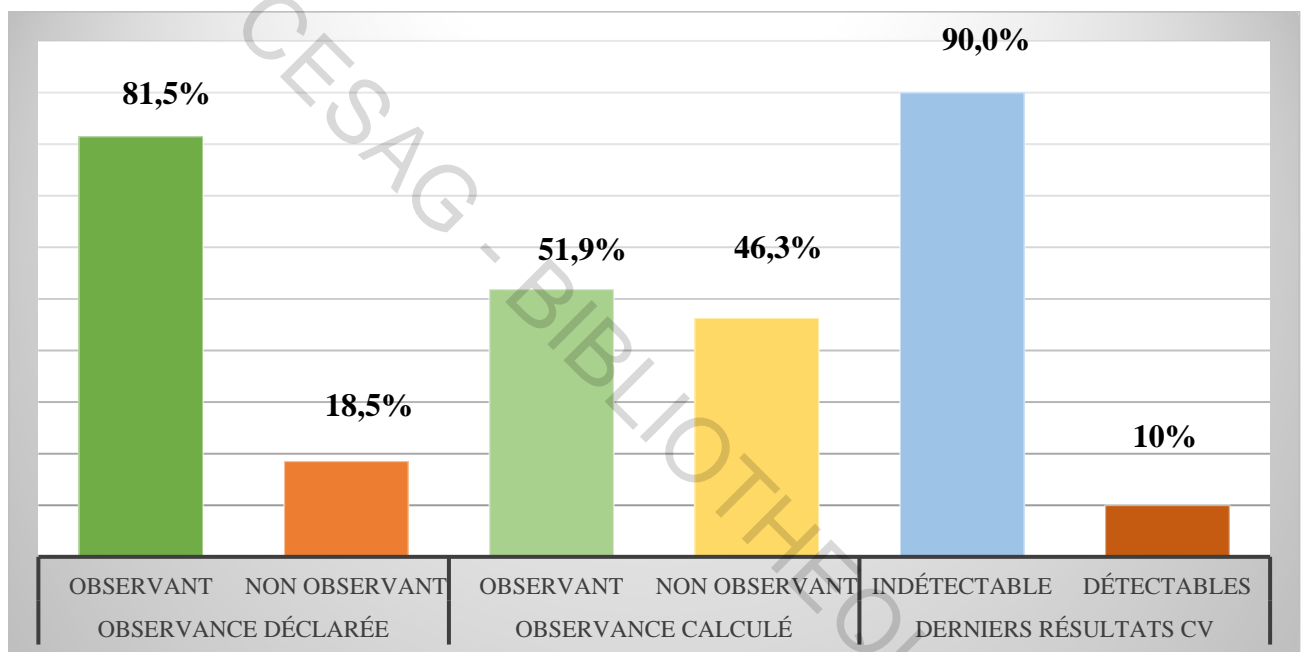


Figure 12: Niveau d'observance déclarée

Source : nos enquêtes

5.1- Historique de la mauvaise observance

Plus de la moitié (64,8 %) des sujets rencontrés affirment avoir sauté au moins une prise de leurs médicaments ARV depuis l'initiation du traitement et **7,5 % ont interrompu volontairement leur TARV à un moment donné du suivi médical**. Les 46,3 % déclarent n'avoir jamais oublié la prise de leurs médicaments. Près de 40 % ne savaient pas le nombre de fois qu'ils ont manqué de prendre leurs médicaments ARV et 34,3 % affirment n'avoir sauté qu'une seule fois depuis l'initiation au traitement.

Tableau 9: Historique sur la non observance

Variabiles	Modalités	Effectifs	Pourcentages
Saut prise depuis initiation du TARV (N=54)	Non	19	35,2 %
	Oui	35	64,8 %
Interruption volontaire déclarée (N=54)	Jamais	50	92,6 %
	Oui, une fois	1	1,9 %
	Plusieurs fois	3	5,6 %
Arrêt temporaire sur dossier (N=43)	Oui	14	32,6 %
	Non	29	67,4 %
Oubli depuis le début du traitement (N= 54)	Oui	29	53,7 %
	Non	25	46,3 %
Nombre de prises manqué	Une fois	12	34,3 %
	Deux fois	2	5,7 %
	Trois fois ou plus	8	22,9 %
	Ne sait pas	13	37,1 %

Source : nos enquêtes

5.2- Raisons de la mauvaise observance

Les raisons principalement évoquées dans les cas de mauvaise observance par les patients enquêtés étaient par ordre d'importance : oubli (34,4 %), voyage (27,3 %), pas chez soi (13,6 %), manque de confidentialité (9,1 %), autres (6,8 %), travail et endormissement se situaient au même niveau (4,5 %).

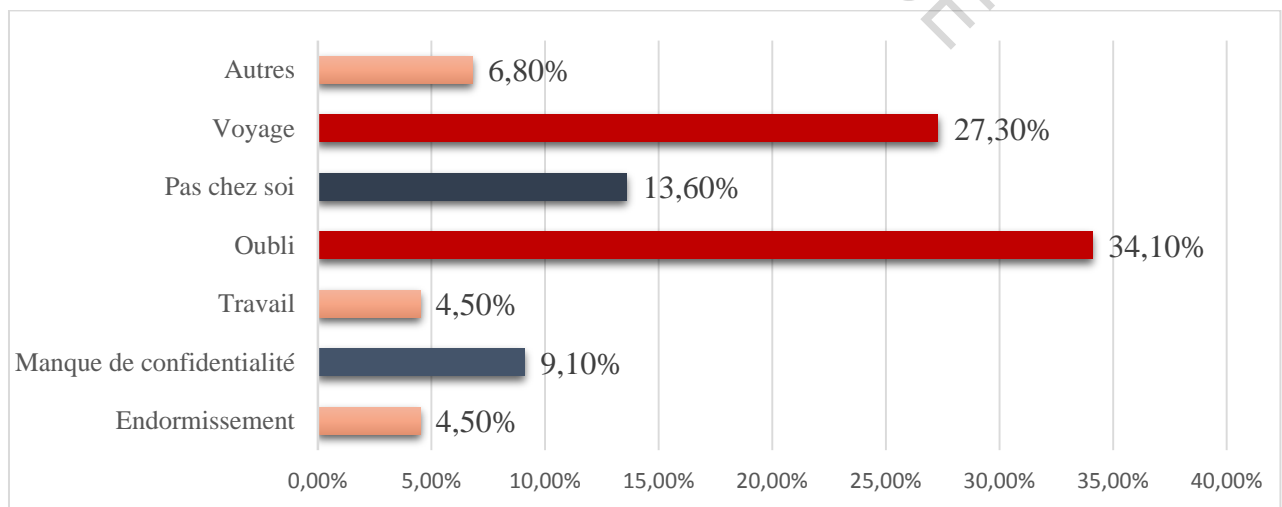


Figure 13: Les raisons évoquées de la mauvaise observance

Source : nos enquêtes

Quant à la revue documentaire, les raisons de l'arrêt temporaire du suivi pour le TARV chez certains patients enquêtés ont été les suivantes : PDV (43 %), travail (22 %), voyage (21 %) et l'échec thérapeutique (14 %). Toutefois, les cas d'échecs thérapeutiques relevés à travers les dossiers des malades faisaient état d'échec immunologique et ou virologique en lien avec une mauvaise observance.

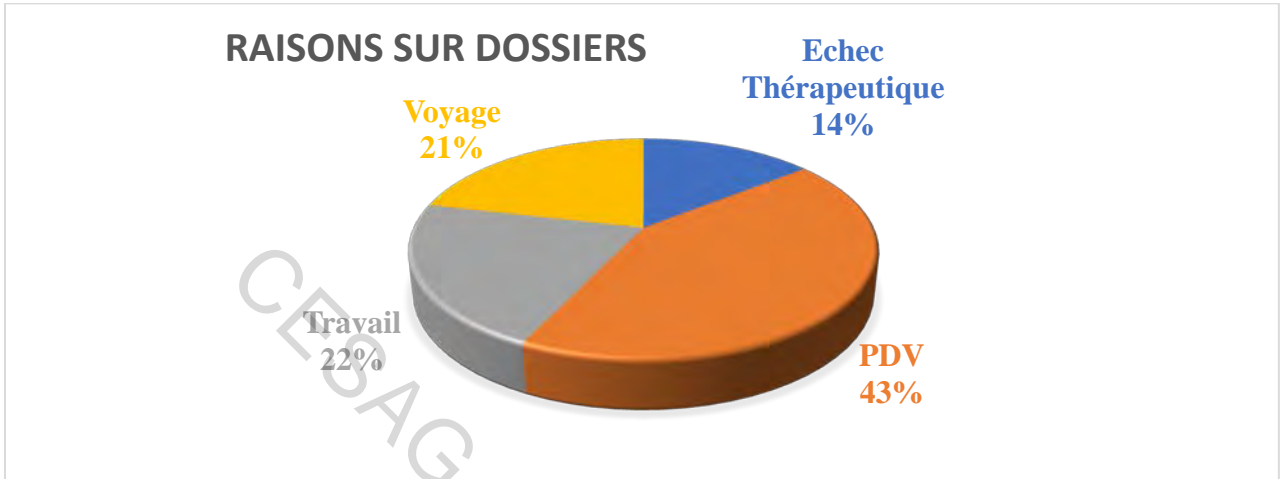


Figure 14: Les raisons de l'arrêt temporaire du TARV dans la revue documentaire

Source : nos enquêtes

6- Quelques recommandations des enquêtés

Au terme du questionnaire d'entretien, chaque patient était invité à formuler ses recommandations. Le recueil des différentes réponses se résume autour des points suivants :

- assister financièrement certaines PVVIH en difficultés pour les frais de transport, de consultation et examens complémentaires ;
- sensibiliser les PVVIH sur les risques de recourir aux marabouts et autres tradipraticiens à la recherche d'une guérison définitive ;
- continuer à assurer la gratuité des médicaments ARV ;
- éviter la rupture des médicaments ARV à la pharmacie de l'hôpital ;
- trouver un substitut à la forme comprimée tel que le vaccin ;
- avoir des Assistants sociaux ou des psychologues pour échanger sur la souffrance des malades ;
- relancer les groupes de partages entre PVVIH ;
- réduire le coût très élevé des examens complémentaires ;
- remercier l'HPD pour la meilleure PEC ;
- enfin, d'autres ont voulu simplement exprimer leur entière satisfaction pour la PEC.

7- Discussion

Notre étude avait pour objectif de contribuer à l'amélioration de l'observance au traitement ARV chez les PVVIH suivies à l'Hôpital Principal de Dakar, Sénégal.

Il s'agissait notamment d'évaluer le degré d'observance chez 54 patients, d'identifier les causes de la mauvaise observance et d'élaborer un plan de mise en œuvre de la solution prioritaire.

Nous avons observé une prédominance féminine (55.6 %) chez les enquêtés; ce résultat est similaire à ceux rencontrés par le Dr BARRY M.A. dans son étude réalisée au CRFC du CHNU FANN en 2016 mais aussi de XAVIER et coll. à l'Hôpital de District de Dshang au Cameroun en 2012.

Plus de la moitié de nos patients enquêtés résidaient hors de la ville de Dakar. Cela pourrait se justifier par le souci de protection de la confidentialité de la séropositivité dans leurs communautés, de son caractère de l'hôpital des Armées mais surtout de son degré de confidentialité reconnu par ses patients. On note parmi les catégories professionnelles près de vingt cinq pour cent de militaires à la retraite qui y suivent leur traitement du VIH.

