

Observance thérapeutique des personnes vivant avec le VIH en 2009 au centre de traitement ambulatoire de Brazzaville, Congo

Faure N¹, Diafouka M², Nzounza P², Ekat MH², Mahambou Nsonde D², Lévasseur G¹, Tattevin P³, Mouala C⁴, Simon B⁴, Mattei JF⁴

1. Département de médecine générale, Université Rennes 1

2. Centre de traitement ambulatoire de Brazzaville, Congo

3. Maladies infectieuses et réanimation médicale, CHU Pontchaillou, Rennes

4. Croix Rouge française

Med Trop 2011 ; 71 : 487-491

RÉSUMÉ • *Objectif.* Evaluer l'observance aux antirétroviraux des personnes vivant avec le VIH consultant au centre de traitement ambulatoire de Brazzaville, au Congo. *Patients et Méthodes.* Il s'agit d'une étude transversale, avec recueil prospectif des données, entre juillet et octobre 2009, à l'aide d'un auto-questionnaire et de 5 outils de mesure d'observance, qui ont permis de calculer un indice global d'observance et d'étudier des liens statistiques entre les données, l'observance et les marqueurs évolutifs du VIH. *Résultats.* Au total, 214 patients ont été inclus, d'âge moyen de 42 ans, essentiellement adultes (6 enfants) avec un sexe ratio femmes/hommes de 2. Plus de 90% des patients étaient en 1^{ère} ligne de traitement, composée de zidovudine, lamivudine et nevirapine dans 53,3% des cas. L'observance a été estimée entre 55,4 % et 86,9 % selon les outils utilisés. Les variables significativement associées à un meilleur indice global d'observance étaient la concrétisation d'un projet (OR 4,33 ; $p = 0,04$) et l'usage de la langue locale, le lingala (OR 3,99 ; $p = 0,01$). Au 6^{ème} mois de traitement, le gain moyen de poids était de 4,8 kg ; les CD4 avaient augmenté de 104/mm³ (262 versus 158) et 89,4% des patients avaient une charge virale plasmatique indétectable. *Conclusion.* Cette étude à Brazzaville (Congo) confirme l'observance globalement bonne des traitements de l'infection VIH en Afrique sub-Saharienne. Cette observance est ici essentiellement corrélée à des facteurs structurels (langage, projet) et à la facilité des prises. Grâce à elle, la majeure partie des patients a évolué favorablement cliniquement et biologiquement (paramètres immunologiques et virologiques).

MOTS-CLÉS • Afrique subsaharienne. Antirétroviraux. Observance. VIH. Congo.

STUDY OF TREATMENT ADHERENCE BY PATIENTS LIVING WITH HIV IN 2009 AT THE OUTPATIENT CARE AND TREATMENT CENTER OF BRAZZAVILLE, CONGO

ABSTRACT • *Objectives.* The purpose of this study was to evaluate treatment adherence and its determinants in patients living with HIV followed up at the outpatient care and treatment center in Brazzaville, Congo. *Methods.* This cross-sectional study included patients who attended the center from July to October 2009. Adherence was evaluated using a self-administered questionnaire, 5 distinct measurement tools, and global adherence index. Correlations between patient characteristics and adherence data were analyzed. *Results.* A total of 214 patients were enrolled in the study. Mean patient age was 42 years. The female-to-male ratio was 2. There were 6 children. Most patients (92.5%) were receiving a first-line antiretroviral regimen; it consisted of a combination of zidovudine, lamivudine and nevirapine in 53.3% of cases. Adherence was estimated at 55.4-86.9% depending on the measurement tool. The global adherence index was significantly higher in patients who achieved their pre-defined life project (OR 4.33, $p=0.04$) and in those who spoke lingala (OR 3.99, $p=0.01$). After 6 months of antiretroviral therapy, mean weight gain was 4.8 kg; mean increase in CD4 was 104/mm³ (262 versus 158); and viral load was undetectable in 89.4% of patients. *Conclusion.* This study in Brazzaville (Congo) confirms that antiretroviral treatment adherence is satisfactory in sub-Saharan Africa. Adherence was mainly correlated with structural factors, e.g. language and life project, and with the patient friendliness of the regime. Most patients had favourable responses based on clinical, immunological, and virological criteria.

KEY WORDS • Sub-Saharan Africa. Antiretroviral therapy. Adherence. HIV. Congo.