Le niveau d'observance déclarée était plus élevé que le niveau global d'observance calculée (81,5 % contre 51,9 %). Bien que l'observance calculée relève de la méthode objective que l'observance déclarée, ces résultats devraient être considérés avec prudence pour trois raisons :

- la qualité de la tenue des fiches de suivi à la pharmacie a une incidence sur le numérateur du ratio de l'observance calculée ;
- un patient ayant effectué un déplacement ou un voyage pourrait s'approvisionner ailleurs et cela n'est pas rapporté à la pharmacie de l'hôpital ;
- tout retard dans le renouvellement d'ordonnances à la pharmacie n'est pas synonyme d'une mauvaise observance car le patient peut se servir d'un excédent de médicaments acquis lors de rendez-vous rapprochés, ou partager des médicaments (cas des couples séropositifs et sous ARV) en attendant de se présenter à la pharmacie.

Par contre, les derniers résultats de la charge virale chez nos patients enquêtés montrent une observance de 90 %, nettement supérieurs aux résultats des deux méthodes utilisées. Ceci témoigne l'avantage des méthodes biologiques dans l'appréciation du niveau d'observance au TARV.

Il est à noter aussi que l'observance est un phénomène dynamique dans le temps et peut varier en fonction des études mais aussi des méthodes utilisées. Une proportion de 18,5 % de nos enquêtés avait un niveau d'observance déclarée de moins de 95 %.

Nous avons retrouvé un lien statistiquement significatif entre l'éloignement du domicile à l'hôpital ($p= 0,065$), l'oubli ($p= 0,010$) et surtout le non respect des règles de prise des médicaments ($p<0.00$).

Les principales barrières à l'observance étaient surtout l'oubli (34,4 %), le voyage (27,3 %), pas chez soi (13,6 %), le manque de confidentialité (9,1 %), le travail et endormissement se situaient au même niveau (4,5 %) chacun.

En définitive, même si certains patients se plaignent du coût élevé des examens complémentaires et du ticket de consultation, ils reconnaissent et remercient les efforts constants des responsables du SMIT qui leur favorisent toujours l'accès à la PEC de l'infection.

**DEUXIÈME PARTIE :
IDENTIFICATION DES CAUSES ET MISE EN
ŒUVRE DE LA SOLUTION**

CHAPITRE 5 : IDENTIFICATION ET PRIORISATION DES CAUSES RECENSEES

Dans ce chapitre, à l'aide de quelques outils de résolution de problèmes, les principales causes de la mauvaise observance au TARV seront identifiées et priorisées afin d'aboutir à la cause sur laquelle plus d'efforts méritent d'être consentis pour améliorer la situation insatisfaisante.

1- Identification des causes de la mauvaise observance

1.1- Présentation des outils

✚ **Le diagramme d'ISHIKAWA** : cet outil appelé aussi « diagramme causes-effet » ou diagramme « Arêtes de poissons » montre de façon systématique la relation entre les problèmes rencontrés et les causes. Il s'articule autour des « 5 M » de base [32] :

- **Main-d'œuvre** : directe ou indirecte, elle concerne les compétences du personnel, la motivation, la formation, le management...
- **Méthode** : processus et normes en place, instructions, modes opératoires...
- **Milieu** : environnement physique, aménagement, relations, climat...
- **Moyens/Machines** : qualité des machines, équipements, supports techniques et produits utilisés, nombre, maintenance...
- **Matière** : qualité des ressources, matières premières, fournitures, stockage, manutention...

Dans la résolution de problèmes, on sélectionne comme (effet) le problème qu'on souhaite résoudre puis on en cherche les causes.

✚ **Le vote pondéré par capital de points** : il consiste à regrouper les votes d'un groupe de personnes dans le but de classer un certain nombre de critères, d'opinions par ordre d'importance ou de priorité.

✚ **Le diagramme de Pareto** : le principe de Pareto ou principe des 80/20 se base sur un phénomène empirique et stipule que : « dans bien des cas, environ 80 % des effets sont le produit de 20 % des causes ». A l'aide de cet outil, les problèmes vitaux sont séparés des problèmes secondaires permettant à l'équipe de focaliser ses efforts sur les causes générant le plus grand nombre de défauts.

1.2- Identification des causes selon la revue de la littérature

- Dans l'étude sur les déterminants de l'observance à la TARV au Bénin en 2003, les trois premières causes déclarées par les patients ont été [40] :
 - Un déplacement pour voyage ou pour un événement social (26 % des cas) ;
 - Un problème de santé, effets secondaires ou autres (17 %),
 - Des difficultés financières (13 %).
- Une étude conduite au Cambodge en 2007 met en évidence les facteurs spécifiques influençant l'observance dont : un bon soutien social, un revenu de plus de 30 dollars/mois et la gravité de la maladie [43].
- L'étude réalisée par I. LANIECE au Sénégal (novembre 1999- octobre 2002) fait état d'une observance moyenne plus basse chez les patients s'acquittant des participations financières les plus élevées. Cette remarque a été confirmée par l'augmentation de l'observance de 83 % la première année à 90% la deuxième probablement due à la gratuité des ARV introduite en novembre 2000 [27].
- La variable effets secondaires avait une influence sur l'observance dans l'étude sur l'observance à un mois de traitement ARV dans le cadre de l'initiative Béninoise d'accès aux ARV (P. ROUX et coll. 2004) [19]. Toutefois, il a été démontré que ces effets secondaires disparaissent dans la plupart des cas selon la durée du traitement.
- Deux études sur l'observance à la thérapie ARV menées à l'Hôpital FANN en 2016 par Dr BARRY M.A. et au CHU du Point G au Mali en 2009 par SIMAGA M. s'accordent sur l'oubli (38 % et 38.8 % respectivement) comme principale cause de la mauvaise observance.
- Une étude réalisée à Bamako (2013) par OUMAR M. sur l'observance au traitement ARV à l'USAC/CNAM révèle le manque de moyens de transport (25 %) après l'oubli (37,5 %) comme motifs de la mauvaise observance [44].
- Quant à l'étude réalisée par KANE N. dans la cohorte de l'Institut d'Hygiène Sociale (mars 2001-février 2003) à Dakar, un schéma thérapeutique simple et un choix de molécules induisant moins d'effets secondaires pourraient favoriser une meilleure observance [45].

1.3- Les causes issues de l'étude

Les résultats de l'analyse du questionnaire d'entretien auprès de cinquante-quatre (54) PVVIH, la revue documentaire (au SMIT et à la pharmacie de l'HPD) et nos observations ont permis d'identifier et relever les causes de la mauvaise observance au TARV chez certains patients.

Ces différentes causes ont été regroupées en familles à l'aide du Diagramme d'ISHIKAWA comme suit :

- **main-d'œuvre** : risques d'abandon méconnus, surcharge de travail, insuffisance de personnel, manque de rappels aux patients, faible coordination entre prescripteurs et pharmaciens.
- **méthode** : insuffisance dans la gestion des dossiers, temps d'attente très long, patient pas bien informé sur le traitement, mauvaise prise des ARV.
- **milieu** : longue distance domicile-HPD, insuffisance de local, difficultés de transport, manque de soutien associatif.
- **moyens / machines** : coût des examens complémentaires et consultation très élevés, insuffisance de la couverture maladie, CD4 et CV indisponibles à temps, dossiers non à jours.
- **matière** : irrégularité dans le renouvellement d'ordonnances, ruptures fréquentes de certaines molécules ARV, système d'archivage à la pharmacie, oubli par les patients.

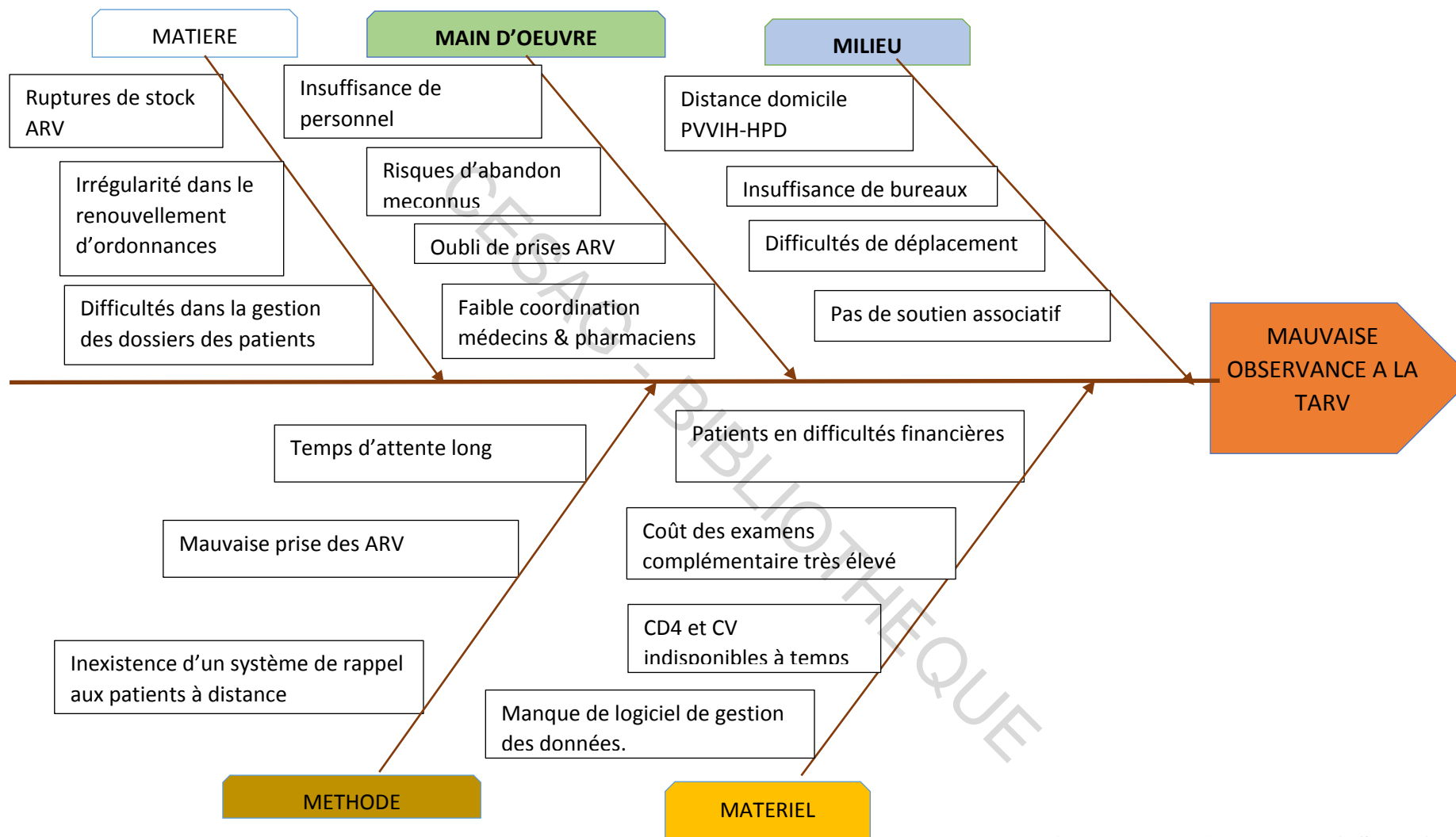


Figure 15: Le diagramme d'ISHIKAWA

Globalement, les raisons fondamentales qui pourraient expliquer la mauvaise observance à la TARV chez certaines PVVIH selon le diagramme causes-effet sont :

- ❖ l'insuffisance en personnel ;
- ❖ le manque de soutien psycho-social ;
- ❖ le manque de connaissances sur l'observance à la TARV ;
- ❖ la rupture de stock des ARV à la pharmacie ;
- ❖ l'oubli ;
- ❖ l'insuffisance dans la gestion des données du patient.

1.4- Hiérarchisation des causes

Pour la priorisation de ces causes principales, des critères de cotations ont été définis à savoir :

- ✓ **l'ampleur** : c'est le nombre de PVVIH ayant un comportement de mauvaise observance,
- ✓ **la gravité** : les conséquences engendrées par la mauvaise observance
- ✓ **la solvabilité** : qui est la possibilité de solutions fiables.

Ainsi, des critères de cotations de 1 à 5 sont retenus suivant leur degré d'importance.

Le minimum 1 sera affecté à un problème jugé moins fréquent, moins grave et non solvable ; le maximum 5 lorsqu'il est jugé grave et plus répandu avec des possibilités de solution disponibles et accessibles. Le problème ayant le plus grand score sera défini comme prioritaire et les solutions y seront orientées.

Tableau 10: Priorisation des différentes causes

Causes	Ampleur	Gravité	Solvabilité	Score	Rang
L'insuffisance en personnel	2	2	2	6	5 ^{ème}
Le manque de soutien psycho-social	3	3	3	9	3 ^{ème}
Le manque de connaissances sur l'observance à la TARV	4	3	5	12	1^{er}
La rupture de stock des ARV à la pharmacie	4	5	1	11	2 ^{ème}
L'oubli	2	2	1	5	6 ^{ème}

L'insuffisance dans la gestion des données du patient	2	3	2	7	4 ^{ème}
---	---	---	---	---	------------------

Source : notre étude

1.5- Choix de la cause prioritaire

Le graphique dit « diagramme de Pareto » a permis de visualiser l'importance des causes d'un problème pour mieux fonder le choix par priorité.

Tableau 11: Hiérarchisation des causes par fréquences cumulées décroissantes

Causes	Fréquence absolue	Fréquence relative	Fréquence cumulée
L'insuffisance en personnel	6	12 %	12 %
Le manque de soutien psycho-social	9	18 %	30 %
Le manque de connaissances sur l'observance à la TARV	12	24 %	54 %
La rupture de stock des ARV à la pharmacie	11	22 %	76 %
L'oubli	5	10 %	86 %
L'insuffisance dans la gestion des données du patient	7	14 %	100 %
Total	50	100 %	

Source : données de l'étude

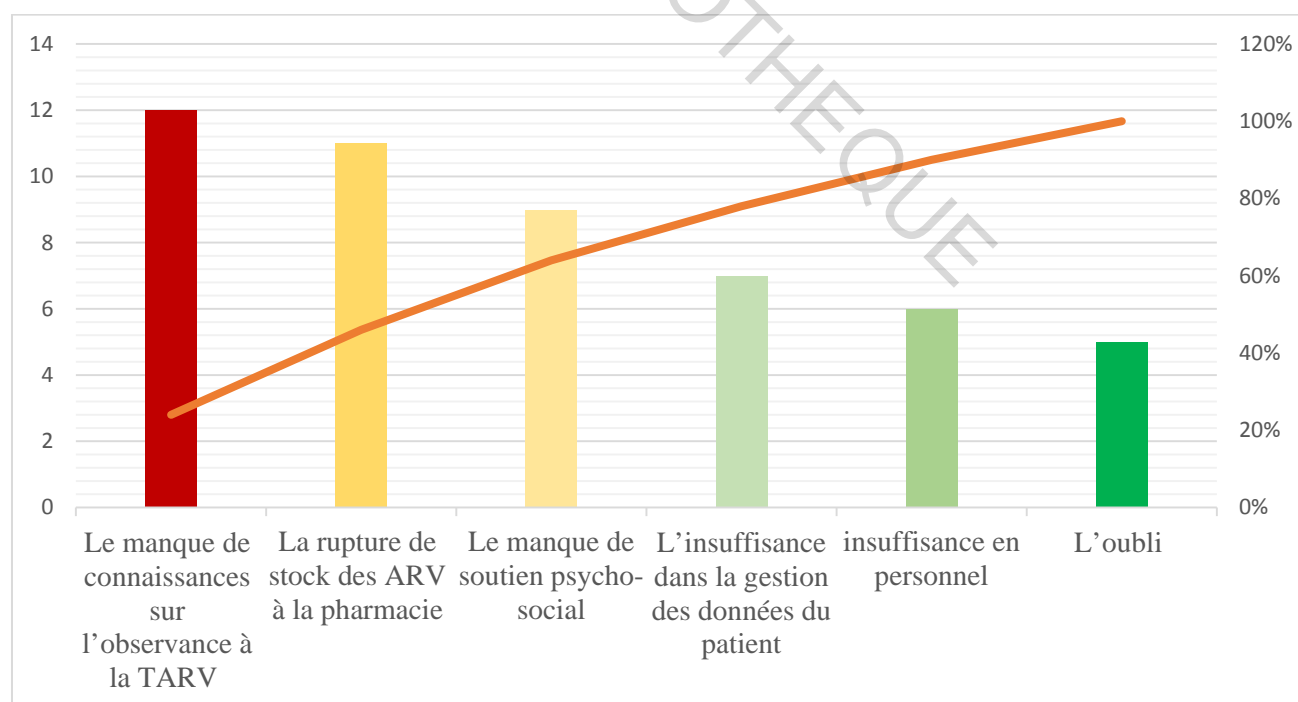


Figure : le diagramme de Pareto

Source : données de l'étude

A l'aide de ce diagramme, nous pouvons remarquer que plus de 80 % des problèmes de mauvaise observance au TARV dans ce cas sont dus à une cause principale qui est le manque de connaissances sur le suivi correct de la maladie relevé au niveau des patients.

CESAG - BIBLIOTHEQUE

CHAPITRE 6 : IDENTIFICATION ET PRIORISATION DES SOLUTIONS

Dans ce chapitre, il s'agira de proposer des solutions appropriées en lien avec les causes identifiées précédemment. A l'issue du processus d'hierarchisation, la solution fiable sera retenue.

1- Solutions issues de la littérature

Pour **XAVIER F. et coll.** (observance au T ARV des patients suivis à l'Unité de Prise en Charge du VIH/SIDA de l'Hôpital de District de Dschang, Cameroun), un accent devrait être mis sur les consultations d'éducation thérapeutique et le suivi psycho-social des patients sous TAR. En particulier, la sensibilisation régulière à l'observance thérapeutique au cours des visites médicales de routine et l'utilisation des SMS de rappels pour les moins observants pourraient contribuer à améliorer l'observance des patients. Enfin, il propose l'amélioration de la gestion de stocks des médicaments ARV et le renforcement des capacités des professionnels de la santé [28 ; 30 ; 33] ;

Dans son mémoire de fin de cycle pour l'obtention d'un DES de maladies infectieuses, le Dr **BARRY M.A.** a proposé les solutions suivantes face au problème de la mauvaise observance au TARV :

- la promotion de l'utilisation à grande échelle des méthodes de rappels individualisées des prises à l'aide des technologies à faible coût comme l'envoi de SMS téléphoniques hebdomadaire en langue locale ;
- la prescription des schémas thérapeutiques simplifiés de combinaisons d'antirétroviraux tels que l'association Ténofovir-Emtricitabine-Efavirenz (Atripla) administrée à la dose d'un comprimé par jour ;
- assurer la formation continue du personnel en matière d'éducation thérapeutique et d'observance et le renforcement des capacités du personnel.

Le Dr **FOLEFACK TENGOMO G.** dans son mémoire de Master en épidémiologie en 2003 à Cotonou, propose les actions qui prennent en compte une bonne gestion des stocks des médicaments pour éviter les ruptures intempestives, ainsi qu'une adaptation des commandes aux besoins réels des malades, tout en privilégiant les molécules ayant le mode d'emploi le plus adapté.

Mme NIYUNGEKO D. propose comme stratégie d'amélioration de l'observance : l'élaboration des programmes d'appui EPS, l'accompagnement psychosocial, le système de suivi à domicile, l'implication des équipes multidisciplinaires et l'amélioration du système d'approvisionnement.

Les auteurs comme SCHEEN A.J et D. GIET D. proposent des solutions à la non-observance thérapeutiques en se fondant sur les principales causes identifiées aux différents niveaux : le traitement, le médecin, le patient et le système de soins. Ils estiment que la véritable solution pour remédier au manque d'adhésion des patients à leur traitement exigera probablement une réforme de l'organisation des soins de santé. Plusieurs essais pilotes ont déjà eu cours dans certaines régions ou organisations de soins aux Etats-Unis. Les quatre clés de succès qui ont été avancées sont : la diminution des barrières financières à l'accès aux médicaments, l'investissement dans la technologie et les dossiers médicaux électroniques partagés entre les soignants de façon à améliorer la coordination, la réforme des rémunérations des acteurs de santé en fonction des performances, et l'identification des patients à haut risque de mauvaise adhésion au traitement de façon à mieux les entourer par une prise en charge personnalisée faisant appel à des programmes spécifiques ciblés sur l'observance [29 ; 31].

MORIN M. propose des interventions dans les axes suivants [48] :

➤ *les outils d'aide à l'observance ou le soutien informatif*

Dans le cadre de la prise en charge du VIH, comme pour d'autres pathologies chroniques, de nombreux outils ont été élaborés pour remédier au risque d'inobservance par oubli ou incompréhension des recommandations médicales. Les différents congrès médicaux ou professionnels (comme les « Sixièmes assises de la fédération des centres de lutte contre le sida » à Nantes en octobre 2000) en proposent de nombreux aspects : fiches récapitulatives des traitements, cédéroms, ordonnance-planning informatisée, kit.

➤ *les interventions comportementales et sociocognitives auprès des patients*

Elles s'appuient sur les outils d'information et de formation spécifiquement développés pour le traitement visé et sur des modèles de self-monitoring. Elles s'attaquent aussi aux croyances de santé dont la recherche montre qu'elles font obstacle à l'adoption stabilisée des comportements d'observance. Elles proposent des entraînements pour apprendre à mieux gérer le stress, les anxiétés et pour y faire face.

Certains auteurs proposent une approche « santé publique » de l'observance [49], chez les patients prédisposés à être non observant, ils préconisent de les mettre sous inhibiteurs de la protéase puisque le risque de développement de résistance est limité en cas d'interruption.

Ensuite, le suivi médical est à renforcer par la mise en place d'une consultation d'éducation thérapeutique qui va s'inscrire dans un cadre bien défini et rigoureux. Puis la fréquence élevée de l'oubli et l'extrême mobilité de la population amènent à préconiser respectivement la préférence des antirétroviraux combinés avec le moins de prises possible et de remettre au patient une quantité suffisante pour la période d'absence du lieu de résidence.

Selon ces auteurs, les régimes succincts favorisent l'observance. Les entretiens de motivation lors des rencontres avec le patient et la thérapie comportementale et cognitive améliorent l'adhérence au traitement.

2- Solutions issues de l'étude

En se fondant sur les principales causes de la mauvaise observance qui ont été identifiées, le groupe de travail a proposé les solutions suivantes :

- ❖ affecter un agent chargé de la gestion de la PEC des PVVIH ;
- ❖ redynamiser l'association de soutien aux PVVIH pour favoriser des cadres d'échanges et de partage d'expériences ;
- ❖ organiser des séances d'éducation thérapeutique des patients.
- ❖ éliminer les ruptures intempestives de stocks des médicaments ARV ;
- ❖ envoyer des messages de rappels hebdomadaires en français et langue Ouolof pour les patients à haut risque de mauvaise observance ;
- ❖ mettre en place d'un logiciel de suivi de la prise en charge des PVVIH (ESOPÉ) des dossiers des patients de façon à améliorer la coordination entre les soignants.

2.1- Choix de la solution prioritaire :

Afin d'obtenir une solution consensuelle et réalisable dans le temps, le groupe de travail s'est basé sur les critères suivants :

- ✓ **le coût** : Pas coûteux =5 coûteux=3 Très coûteux= 1
- ✓ **la faisabilité** : Très faisable = 5 Faible = 3 Difficilement faisable = 1
- ✓ **l'engagement des responsables** : D'accord= 5 Indifférent= 3 Pas d'accord =1
- ✓ **l'efficacité** : Très efficace ; Efficace =3 Pas efficace = 1

Tableau 12: Choix de la solution prioritaire

Solutions proposées	Critères				Score
	Coût	Faisabilité	Engagement des responsables	Efficacité	
Recruter un agent chargé de la gestion de la PEC des PVVIH	1	3	3	3	10
Redynamiser l'association de soutien aux PVVIH pour favoriser des cadres d'échanges et de partage d'expériences	5	3	5	1	14
Organiser des sessions d'éducation thérapeutique des patients (ETP)	5	5	5	5	20
Eliminer les ruptures intempestives de stocks des médicaments ARV	1	1	3	5	10
Envoyer des messages de rappels hebdomadaires en français et langues Ouolof pour les patients à haut risque de mauvaise observance	5	3	5	3	16
Mettre en place d'un logiciel de suivi de la prise en charge des PVVIH (ESOPE)	3	5	3	3	14

Source : données de l'étude

La solution ayant obtenu le nombre de score le plus élevé est : l'organisation des séances d'éducation thérapeutique pour les PVVIH suivies à l'HPD. Cette solution demeure prioritaire dans l'amélioration de l'observance au TARV chez lesdits patients.