L'accès au traitement antirétroviral des personnes vivant avec le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) s'est considérablement élargi ces dernières années dans les pays aux ressources limitées, avec un investissement important de la communauté internationale (1, 2). Sous l'impulsion de la Croix Rouge française, 15 centres de traitement ambulatoire (CTA) ont été créés en Afrique et en Asie depuis 1994, afin de proposer aux patients une prise en charge globale, incluant l'accès gratuit aux antirétroviraux et le suivi des traitements (3). Au Congo, où la prévalence du VIH est estimée à 3,2 % (4), il existe 2 CTA : un à Brazzaville (le plus ancien), et un à Pointe Noire. Les trithérapies antirétrovirales nécessitent une observance stricte : Un respect des prises de

plus de 90 % des comprimés prescrits permettrait d'éviter l'échec thérapeutique et l'émergence de résistances (5, 6). L'enjeu est également économique dans le contexte des pays à ressources limitées où le nombre de molécules disponibles est restreint et les traitements de seconde ligne coûteux. L'observance du traitement, en plus du respect des prises, est influencée par de nombreux comportements ayant trait au psychisme du patient, à son environnement et à la structure de soins qui le prend en charge (7-11). L'objectif principal de cette étude était d'évaluer l'observance du traitement antirétroviral au CTA de Brazzaville (Congo) et ses déterminants, afin d'évaluer la nécessité d'éventuelles mesures correctrices.

• Correspondance : faurenicoles@live.fr

• Article reçu le 28/12/2010, définitivement accepté le 5/07/2011

Patients et méthodes

Il s'agit d'une étude transversale, monocentrique, avec recueil prospectif, qui s'est déroulée de juillet à octobre 2009. La population étudiée était constituée par les personnes vivant avec le VIH, traitées par antirétroviraux et suivies au CTA de Brazzaville. Les enfants pouvaient également être inclus, bénéficiant de l'aide d'un proche ou du médecin pour répondre aux questions.

Nous avons utilisé un auto-questionnaire, inspiré de celui qui a servi au CTA de Bangui en 2006 (12), distribué en salle d'attente avant les consultations médicales. L'observance a été mesurée à l'aide de 5 critères : i) nombre de sauts de prise de comprimés au cours des 4 derniers jours (le patient était considéré observant s'il n'avait omis aucune prise de comprimé) ; ii) assiduité aux consultations médicales et d'éducation thérapeutique (le patient n'ayant raté aucun rendez-vous dans les 6 derniers mois était considéré observant) ; iii) compte des comprimés pris par le patient à partir de la dernière boîte entamée, d'après l'interrogatoire ou le compte des comprimés restants si le patient avait ramené sa boîte (le patient était considéré observant s'il a pris au moins 90% des comprimés) ; iv) échelle visuelle analogique (EVA) d'observance cotée de 0 à 10 par le patient ; v) EVA d'observance cotée de 0 à 10 par le médecin. Pour ces 2 derniers indicateurs, le chiffre obtenu a été ramené en pourcentage pour l'analyse et les patients ayant un résultat de 90 ou plus ont été considérés comme observants. En cas de compréhension difficile des questions, le médecin pouvait aider le patient lors de l'entretien sans l'influencer. Nous avons ensuite construit un indice combiné (indice global d'observance), en accordant un point pour chacun de ces critères, obtenant ainsi un score compris entre 0 et 5 qui définit différentes classes d'observance : les patients étaient considérés observants en cas d'indice global \geq 3. Ces différents outils ont été préalablement testés sur un échantillon de 30 patients fréquentant le CTA de Brazzaville.

Les données cliniques et biologiques ont été collectées à partir des dossiers médicaux papier ou informatisés. Les registres des laboratoires des CTA de Brazzaville et Pointe-Noire ont été consultés pour obtenir les mesures de charge virale disponibles pour les patients inclus. Des échantillons congelés, conservés au CTA de Pointe Noire, ont été analysés pour l'étude. Les données ont été enregistrées en variables qualitatives sur le logiciel Epi Info 3.5.1. Une variable « projet réalisé » a été intégrée dans l'étude. L'élaboration d'un projet était demandée au patient lors de ses premières séances d'éducation thérapeutique. Ses représentations individuelles étant très variées (mariage, travail, être bien, être heureux...), nous avons tenu compte de l'aboutissement déclaré de ce projet, sans préjuger de son caractère initialement réalisable ou rationnel. L'analyse univariée des variables (test du Chi²) avec les marqueurs « sauts de prise », « indice global », et « charge virale indétectable dans les 6 derniers mois » nous a permis de sélectionner celles significatives à $p \leq 0,2$ et, secondairement, de calculer par régression logistique leur influence sur chacun de ces marqueurs, avec un risque de première espèce alpha de 5%. La sélection a aussi écarté les variables redondantes afin d'obtenir une estimation correcte des paramètres des modèles multivariés.