CHAPITRE 7 : PLAN DE MISE EN ŒUVRE DE LA SOLUTION PRIORITAIRE

Il s'agit de concevoir un projet permettant de mettre œuvre la solution retenue pour contribuer à l'amélioration de l'observance au traitement antirétroviral chez les PVVIH suivies à l'Hôpital Principal de Dakar.

1- Justification

L'éducation thérapeutique du patient (ETP) est une partie intégrante de la PEC du malade et parfois même de son entourage, et concerne toute personne d'une manière générale soignée d'une pathologie chronique comme les PVVIH. Elle constitue en quelque sorte un transfert planifié et organisé de compétences du soignant vers le patient en vue de permettre à ce dernier d'être plus autonome et donc capable de prendre en charge de manière active sa maladie et son traitement afin d'améliorer sa qualité de vie.

Ainsi, la mise en œuvre de ce projet permettra aux PVVIH d'être mieux informées et sensibilisées sur la gestion de leur maladie dans un état psychologique satisfaisant et de coopération avec le personnel soignant. Les malades deviendront acteurs de leur PEC en s'affranchissant des contraintes d'un traitement à vie.

➤ Orientations sur le contenu pédagogique de l'ETP

D'abord, l'OMS (1998) définit l'éducation thérapeutique du patient comme « un processus permettant aux personnes atteintes d'une maladie chronique d'acquérir et de conserver les capacités et compétences qui les aident à vivre de manière optimale avec leur maladie ». Partant de cette définition, le guide d'ETP à élaborer prendra en compte l'organisation d'activités de sensibilisation, d'information, d'apprentissage et d'accompagnement psychosocial concernant l'infection à VIH, le traitement ARV, les relations avec les membres de l'équipe de PEC, les soins, l'hospitalisation et les autres institutions de soins concernées.

En termes de résultats attendus, l'éducation thérapeutique des PVVIH devra rendre chaque patient capable d'acquérir et maintenir les ressources nécessaires pour gérer le mieux possible sa vie avec l'infection à VIH. Il s'agit de faire en sorte que la personne vivant avec le VIH arrive à comprendre la maladie et l'observance au traitement ARV, coopère avec les soignants, vit le plus sainement possible et maintient ou améliore la qualité de sa vie.

En définitive, le guide d'ETP mettra en exergue l'ensemble des ressources permettant aux PVVIH d'avoir plus d'autonomie et donc les capacités de :

- ✓ prendre en charge de manière active sa maladie, ses soins, la prévention de la transmission en partenariat avec les soignants ;
- ✓ prévenir les complications thérapeutiques ;
- ✓ améliorer l'observance thérapeutique ;
- ✓ maintenir ou améliorer sa qualité de vie.

2- Objectif général

L'objectif général de cette solution est de « renforcer le niveau d'observance thérapeutique chez les PVVIH sous TARV suivies à l'HPD de 81,5 % à 95 % à partir de 2022 ».

2.1- Objectifs spécifiques :

- ✓ renforcer les capacités de huit (08) membres du personnel de PEC des PVVIH à l'HPD en matière d'ETP d'ici avril à 2020 ;
- ✓ organiser vingt (20) séances d'ETP de groupe pour cent cinquante-sept (157) patients entre avril et juin 2020.

3- Cadre logique

Le cadre logique est un instrument qui nous permet de planifier un projet ciblé sur les objectifs, d'analyser, d'apprécier et faire le suivi et l'évaluation. Il sert à effectuer une analyse logique et à réfléchir de façon structurée lors de la planification et s'assurer que le projet est pertinent, réalisable et viable. Il comprend **une logique verticale** (le but, l'objectif général, les objectifs spécifiques, les résultats ou intrants) et **une logique horizontale** (le résumé narratif, les indicateurs objectivement vérifiables, les moyens de vérification et les conditions critiques).

Tableau 13: cadre logique du projet d'ETP 1/2

RESUME NARRATIF	INDICATEURS OBJECTIVEMENT VERIFIABLES	SOURCES ET MOYENS DE VERIFICATION	CONDITIONS CRITIQUES
But : contribuer à l'amélioration de la prise en charge des PVVIH suivies à l'HPD	% de patients ayant une charge virale indétectable a augmenté.	Les registres du laboratoire et dossiers du patient au service des maladies infectieuses et tropicales à l'HPD	Disponibilité des réactifs de la charge virale
Objectif général : renforcer le niveau d'observance chez les patients sous ARV suivis à l'HPD de 81.5 % à 95 % à partir de 2022.	% de Patients ayant sauté des prises des antirétroviraux a baissé de 13,5 % à partir de 2022.	Fiche d'observance au service des maladies infectieuses et tropicales, de la pharmacie de l'HPD	Adhésion des patients
Objectifs spécifiques OS1 : renforcer les capacités de huit (08) membres du personnel de PEC en matière d'ETP d'ici avril 2020	Nombre de personnel médical formé ;	Rapports de suivi des activités à l'Hôpital Principal de Dakar	Disponibilité des ressources
OS2 : organiser vingt (20) sessions d'ETP de groupe pour cent cinquante-sept (157) PVVIH entre avril-juin 2020.	Nombre de séance d'ETP réalisé ;	Compte rendu de séances du Point focal ETP au SMIT ;	Disponibilité des ressources ;
	Nombre de PVVIH ayant bénéficié d'ETP de groupe ;	Registre d'émargement des participants	Existence d'un point focal
Résultats R1 : les huit (8) membres du personnel de PEC formés en ETP	Nombre de personnel formé en ETP	Rapport d'activité au SMIT	
R2 : vingt (20) séances d'ETP sont organisées	Nombre de séances d'ETP organisé	Rapport de séances et registres d'émargement (point focal ETP)	

Activités : R1. A1 : identifier un consultant pour l'élaboration du guide	Nombre de contrat de consultance signé	Cahier de charges et contrat de prestation à l'HPD ;	Disponibilité des ressources
--	--	--	------------------------------

CESAG - BIBLIOTHEQUE

Tableau 14: cadre logique du projet d'ETP 2/2

RESUME NARRATIF	INDICATEURS OBJECTIVEMENT VERIFIABLES	SOURCES ET MOYENS DE VERIFICATION	CONDITIONS CRITIQUES
R1.A2 : rédiger le guide et les supports de formation en ETP	Nombre de guide de formation en ETP livré	PV de réception du guide (Point focal ETP de l'HPD)	Disponibilité des ressources
R1.A3 : identifier les formateurs en ETP pour le personnel soignant	Nombre de formateurs identifiés	Contrat des formateurs (DRH-HPD)	Disponibilité de financement
R1.A4 : identifier et informer les participants	Nombre de participants identifiés et informés	Liste des participants (point focal ETP)	Adhésion des participants
R1.A5 : élaborer le calendrier de formation	Nombre de séances prévu	Liste de participants (point focal ETP) ; tableau de programmation	Disponible de financement
R1.A6 : dérouler la formation des membres du personnel de PEC concernés	Nombre de personnel soignant formée	Rapports de formation ; Liste des participants	Disponibilité des ressources ;
R2.A1 : désigner les formateurs des patients par séance d'ETP	Nombre de formateurs identifiés	Liste des formateurs (point focal ETP)	Adhésion du personnel
R2.A2 : identifier et préparer le lieu de la formation	Nombre de locaux identifiés et aménagés	Liste des lieux de formation (Point focal)	Disponibilité des locaux et du matériel
R2.A3 : élaborer le calendrier de formation	Nombre de séances prévue par période	Rapports d'activités (Point focal ETP)	Disponibilité des ressources
R2.A4 : informer les patients	Nombre de PVVIH informées	Liste des participants (Point focal ETP)	Disponibilité des ressources ; Adhésion des patients
R2.A5 : dérouler les séances d'ETP de groupe	Nombre de séances d'ETP de groupe réalisées	Rapport d'activités (Point focal ETP)	Disponibilités des ressources (fonds, formateurs, PVVIH)

Source : nous -même

4- Plan d'action opérationnel

Pour permettre l'atteinte des objectifs de ce projet, un plan d'action est élaboré afin de préciser la durée, la période (dates de début et fin), les ressources nécessaires mais aussi le responsable de chaque activité.

Tableau 15: Plan d'action opérationnel

Activités	Durée	Période		Ressources	Responsables
		Date début	Date fin		
Identification d'un consultant pour l'élaboration du guide de formation en ETP	15 jours	03-févr-20	21-févr-20	Communication	Cellule formation HPD
Rédaction du guide et supports de formation en ETP	25 jours	24-févr-20	27-mars-20	Consultant	Cellule formation HPD
Validation du guide de formation en ETP	2 jours	30-mars-20	31-mars-20	Salle, consultant, Point focal, CNLS, MSAS	Point focal ETP
Identification des formateurs en ETP	7 jours	02-avr-20	13-avr-20	Médecin chef SMIT ; Transport, communication	Point focal ETP
Identification et information aux participants	3 jours	14-avr-20	16-avr-20	Médecin chef SMIT, communication	Point focal ETP
Elaboration du calendrier de formation	1 jour	17-avr-20	17-avr-20	Secrétariat, ordinateur, imprimante, papier	Cellule formation HPD
formation des membres du personnel de PEC	3 jours	20-avr-20	22-avr-20	Formateurs, Participants, salle, marqueurs, padex, kit des participants, secrétariat	Point focal ETP

Tableau 16: Plan d'action opérationnel(suite)

Activités	Durée	Période		Ressources	Responsables
		Début	Fin		
Désignation des formateurs des patients par séance	1 jour	24-avr-20	24-avr-20	Médecin chef SMIT	Point focal ETP
Identification et préparation du lieu de la formation	1 jour	24-avr-20	24-avr-20	Communication, Responsable formation	Cellule formation HPD
Elaboration du calendrier de formation pour les patients	3 jours	27-avr-20	29-avr-20	Secrétariat, Médecin chef SMIT	Point focal ETP
Information aux patients	3 jours	30-avr-20	05-mai-20	Médiatrice communautaire	Médiatrice communautaire
Déroulement des séances d'ETP de groupe	23 jours	11-mai-20	10-juin-20	Médecins, Patients, salle, secrétariat, support pédagogiques, Kits participants	Point focal ETP
Suivi et évaluation des activités		10-févr-20	10-juin-20	Médecin chef, médecins traitants, secrétariat	CNLS

Source : nous même

4.1- Chronogramme des activités

A l'aide du diagramme de GANTT, nous avons obtenu une représentation graphique de l'avancement des du projet. Il nous permet de visualiser les taches critiques et avoir un gain de temps. La date de fin du projet initialement prévue le 10 juin 2020 est ramenée au plus tôt le 02 juin 2020.

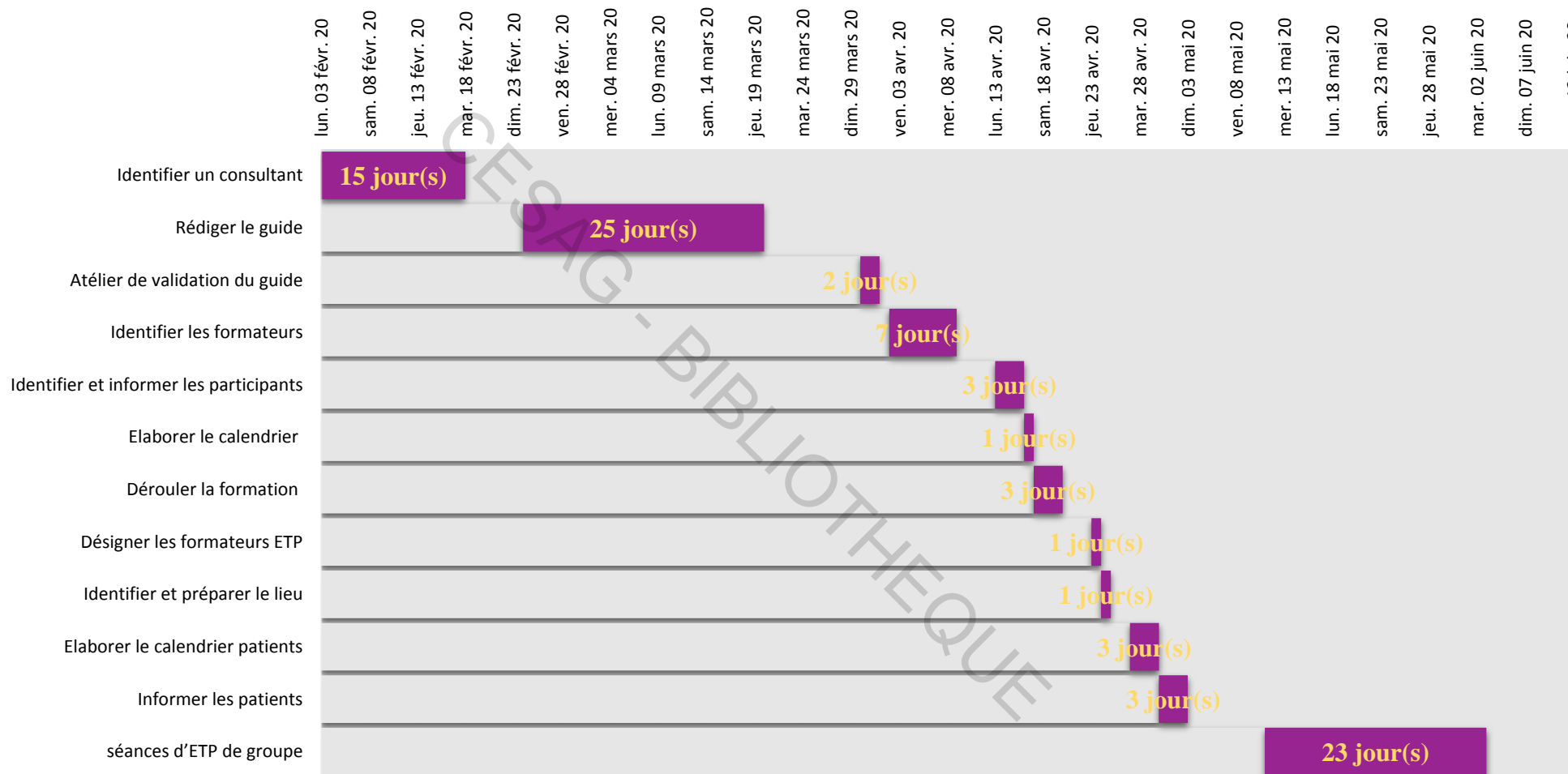


Figure 16: diagramme de GANTT

Source :

nous

même

4.2- Budgétisation

Les différentes ressources devant servir à la réalisation des activités d'ETP ont été identifiées et évaluées selon leurs coûts.

Tableau 17: budgétisation du projet d'ETP

Rubriques	Unité	Quantité	P.U (Prix Unitaire) en FCFA	Coût total en FCFA
Elaboration du guide de formation du personnel soignant				
Honoraires du consultant pour l'élaboration du guide et supports en ETP	Personne temps	1	1 500 000	1 500 000
Total 1				1 500 000
Atelier de validation du guide d'éducation thérapeutique de patient				
Location salle	Jours	2	100 000	200 000
Per diem des participants	Personne	15	20 000	600 000
Pause-café	Personne	15	3 000	90 000
Pause -déjeuner	Personne	15	6 000	180 000
Total 2				1 070 000
Formation du personnel soignant en éducation thérapeutique de patient				
Per diem formateurs	Personne temps	2	50 000	300 000
Per diem participants	Personne temps	8	20 000	480 000
Frais de kits des participants	Personne	8	10 000	80 000
Secrétariat		1	15 000	15 000
Total 3				875 000
Déroulement des séances d'éducation thérapeutique de patients				
Secrétariat		1	20 000	20 000
Frais de communication	Francs	157	500	78 500
Location salle	Temps	10	50 000	500 000
Frais de transport PVVIH	Francs	157	20 000	3 140 000
Pause-café	Personne	165	3 000	495 000
Pause déjeuner	Personne	165	6 000	990 000
Total 4				5 223 500
Suivi-évaluation				
Suivi-évaluation	Forfait			430 000
Total Budget				9 098 500

Le budget total de la mise en œuvre des activités d'éducation thérapeutiques des PVVIH suivies à l'HPD s'élève à **neuf millions quatre-vingt-dix-huit mille cinq cents Francs CFA**.

5- Plan de suivi et évaluation de la mise en œuvre de la solution

Ce plan de suivi et évaluation permettra d'assurer la collecte, l'analyse et la communication des informations sur l'exécution du plan d'action afin de proposer des mesures correctives qui s'imposent. Il sera aussi possible de mesurer l'impact des séances d'ETP réalisées sur l'amélioration de l'observance au TARV chez les PVVIH suivies à l'HPD.

5.1- Suivi

Il sera assuré de façon continue et fournira aux gestionnaires des activités et aux principales parties prenantes des indicateurs sur les progrès réalisés ou de poser les difficultés rencontrées dans la mise en œuvre. Il porte essentiellement sur les intrants, les processus, les extrants et permet de déterminer l'évolution du projet dans le sens d'atteindre les objectifs.

Le suivi est entamé une fois que le déroulement des activités a commencé et se poursuit durant l'exécution de toutes les étapes du projet.

5.3- Evaluation

L'évaluation, en tant que pratique limitée dans le temps, vise à apprécier la part de changement induit par un projet ou programme dans la résolution d'un problème de santé.

Elle peut porter sur le processus (intrants, activités, extrants) ou sur les résultats à moyen terme (effets) et à long terme (impact). L'évaluation aide à déterminer la pertinence, l'efficacité, l'efficience et la durabilité des interventions qui ont été menées.

Tableau 18; plan de suivi-évaluation

Apports	Activités/Processus	Produits/Extrants	Effets/Résultats	Impact
Nombre de consultants identifiés	Nombre de guides de formation en ETP disponibles	Un guide de formation en ETP est disponible	Un référentiel existe pour le personnel soignant en ETP	Augmentation de l'observance thérapeutique chez les
Nombre de salles de formation	Nombre de sessions de formation en ETP réalisées	Nombre de personnel qui maîtrise l'ETP	Nombre de séances d'ETP animées par agent	PVVIH sous ARV suivies à l'HPD de 81.5 % à 95
Nombre de séances d'ETP de groupe réalisées pour les PVVIH	Organisation de 20 sessions d'ETP de groupe avec les PVVIH	Les PVVIH connaissent mieux prendre en charge leur suivi	Nombre de PVVIH qui connaissent les principes et modalités du TARV	% à partir de 2022.
Nombre de patients mauvais observants identifiés	Nombre de séances d'ETP individualisées réalisées pour les PVVIH à risque de non observance	Les PVVIH avec une mauvaise observance sont identifiées et suivies	Pourcentage de patients mauvais observants à la baisse	

Source : nous même

6- Pérennisation du projet

Afin d'éviter que ce projet disparaisse dans le court terme ou du moins diminuer considérablement certaines activités clés en rapport avec l'ETP, le dispositif mis en place durant le déroulement des activités sera maintenu. L'analyse de la pérennité de ce projet produit des lueurs d'espoirs du fait des efforts régulièrement consentis par le personnel soignant.

Par ailleurs, les actions (à moindre coût) produisant d'effets bénéfiques seront renforcées et maintenues dans le long terme.

Ce sont :

- des réunions de synthèses périodiques entre le personnel soignant responsable de l'ETP ;
- des séances d'ETP individuelles :
 - ✓ à l'initiation du traitement ou au changement de ligne (2^{ème}, 3^{ème} ligne) ou de protocole ;
 - ✓ aux patients ayant manqué à leurs rendez-vous de consultation ou de renouvellement d'ordonnances à la pharmacie ;
 - ✓ aux patients ayant une charge virale élevée ou détectable ;

RECOMMANDATIONS

Au cours de ce travail, plusieurs causes de la mauvaise observance au TARV ont été identifiées et suivies de quelques propositions de solutions. Un plan de mise en œuvre de la solution fiable a été élaboré.

Cependant, d'autres actions non moins importantes devront être considérées afin d'améliorer l'observance des patients sous TARV. C'est dans ce contexte que ces recommandations suivantes sont formulées à différents niveaux.

D'abord, à l'endroit des Responsables du Service des Maladies Infectieuses et Tropicales de l'Hôpital Principale de Dakar :

- ✓ redynamiser l'association de soutien aux PVVIH pour favoriser la création d'un cadre d'échanges et de dialogue entre les patients afin que les uns bénéficient du soutien social des autres (paires) ;
- ✓ appeler ou envoyer des messages aux PVVIH ayant manqué leurs rendez-vous de consultation ou aux renouvellements d'ordonnances à la pharmacie et les mauvais observant ;
- ✓ favoriser des études complémentaires pour mieux approfondir sur les déterminants de la mauvaise observance chez certaines PVVIH suivies à l'HPD.

Ensuite, à l'endroit de la Direction Générale de l'Hôpital Principal de Dakar :

- ✓ faire un plaidoyer auprès des partenaires techniques et financiers pour l'appui à la mise en œuvre de ce projet d'éducation thérapeutique prévu ;
- ✓ renforcer les effectifs du personnel soignant au SMIT pour réduire la surcharge de travail et consacrer plus de temps au suivi des PVVIH ;
- ✓ améliorer la gestion de stock des médicaments ARV pour éliminer les ruptures intempestives de certains médicaments à la pharmacie de l'HPD ;

Enfin, à l'endroit du Conseil National de Lutte contre le SIDA :

- ✓ mettre en place un logiciel de suivi de la prise en charge des PVVIH (ESOPÉ⁹) à l'instar d'autres sites pour faciliter le suivi individuel informatisé des patients et avoir les données globalement disponibles sur la prise en charge des PVVIH au niveau de l'Hôpital Principal de Dakar ; un agent de saisie appuiera le service pour effectuer les saisies de rattrapage des années antérieures de suivis sur la base des dossiers et supports existants.
- ✓ rendre disponible la mesure de la Charge Virale : l'évolution de la charge virale est un élément très déterminant pour évaluer l'observance au traitement ARV. La disponibilité de sa mesure à temps facilitera le suivi du patient et orientera le médecin dans sa démarche de prise en charge thérapeutique.

⁹ Evaluation et Suivi Opérationnel des Programmes Esther, Ce logiciel a été développé à la demande du Groupement d'Intérêt Public Fonds de Solidarité Thérapeutique International en réseau (depuis GIP ESTHER) en 2002 dans le cadre du programme d'accès aux ARV en Afrique.

CONCLUSION GENERALE

En dépit des progrès considérables réalisés dans la riposte contre l'infection par le VIH, cette pandémie demeure un effroyable problème de santé publique. L'avènement de la trithérapie a contribué à des résultats très importants dans la baisse effective de la morbidité et de l'incidence de la maladie. De nos jours, grâce à une mobilisation de ressources humaines, financières et matérielles sans précédent, le pronostic des personnes séropositives au VIH est inversé en conférant à cette pathologie un caractère chronique. Ces avancées en matière de PEC de l'infection ont suscité les ambitions de l'ONUSIDA à éliminer l'épidémie à l'horizon 2030 avec comme cibles intermédiaires les « 90-90-90 ».