Tableau 1. Descriptif de la population étudiée (n=214).

| Caractéristiques | Proportions (%) |
|--|-----------------|
| Enfants de moins de 15 ans | 2,8 |
| Population féminine | 66,4 |
| Parents (médiane d'enfants = 3) | 87,3 |
| Statut matrimonial | |
| Célibataire | 55,0 |
| Marié | 14,3 |
| Autre statut | 30,7 |
| Niveau d'étude atteint | |
| Université | 20,0 |
| Secondaire (collège) | 73,7 |
| Aucune scolarité | 6,3 |
| Habitat | |
| Construction en matériel durable | 72,8 |
| Autre type d'habitat | 27,2 |
| Principales langues parlées | |
| Lingala | 71,5 |
| Français | 71,0 |
| Kituba | 46,7 |
| Activité professionnelle déclarée | |
| Exercice d'une profession | 67,0 |
| Sans profession | 33,0 |
| Consommateurs de tabac | 3,8 |
| Consommateurs d'alcool | 45,5 |
| Dont consommateurs de bières | 30,8 |
| Possède un téléphone portable | 84,9 |
| Possède une alarme sur ce téléphone | 71,0 |

Résultats

Descriptif de la population étudiée (n=214)

Au total, 214 patients ont été inclus, d'âge moyen de 42 ans (médiane 43 ans, extrêmes 6-67 ans) (tableau 1). La population vivait essentiellement à Brazzaville (93,5%) et utilisait le bus comme principal moyen de transport pour se rendre au CTA (78%).

Les patients ont déclaré avoir été infectés par voie sexuelle (54%), *via* une aiguille contaminée (6,1%), à l'occasion d'une transfusion (4,7%) ou dans un contexte de transmission mère-enfant (3,3%), tandis que 32,7% ignoraient leur mode de contamination. La majeure partie des patients (92,5%) était en 1^{ère} ligne de traitement (tableau 2). Le nombre moyen de comprimés prescrits était de 2,5/jour (extrêmes 1-10), pour un nombre médian de 2 prises par jour (extrêmes 1-3). La durée médiane du traitement antirétroviral au moment de l'étude était de 38,0 mois (extrêmes 22 jours – 92 mois).

Aucun effet indésirable n'était déclaré par les patients lors de l'enquête dans 61,7% des cas. Ceux qui en mentionnaient désignaient les ARV comme responsables de ces effets dans 95,5% des cas. A l'initiation du traitement antirétroviral, 75,6% des patients étaient au stade SIDA avec une moyenne de taux de CD4 de 158/mm³ (médiane 140, extrêmes 1-846). Après 6 mois de traitement, le gain de poids moyen était de 4,8 kg (médiane 3, extrêmes 0-25) et la moyenne du taux de CD4 de 262/mm³ (médiane 224/mm³, extrêmes 2-974). Lors de l'interrogatoire du patient, la moyenne du taux de CD4 était de 374/mm³ (médiane 342/mm³, extrêmes 4-1515).

La charge virale plasmatique avait été mesurée au 6^{ème} mois de traitement pour 104 patients. 93 (89,4%) étaient indétectables (seuil initial de 1000 copies/mL, puis de 400 copies/mL au cours des dernières années). Au moment de l'étude (charge virale de moins de 6 mois) le taux d'indétectabilité était de 75,7% (115 patients/152).

Tableau 2. Régimes thérapeutiques au moment de l'étude (antirétroviraux).

| Lignes de traitement | Nombre de patients (n = 214) | Pourcentage (%) |
|--|------------------------------|-----------------|
| Premières lignes (n=198) | | |
| Zidovudine / lamivudine / nevirapine | 114 | 53,3 |
| Stavudine / lamivudine / nevirapine | 49 | 22,9 |
| Zidovudine / lamivudine / efavirenz | 20 | 9,3 |
| Stavudine / lamivudine / efavirenz | 12 | 5,6 |
| Tenofovir / emtricitabine / efavirenz | 3 | 1,4 |
| Secondes lignes (n=16) | | |
| Abacavir / didanosine / lopinavir boosté | 12 | 5,6 |
| Tenofovir / emtricitabine / lopinavir boosté | 3 | 1,4 |
| Didanosine / lamivudine / efavirenz | 1 | 0,5 |