Malgré la mise en place des programmes d'initiatives d'accès aux antirétroviraux à temps, l'Afrique subsaharienne reste la région la plus touchée avec plus de deux tiers des personnes séropositives au VIH.

En effet, l'efficacité de ces programmes repose en grande partie sur la participation du patient au respect des modalités du suivi. Dès lors, il est important d'étudier les déterminants qui pourraient réduire l'atteinte des objectifs thérapeutiques. L'Hôpital Principal de Dakar étant l'un des trois premiers sites de PEC des PVVIH au Sénégal, nous a servi de cadre d'étude dans une approche de résolution de problèmes en trois parties.

La première partie du travail a porté sur l'analyse situationnelle avant de définir le cadre théorique. Cette analyse environnementale (interne et externe) relève ce qui suit :

- Un engagement politique du Sénégal dans la riposte contre le VIH en adéquation avec les objectifs de l'ONUSIDA à l'horizon 2030 ;
- L'augmentation considérable des sites de PEC des PVVIH et la gratuité du TARV ;
- La rareté des ressources financières et l'émergence des maladies non transmissibles en tant que menaces ;
- Un personnel qualifié et disposant d'une longue expérience dans la PEC des PVVIH à l'HPD ;
- Le déficit de personnel et la surcharge de travail au niveau du Service des Maladies Infectieuses et Tropicale en charge du suivi des PVVIH à l'HPD.

Au niveau du cadre théorique, tout d'abord, nous avons évoqué les conséquences de la répllication virale sur le système immunitaire entraînant la destruction progressive des lymphocytes CD4.

S'agissant du TARV dont l'objectif est de contrôler le virus en supprimant la charge virale plasmatique de façon durable, il est subordonné, à l'adhésion du patient donc, l'observance thérapeutique.

Mais l'observance au TARV a été vue comme une variable dynamique dans le temps et dont il n'existe pas de gold standard pour sa mesure et peut varier selon les études et les méthodes utilisées. Toutefois, il est recommandé de recourir à au moins deux méthodes dont l'une devrait reposer sur les déclarations du patient. Selon notre cadre conceptuel en lien avec la revue de la littérature, les facteurs de la mauvaise observance pourraient être liés au patient, au traitement, au système de soins et à la maladie.

Dans la deuxième partie, nous avons mis en évidence la méthodologie utilisée avant de présenter les résultats. A l'aide de la méthode d'échantillonnage par choix raisonné, nous avons enquêté auprès de cinquante-quatre PVVIH éligibles qui se sont présentées à l'HPD durant notre période d'étude.

L'analyse des données nous fait remarquer une discordance entre les deux méthodes utilisées pour estimer l'observance (l'auto-questionnaire et la régularité de renouvellements d'ordonnances de la pharmacie). Toutefois, la revue des derniers résultats de la charge virale chez les patients enquêtés indique une observance nettement supérieure à celle des deux méthodes utilisées dans l'étude. Les principales barrières à l'observance qui ont été identifiées chez les patients enquêtés étaient liées aux facteurs individuels (oubli, perception du traitement), au traitement (modalités de prises) et le système de soins (distance domicile-HPD).

Enfin, dans la troisième partie, le manque de connaissances sur l'observance thérapeutique a été retenu comme la principale cause de la mauvaise observance chez les patients enquêtés. L'organisation des sessions d'éducation thérapeutique a été la solution consensuelle et réalisable dans le temps.

Un plan de mise en œuvre de cette solution retenue a été élaboré suivi des principales recommandations à différents niveaux.

REFERENCÉS BIBLIOGRAPHIQUES

Ouvrages et articles :

- 1 BOURDILLON F., BRUCKER G., TABITEAU D. (2016), Traité de santé publique, 3^e édition Lavoisier Médecine SCIENCES, Paris, 716 pages.
- 2 Communiqué de presse l'ONUSIDA alerte que les progrès ralentissent et que le temps est compté pour atteindre les objectifs de 2020 en matière de VIH _ ONUSIDA.mhtml
- 3 CNLS. Plan stratégique national de lutte contre le SIDA 2018-2022 Vaincre le Sida par Tous, une Riposte pour Tous. 2017, 88 pages.
- 4 OMS. Traitements antirétroviraux : une approche de santé publique, surmonter les obstacles.2004. 13 pages.
- 5 CNLS. Rapport annuel 2018, 40 pages.
- 6 ONUSIDA. 90-90-90 Une cible ambitieuse de traitement pour aider à mettre fin à l'épidémie du SIDA. 2014, 38 pages.
- 7 Magazine d'informations du CNLS. Fin du SIDA en 2030 le compte à rebours lancé.2018, 23 pages.
- 8 Programme commun des nations unies sur le VIH/SIDA. Rapport de situation sur la riposte nationale à l'épidémie de VIH/SIDA Sénégal : 2013-2014. Avril 2015, 73 pages
- 9 BONGO I., Aide à l'observance des traitements ARV et soutien aux patients *Développement et Santé, n°172, août 2004.*
- 10 ANSD. Enquête démographique et de santé continue. 2017, 644 pages.
- 11 ANSD. Situation économique et sociale du Sénégal en 2016, février 2019, 12 pages.
- 12 ANSD. Situation économique et sociale du Sénégal en 2015, janvier 2018, 325 pages.
- 13 CONTANDRIOPOULOS A-P, CHAMPAGNE F., POTVIN L., DENIS J-P., BOYLE P. (1997), savoir préparer une recherche : la définir, la structurer, la financer, 3^e réimpression, Les presses de l'université de Montréal, Québec (196 pages).
- 14 SCHEEN A.J., GIET D. Non-observance thérapeutique : causes, conséquences, solutions. Rev Med Liège 2010 ; 65 : 5-6 : 239-245. 22.

- 15 SOBEL A. L'observance en matière de santé. Presse Med, 1997, 26, 356-357.
- 16 PNL. Guide national de traitement de l'infection à VIH par les antirétroviraux, Version révisée avec l'appui de l'OMS et de l'ONUSIDA. Janvier 2005, 44 pages.
- 17 STEVEN S. FORSYTHE W. Vingt ans de traitement antirétroviral pour les personnes vivant avec le VIH : coûts globaux, résultats obtenus pour la santé et avantages économiques. Health affairs vol. 38, n ° 7.
- 18 MOUALA C., KABA-MEBRI J., FIKOUMA V, WATA J.B., GABRIE P., REYJ.L.. Mesure de l'observance thérapeutique des patients vivant avec le VIH à Bangui, Med Trop 2006 ; 66 : 59-63.
- 19 ROUX P., REY J.L., SEHONOU J., CERTAIN A. L'observance à un mois des patients sida inclus dans l'initiative béninoise d'accès aux antirétroviraux, Bull. Soc. Pharm. Bordeaux, 2004, 143, 19-30.
- 20 NFOR E. Y. Stratégie de l'amélioration du traitement VIH/SIDA, de la tuberculose et du Paludisme, Dakar, mars 2006, 26 pages.
- 21 ANKRI J., LE DISERT D., HENRARD J.C. Comportements individuels face aux médicaments : de l'observance thérapeutique à l'expérience de la maladie, analyse de la littérature. Santé Publique. 1995 ; 7(12) : 427-441.
- 22 DELFRAISSY J.G. Prise en charge des personnes infectées par le VIH : Recommandations du groupe d'experts. Paris : Flammarion Médecine-Sciences ; 2002. 384 pages.
- 23 FRENKEL L., MULLINS J., Should patients with drug resistant HIV-1 continue to receive antiretroviral therapy? N Engl J Med. 2001; 344(7): 520-22.
- 24 MORIN M., Laboratoire de psychologie sociale, Université Aix-Marseille 1, Aix-en-Provence, France. De la recherche à l'intervention sur l'observance thérapeutique : contributions et perspectives des sciences sociales.
- 25 BARBEROUSSE C. l'observance aux traitements contre le VIH/SIDA : mesures, déterminants, évolution, ANRS. Collection sciences sociales et SIDA. Paris : 2001. Pages 33-42.

- 26 BASTARD M., KOITA FALL M.B., et le groupe d'étude de la Cohorte ANRS 1215, Observance à long terme au traitement antirétroviral au Sénégal Bull. Soc. Pathol. Exot. (2014) 107 :241-243.
- 27 LANIÈCE I., DESCLAUX A., CISS M., DIOP K., NDIAYE B. Chapitre II.1 L'observance des traitements antirétroviraux et ses déterminants. Analyse quantitative.
- 28 DELAUNAY K., VIDAL L. Le sujet de l'observance. L'expérience de l'accès aux traitements antirétroviraux de l'infection à VIH en Côte d'Ivoire. In : Sciences sociales et santé. Volume 20, n°2, 2002. pp. 5-29
- 29 TOURETTE-T.C., RCBILLON M. Accompagnement et suivi des personnes sous traitement antirétroviral. Paris : Comment Dire ; 2000, 137 pages.
- 30 ANDREO C., BOUHNİK A.D., SOLETTI J., BERTHOLON D.R., MOATTI J.P., ROSSERT H., La non-observance des patients infectés par le VIH, soutenus par une association communautaire « Santé Publique » 2001/3 Vol. 13 pages 249 à 262 ISSN 0995-391.
- 31 NFOR E. Y. Stratégies d'amélioration de l'observance du traitement VIH/SIDA, de la tuberculose et du paludisme. Dakar, mars 2006
- 32 DRECQ V. Pratiques de management de projet, 2^e édition Dunod, Malakoff, (2017), 263 pages.
- 33 XAVIER F., KEOU M., DEMPOUO L.D., MONEBENIMP M. 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 Medical Journal, 12-10.11604/pamj.2012.55.1521.
- 34 MORIN M. ; De la recherche à l'intervention sur l'observance thérapeutique : contributions et perspectives des sciences sociales, 16 pages.
- 35 AHMED A.A., KATLAMA C., GHOSN J., GUIGUET M., COSTAGLIOLA D. Evaluation de l'observance au traitement antirétroviral au sein d'une cohorte de 200 patients à Djibouti (2005), la revue de santé de la méditerranée orientale, vol. 13, N° 6, 2007, 12 pages.

- 36 CARILLON S. Les ruptures de suivi médical des personnes vivant avec le VIH à Kayes, Mali. Approche anthropologique, Sciences sociales et santé, vol. 29, no. 2, 2011, pp. 5.
- 37 BOUCHAUD O., NDOUR C.T., Prise en charge globale du VIH dans les pays à ressources limitées, Guide de formation à l'usage des paramédicaux, 2011, France, Editions DOIN, 146 pages.
- 38 E- PILLY trop, Maladies Infectieuses Tropicales, 2016, Alinéas Plus, 607-627, 976 pages.
- 39 Plans stratégique santé digitale 2018-2023 du Sénégal. Version finale, 44 pages.

Mémoires

- 40 FOLEFACK TENGOMO G., Les déterminants de la non observance a la thérapie antirétrovirale par les patients adultes infectes par le VIH et suivis au CNHU de COTONOU. Thèse de médecine N° 23 / IRSP / 2003, 104 pages.
- 41 République du Sénégal. Plan Sénégal Emergent. 107 pages.
- 42 BARRY M.F. déterminants de l'observance à la thérapie antirétrovirale chez les patients infectés par le VIH suivi au service des maladies infectieuses du CHUN FANN à Dakar, Sénégal. 2016, UCAD, Thèse de médecine N° 196, 67 pages.
- 43 ENG D., Recherche de facteurs spécifiques influençant l'observance aux traitements antirétroviraux chez les patients âgés de 18-49 ans dans la cohorte de Médecins du Monde à Phnom Penh, au Cambodge. 2007, Université de Montréal, 133 pages.
- 44 OUMAR M., étude de l'observance au traitement antirétroviral chez les personnes vivant avec le VIH suivis à l'USAC/CNAM, Bamako, 2013, Thèse de médecine, 139 pages.
- 45 KANE N., Evaluation du suivi de l'observance de la multithérapie antirétrovirale chez les patients infectés par le VIH/SIDA dans la cohorte de l'Institut d'Hygiène Sociale, Dakar, 2004, UCAD, Thèse de médecine, 111 pages.
- 46 DIAR M.S.I., toxoplasmose cérébrale sur terrain VIH/SIDA : à propos de 17 cas colligés dans le service de Maladies Infectieuses et Tropicales de l'Hôpital Principal de Dakar, juin 2015, thèse de médecine N° 13, 113 pages.

Webographie

- 47 ONUSIDA, *Statistiques mondiales sur le VIH en 2018*, 6 pages (https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/UNAIDS_FactSheet_fr.pdf, consulté le 05 septembre 2019).
- 48 UNAIDS. *Fact sheet : 2014 statistics*. Geneva, UNAIDS, 2015, 8 pages (http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/20150714_FS_MDG6_Report_en.pdf (consulté le 07 septembre 2019)).
- 49 ONUSIDA. *Stratégie pour 2016–2021 Accélérer la riposte pour mettre fin au SIDA*. 2015, 136 pages (https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/UNAIDS_STRATEGY_REPORT_FR_web.pdf , consulté le 15 octobre 2019).
- 50 REVIEW. *The challenge of patient adherence*. 2005, 12 pages. (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1661624/>, consulté le 03 septembre 2019).
- 51 ReseachGate. *Présentation de l'initiative Sénégalaise d'accès aux antirétroviraux*. 2002, 20 pages (<https://www.researchgate.net/publication/40438500> consulté le 8 septembre 2019).
- 52 African Développement Bank Group. *Perspectives économiques au Sénégal*, (<https://www.afdb.org/fr/countries/west-africa/senegal/senegal-economic-outlook> consulté le 15 septembre 2019).
- 53 AUBRY P., ALEX GAÛZERE B., *Infection par le VIH/Sida et tropiques*. Actualités 2018. Mise à jour le 04/01/2019 www.medecin-tropicale.com Bordeaux (France).
- 54 OMS. *Adherence to Long-Term Therapies: Evidence for Action*. OMS/MNC/03.01. Genève. 2003, (www.who.int/chronic_conditions/en/adherencereport.pdf, consulté le 10 octobre 2019)

ANNEXES

QUESTIONNAIRE D'ENTRETIEN

JUILLET-Août-Septembre 2019 - CESAG/MBA GSS/HPD/SIDIBE

Madame/Monsieur, dans le cadre de notre mémoire de fin d'études en MBA Gestion des Services de santé au CESAG, nous vous prions de bien vouloir répondre aux questions portant sur la contribution à l'amélioration de l'observance à la thérapie ARV chez les patients suivis à l'Hôpital Principal de Dakar. Nous vous garantissons que ce travail d'ordre purement académique ne saurait vous porter préjudice, L'ANONYMAT ETANT REQUIS. Nous vous remercions à l'avance pour votre franche collaboration.

IDENTIFICATION N° DE LA FICHE..... N°ANONYMAT..... DATE.....

1. Numéro d'identification patient

2. Quel est votre âge approximatif en années ?

*La réponse doit être supérieure à 15.
La réponse est obligatoire.*

3. Sexe

1. Masculin 2. Féminin

La réponse est obligatoire.

4. Quel est votre lieu de provenance ?

5. Quelle religion pratiquez-vous ?

1. Musulman(ne) 2. Chrétien(ne) 3. Animiste 4. Autre

La réponse est obligatoire.

6. Si 'Autre', précisez :

7. Quel est votre état civil ?

1. Marié(e) 2. Célibataire 3. Divorcé(e) 4. Veuf/veuve 5. Polygame 6. Rémarié(e) 7. En couple

Vous pouvez cocher plusieurs cases.

8. Quel est votre niveau d'instruction achevé ?

1. Sans instruction 2. Primaire 3. Secondaire 4. Universitaire 5. Post-universitaire 6. Alphabétisé(e)

9. Quelle est votre activité professionnelle ?

1. Aucune 2. Militaire 3. Commerçant(e) 4. Ouvrier(e) 5. Fonctionnaire 6. Autre

Vous pouvez cocher plusieurs cases (3 au maximum).

10. Si 'Autre', précisez :

11. Avez-vous un revenu mensuel ?

1. Oui 2. Non 3. Ne donne pas le montant

Vous pouvez cocher plusieurs cases (2 au maximum).

12. Si oui, quel est le montant mensuel moyen ?

La réponse est obligatoire.

La question n'est pertinente que si Revenumens = "Oui"

13. Depuis combien de temps êtes-vous sous ARV (temps en mois ou en année) ?

1. 6-12 mois 2. 1-2 ans 3. > 2an

14. A quelle distance vous situez-vous par rapport au centre de prise en charge ?

1. <50 km 2. 50-100 km 3. >100 km

15. Quel moyen de déplacement utilisez-vous pour venir au centre de prise en charge ?

1. Taxi/transport en commun 2. Voiture personnelle 3. Moto personnelle 4. Marche à pied 5. Autres

Vous pouvez cocher plusieurs cases (2 au maximum).

16. Si 'Autres', précisez :

17. Si vous utilisez le taxi/transport en commun, combien vous revient le transport aller-retour de votre résidence à l'hôpital (en FCFA)?

La question n'est pertinente que si moyentransport = "Taxi/transport en commun"

18. Combien de temps peut duré votre trajet?

1. <1 heure 2. 1-2 heure 3. 3-4 heures 4. >4heures 5. Autres

19. Si 'Autres', précisez :

MESURE DE L'OBSERVANCE

GROUPEN°1

20. Avez-vous bénéficié d'une éducation thérapeutique au début de votre traitement? 1 2

21. Connaissez-vous les noms de vos médicaments ARV?

Oui (1), Non (2).

22. Vous est-il arrivé de sauter une prise de vos médicaments durant les 7 derniers jours?

1. Oui 2. Non

La réponse est obligatoire.

23. Si oui, quelles sont les raisons?

1. Simple oubli 2. Voyage 3. Pas chez soi 4. Manque de confidentialité 5. Endormissement 6. Autres

Vous pouvez cocher plusieurs cases (3 au maximum).

La question n'est pertinente que si sautdeprise = "Oui"

24. Si 'Autres', précisez :

25. Avez-vous déjà manqué de prendre vos médicaments ARV dans le passé?

1. Oui 2. Non

La réponse est obligatoire.

26. Si oui, combien de fois?

1. 1 fois 2. 2 fois 3. >= 3 fois 4. ne sait pas

La question n'est pertinente que si manqueprise = "Oui"

27. Depuis combien de temps, date cette interruption du traitement?

1. 1-2 semaines 2. 3-4 semaines 3. 1-3 mois 4. 4-6 mois 5. 7 mois-1 an 6. >1 an

La réponse est obligatoire.

La question n'est pertinente que si manqueprise = "Oui"

28. Si oui, quelles sont les raisons de cette interruption?

1. Rupture des médicaments à l'hôpital(CTA) 2. Effets secondaires insupportables 3. Manque de Confidentialité
 4. Difficultés de déplacements 5. Voyage 6. Oubli
 7. pas chez soit 8. Endormissement 9. Autres

Vous pouvez cocher plusieurs cases (6 au maximum).

La question n'est pertinente que si manqueprise = "Oui"

29. Si 'Autres', précisez :

30. Vous est-il arrivé d'interrompre volontairement le traitement pendant un temps?

1. Oui, une fois 2. Plusieurs fois 3. Jamais

La réponse est obligatoire.

31. Avez-vous oublié une fois de prendre vos médicaments ARV?

1. Oui 2. Non

La réponse est obligatoire.

32. Quelles difficultés avez-vous par rapport à la prise des ARV?

1. Nombre de comprimés 2. le goût des médicaments 3. la taille des comprimés
 4. Ne pas pouvoir arrêter le traitement 5. Les effets secondaires 6. Aucune
 7. Autres

Vous pouvez cocher plusieurs cases (6 au maximum).

33. Si 'Autres', précisez :

34. Est-ce-qu'il vous arrive de consommer de l'alcool?

1. Oui 2. Non 3. Occasionnellement

La réponse est obligatoire.

35. Consommez-vous de la drogue?

1. Oui 2. Non

La réponse est obligatoire.

SOUTIEN FACE AU TRAITEMENT

36. Avec qui habitez-vous?

1. Seul 2. En couple seul 3. Dans une grande famille 4. Avec les enfants

Vous pouvez cocher plusieurs cases (2 au maximum).

37. Avez-vous mis votre conjoint(e) au courant de votre statut sérologique?

1. Oui 2. Non 3. Pas de conjoint(e)

La réponse est obligatoire.

38. Si oui, quelle a été sa réaction face à cette annonce?

1. Compassion 2. Discrimination 3. stigmatisation 4. Autre

Vous pouvez cocher plusieurs cases.

La question n'est pertinente que si informconjoin = "Oui"

39. Si 'Autre', précisez :

GROUPEN°3

40. Appartenez-vous à une association de soutien aux P+VIH?

1 2

41. Les amis ou les membres de votre famille vous aident-ils à vous rappeler les moments de prise de vos médicaments?

42. Recevez-vous des rappels/relances périodiques de la part du personnel médical pour la prise de vos médicaments?

43. Avez-vous une assurance maladie/imputation budgétaire?

Oui (1), Non (2).

44. Comment trouvez-vous le coût du traitement/examens complémentaires?

1. pas élevé 2. peu élevé 3. très élevé

La réponse est obligatoire.

PERCEPTION INDIVIDUELLE SUR LE TRAITEMENT ARV

45. Avez-vous perçu une amélioration de votre état de santé depuis que vous prenez le traitement ARV?

1. Pas du tout 2. Un peu 3. Beaucoup

La réponse est obligatoire.

46. Est-ce que vous pensez que les ARV peuvent guérir votre maladie?

1. Oui 2. Non 3. Non,mais ils peuvent prolonger ma vie 4. Ne sait pas

La réponse est obligatoire.

47. Est-ce que vous vous sentez capable de suivre votre traitement ARV à vie?

1. Oui 2. Non 3. Ne sait pas

La réponse est obligatoire.

48. A quel point êtes-vous inquiet(e) de décéder du VIH?

1. Pas inquiet(e) 2. Peu inquiet(e) 3. Très inquiet(e)

La réponse est obligatoire.

49. Que pensez-vous du risque de transmettre le VIH quand une personne est sous traitement ARV?

1. Faible 2. Moyen 3. Élevé 4. Très élevé 5. Ne sait pas

La réponse est obligatoire.

50. Avez-vous un(e) conjoint(e) ou un proche parent ou un(e) ami(e) infecté(e) par le VIH ou décédé(e) du SIDA?

1. Oui 2. Non 3. Ne sait pas

CONNAISSANCES DES RISQUES DE LA NON-OBSERVANCE

51. Connaissez vous les risques de ne pas prendre régulièrement les ARV?

1. Oui 2. Non

La réponse est obligatoire.

52. Si oui, quels sont ces risques?

La question n'est pertinente que si risque = "Oui"

53. En dehors de vos ARV, avez-vous fait recours à un autre traitement contre le VIH/SIDA?

1. Oui 2. Non

La réponse est obligatoire.

54. Si oui, lequel?

1. Traditionnel 2. Médical 3. Autre

Vous pouvez cocher plusieurs cases (2 au maximum).

La question n'est pertinente que si autremedicam = "Oui"

55. Autre à préciser

La question n'est pertinente que si listeautremed = "Autre"

CONCERNANT LES MEDICAMENTS ARV

56. Quel est le médicament ARV que vous avez le plus tendance à ne pas prendre?

57. Quel est le moment de la journée où vous avez le plus tendance à sauter vos prises?

1. matin 2. midi 3. soir 4. aucun

Vous pouvez cocher plusieurs cases (3 au maximum).

58. Quels effets secondaires ressentez-vous après la prise des ARV?

1. Vomissement 2. Diarrhées 3. Vertiges 4. Céphalées 5. Fatigue 6. Douleurs musculaires
 7. Sécheresse de la bouche 8. Aucun 9. Autre

Vous pouvez cocher plusieurs cases (8 au maximum).

59. Si 'Autre', précisez :

60. Lors que vous constatez que vous avez oublié de prendre une dose de votre médicament ARV, comment procédez-vous pour la suite du traitement?

1. Double la dose suivante 2. Décale l'horaire des prises suivantes 3. Prend immédiatement
 4. Attend la prochaine prise 5. Autre

61. Si 'Autre', précisez :

RELATION AVEC LE PERSONNEL MEDICAL

62. Comment trouvez-vous l'accueil au centre de prise en charge?

1. Pas du tout satisfaisant 2. Peu satisfaisant 3. Satisfaisant 4. Très satisfaisant

La réponse est obligatoire.

63. Avez-vous reçu suffisamment d'informations de la part du personnel médical concernant votre traitement ?

1. Pas bien informé(e) 2. Informé(e) 3. Très bien informé(e)

64. Eprenevez-vous des difficultés pour rencontrer le médecin qui vous a mis sous ARV pour lui poser vos problèmes?

1. Beaucoup 2. Un peu 3. Pas du tout

La réponse est obligatoire.

65. Etes-vous satisfait de ses conseils?

1. Oui 2. Non 3. Pas suffisamment

La réponse est obligatoire.

66. Si non, quels aspects faut-il améliorer selon vous?

La question n'est pertinente que si satisfaitconseil = "Non"

67. Comment vous trouvez le temps d'attente à l'hôpital?

1. Pas long 2. Peu long 3. Très long

La réponse est obligatoire.

68. Eprenevez-vous des difficultés pour recevoir vos médicaments à la pharmacie de l'hôpital(CTA)?

1. Oui 2. Non

La réponse est obligatoire.

69. Si oui, lesquels?

1. Temps d'attente long 2. Manque de discrétion 3. Autres

Vous pouvez cocher plusieurs cases.

La question n'est pertinente que si accèsARV = "Oui"

70. Si 'Autres', précisez :

RECOMMANDATIONS DE L'ENQUETE

71. Quelles recommandations avez-vous à nous faire?

FICHE DE DEPOUILLEMENT DOSSIER DES MALADES

AOUT-SEPTEMBRE - HOPITAL PRINCIPAL DE DAKAR

N° FICHE.....N° ANONYMAT.....HISTOIRE MEDICALE ET THERAPEUTIQUE

1. Numéro d'identification du patient

Expression régulière : jj/mm/aaaa
La réponse est obligatoire.

2. Profil Virologique

1. HIV-1 2. HIV-2 3. HIV-1 et 2

3. Antécédants de traitement ARV

1. Oui 2. Non

4. Date de début du traitement ARV au Service

GROUPEN°1

	1	2	3	4
5. Stade clinique OMS à l'inclusion	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. Stade clinique OMS au moment de l'enquête	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

I (1), II (2), III (3), IV (4).

7. Antécédants Infections opportunistes

1. Tuberculose pulmonaire 2. Candidose buccales 3. Toxoplasmose cérébrale 4. Cryptococcose neuromeningé
 5. Diarrhée 6. Aucune 7. Autres

Vous pouvez cocher plusieurs cases (4 au maximum).

8. Si 'Autres', précisez :

9. Comorbidité

1. HTA 2. Diabète 3. IRC 4. Aucune 5. Autre

Vous pouvez cocher plusieurs cases (4 au maximum).

10. Si 'Autre', précisez :

11. Arrêt temporaire du traitement

1. Oui 2. Non

12. Cause de l'arrêt temporaire du traitement

1. Echec clinique 2. Echec immunologique 3. Echec virologique 4. Perdu de vue 5. Autres

Vous pouvez cocher plusieurs cases (4 au maximum).

La question n'est pertinente que si arrêttemp = "Oui"

13. Si 'Autres', précisez :

REGULARITE SELON LA COMBINAISON THERAPEUTIQUE

14. Niveau du traitement ARV

1. 1ère ligne 2. 2ème ligne 3. 3ième ligne

15. Changement de protocole thérapeutique

1. Oui 2. Non

16. Si Changement de protocole, combien de fois ?

1. une fois 2. deux à trois fois 3. supérieur à trois fois 4. Aucun

La question n'est pertinente que si nombrechangprot = "une fois"

17. Appréciation de l'observance par le médecin

1. Mauvaise 2. Bonne 3. Très bonne

REGULARITE DES RENOUVELLEMENTS D'ORDONNANCES

le coef=nombre d'ordo dispensées/nombre de mois depuis l'initiation du traitement. Si $r \geq 0.9$ =régulier; si $r < 0.9$ = irrégulier

GROUPE N°1

18. Nombre de renouvellement d'ordonnances dispensées

19. Nombre de mois depuis l'initiation du traitement au service

20. Coefficient de renouvellement

PROFIL IMMUNO-VIROLOGIQUE

GROUPE N°1

21. Taux de CD4 au début du traitement(mm3)

22. Taux de CD4 après 6 mois de traitement

23. Taux de CD4 du dernier résultat (mm3)

24. Charge virale au début du traitement(copie/mm3)

25. Charge virale après six mois de traitement

26. Charge virale dernier résultat (copie/mm3)

TABLE DES MATIERES

DEDICACE.....	II
REMERCIEMENTS	III
LISTE DES ABREVIATIONS ET SIGLES	IV
SOMMAIRE	V
RESUME.....	VI
LISTE DES FIGURES :.....	VII
LISTE DES TABLEAUX :.....	VIII
INTRODUCTION GENERALE.....	1
PREMIÈRE PARTIE : ANALYSE SITUATIONNELLE ET CADRE THÉORIQUE	4
CHAPITRE 1 : ANALYSE SITUATIONNELLE.....	5
1- Présentation générale du Sénégal	5
2- Le système sanitaire et les caractéristiques de la population.....	6
2.1- Organisation du système de santé	6
2.2- La politique en matière de santé et la situation sanitaire.....	7
2.3- Le financement de la santé	8
3- Description du système de prise en charge des PVVIH au Sénégal.....	9
3.1- Le programme commun des nations unies pour la lutte contre le VIH/SIDA.....	9
3.2- Le conseil National de Lutte contre SIDA (CNLS).....	9
3.3 La Division de lutte contre le Sida et les infections sexuellement transmissibles ..	10
3.4- L'Initiative Sénégalaise d'Accès aux Antirétroviraux (ISAAV).....	11
3.5 <i>Le TATARSEN</i>	11
4- Analyse de l'Hôpital Principal de Dakar.....	12
4.1- Présentation de l'Hôpital Principal de Dakar.....	12
4.2- Présentation du Service des Maladies Infectieuses et Tropicales (SMIT).....	13
4.3- Choix et justification du site d'étude.....	14
4.4 Circuit du malade PVVIH/SIDA.....	14
5- La synthèse de l'analyse situationnelle et du cadre de l'étude	16
5.1- Les menaces	16
5.2- Les opportunités	16
5.3- Les forces	17
5.4- Les faiblesses.....	17
CHAPITRE 2 : LE CADRE THEORIQUE	19

1- Définition des concepts	19
2- Situation épidémiologique du VIH	20
2.1- Dans le monde	20
2.2- En Afrique	21
2.3- Au Sénégal	21
3- Résultats en matière de traitement Antirétroviral	23
4- Niveau d'observance et facteurs déterminants	25
4.1- Le niveau d'observance des traitements antirétroviraux	26
4.2- Les méthodes de mesurer de l'observance.....	26
Description des différentes méthodes :	28
4.3-Cadre conceptuel de la mauvaise observance au TARV	29
5- Problématique.....	32
5.1- Ampleur du problème.....	32
5.2- Conséquences du problème.....	32
6- Intérêt de l'étude	33
7- But de l'étude.....	33
8- Objectif général	33
8.1- Objectifs spécifiques.....	34
DEUXIÈME PARTIE : MÉTHODOLOGIE ET RÉSULTATS	35
CHAPITRE 3 : METHODOLOGIE DE L'ETUDE	36
1- Type d'étude	36
1.1- Population d'étude.....	36
1.1.1- Critères d'inclusion :	36
1.1.2- Critères de non inclusion :	37
2- Méthode et outils de collectes de données.....	37
2.1 Méthodes de collecte des données	37
2.2 Outils de collectes des données :.....	37
2.3 Déroulement de l'étude	38
3- Analyse des données.....	38
4- Considérations éthiques	38
5- Avantages et Limites de l'étude	38
5.1- Avantages.....	38
5.2 Limites de l'étude.....	39

6- Difficultés rencontrées :.....	39
CHAPITRE 4 : PRESENTATION DES RESULTATS.....	40
1- Exhaustivité des résultats.....	40
2- ANALYSE DESCRIPTIVE.....	40
2.1- Caractéristiques sociodémographiques	40
2.2- Caractéristiques liées à l'accessibilité aux soins	42
2.3- Caractéristiques clinico- biologiques	44
2.4- Les relations avec le personnel médical.....	46
2.5- Difficultés rencontrées dans la prise des ARV.....	47
2.6- Soutien au traitement.....	47
3- ETUDE ANALYTIQUE	48
3.1- Présentation des résultats selon les différents facteurs de non observance.....	48
3.1.1- Le niveau d'observance et les caractéristiques sociodémographiques	48
3.1.2- Le niveau d'observance et les caractéristiques liées à l'accessibilité aux soins	48
3.1.3- Le niveau d'observance et l'état psychologique.....	48
3.1.4- Le niveau d'observance et la perception du traitement par les patients.....	48
3.1.5- Le niveau d'observance et les relations avec le personnel soignant.....	49
3.1.6- Le niveau d'observance et les caractéristiques clinico- biologiques	49
4- Evaluation des connaissances	50
4.1- Formation sur l'observance	50
4.2- Recours au traitement traditionnel	50
4.3- Empêchement de la prise des ARV aux horaires indiqués.....	51
5- Observance thérapeutique.....	52
5.1- Historique de la mauvaise observance	52
5.2- Raisons de la mauvaise observance	53
6- Quelques recommandations des enquêtés	54
7- Discussion.....	55
DEUXIÈME PARTIE : IDENTIFICATION DES CAUSES ET MISE EN ŒUVRE DE LA SOLUTION.....	57
CHAPITRE 5 : IDENTIFICATION ET PRIORISATION DES CAUSES RECENSEES..	58
1- Identification des causes de la mauvaise observance	58
1.1- Présentation des outils.....	58

1.2-	Identification des causes selon la revue de la littérature	59
1.3-	Les causes issues de l'étude	60
1.4-	Hiérarchisation des causes	62
1.5-	Choix de la cause prioritaire.....	63
CHAPITRE 6 : IDENTIFICATION ET PRIORISATION DES SOLUTIONS		65
1-	Solutions issues de la littérature	65
2-	Solutions issues de l'étude.....	67
2.1-	Choix de la solution prioritaire :	67
CHAPITRE 7 : PLAN DE MISE EN ŒUVRE DE LA69_SOLUTION PRIORITAIRE		69
1-	Justification.....	69
2-	Objectif général	70
2.1-	Objectifs spécifiques :	70
3-	Cadre logique.....	70
4-	Plan d'action opérationnel	74
4.1-	Chronogramme des activités.....	75
4.2-	Budgétisation.....	77
5-	Plan de suivi et évaluation de la mise en œuvre de la solution	78
5.1-	Suivi	78
5.3-	Evaluation.....	78
6-	Pérennisation du projet	79
RECOMMANDATIONS		81
CONCLUSION GENERALE		82
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES		82
ANNEXES		82