Evaluation de l'observance

Principaux motifs d'inobservance déclarés par les patients

Au cours du dernier mois, la modification de la dose et/ou de l'horaire de prise était la cause d'inobservance la plus souvent citée (19,2%), devant l'oubli des comprimés (15%). Les effets secondaires des traitements, une pathologie intercurrente (paludisme) ou une hospitalisation étaient souvent cités par les patients pour justifier une mauvaise observance. Certains patients ont rapporté des difficultés à concilier les horaires de prises avec ceux de leur emploi. L'absentéisme en consultation ou en séance d'éducation thérapeutique était souvent rapporté à un déplacement imprévu ou difficile (voyage, éloignement). Pour la prise du traitement, l'entourage familial était jugé facilitant par 50,2% des patients et ignorant par 34,1% d'entre eux. Pour 15,6% des patients, le qualificatif choisi pour décrire cet entourage était péjoratif (suspicieux, menaçant, méchant, rejetant, violent). Le recours à la médecine traditionnelle a été rarement rapporté (4,3% des patients) et ne perturbait pas les prises des antirétroviraux pour la majorité des personnes concernées (55,5%).

Mesures de l'observance par les outils

La plupart des patients (82,7%) n'avait raté aucune prise de comprimés dans les 4 jours précédant l'interrogatoire. Les patients qui avaient un projet initial réalisé (OR 8,87 ; p = 0,02), qui parlaient le lingala (OR 8,30 ; p < 0,01), et ceux qui jugeaient leur prise de traitement facile (OR 4,49 ; p = 0,01) étaient plus observants selon ce marqueur, tandis que ceux ayant l'alarme sur le téléphone (OR 0,15 ; p = 0,01) étaient moins observants (tableau 3). La prise des traitements était jugée facile par 78% des patients, mais 13,6% la jugeaient contraignante et 7,9% la jugeaient difficile. Les dates de rendez-vous au CTA avaient été respectées par 86,9% des patients, tandis que 66,5% avaient pris plus de 90% des comprimés de leur dernière boîte. L'EVA de l'observance par le patient était > ou = 9 dans 55,4% des cas seulement, tandis que l'EVA par le médecin l'était dans 63,1% des cas.

Indice global d'observance

L'indice global d'observance, calculé pour 212 patients, révélait un score > ou = 3 pour 81,6% d'entre eux (tableau 4). Ce marqueur de bonne observance était plus souvent retrouvé chez les patients ayant un projet initial réalisé (OR 4,33 ; p = 0,04) et ceux parlant le lingala (OR 3,99 ; p = 0,01). Aucune autre variable n'influait significativement l'indice global d'observance (tableau 3). Il n'a pas été mis en évidence d'influence significative entre nos déterminants d'observance et la charge virale des patients (tableau 3).

Discussion

Méthodologie et biais

L'utilisation d'un auto-questionnaire combinant différentes mesures de l'observance a semblé adaptée en termes de per-

Tableau 3. Influence des variables sélectionnées sur les marqueurs d'observance, sauts de prise et indice global. Influence sur l'indéfectibilité de la dernière charge virale (de moins de 6 mois). Régression logistique.

| Marqueurs appliqués (Y/N) | Aucun saut de prise des 4 derniers jours (177/37) | | | Indice global > ou = 3 (173/39) | | | Charge virale indétectable (115/37) | | |
|--|---|------------|-------|---------------------------------|------------|------|-------------------------------------|-----------|------|
| | OR | IC 95 % | p | OR | IC 95 % | p | OR | IC 95 % | p |
| Projet initial réalisé (47/143) | 8,87 | 1,45-54,00 | 0,02 | 4,33 | 1,07-17,42 | 0,04 | - | - | - |
| Langue lingala parlée (153/61) | 8,30 | 2,22-30,99 | <0,01 | 3,99 | 1,36-11,72 | 0,01 | 1,65 | 0,66-4,12 | 0,28 |
| Prise de traitement jugée facile (167/47) | 4,49 | 1,32-15,24 | 0,01 | 1,78 | 0,62-5,08 | 0,28 | - | - | - |
| Sexe masculin (72/142) | 2,98 | 0,83-10,71 | 0,09 | - | - | - | - | - | - |
| Pense arrêter les antirétroviraux (45/160) | 2,66 | 0,70-10,12 | 0,15 | 1,94 | 0,58-6,49 | 0,28 | - | - | - |
| Langue kituba parlée (100/114) | 1,16 | 0,42-3,21 | 0,76 | - | - | - | 0,76 | 0,34-1,69 | 0,51 |
| Langue française parlée (152/62) | 1,35 | 0,38-4,77 | 0,64 | - | - | - | 0,40 | 0,14-1,15 | 0,09 |
| Exercice d'une profession (140/69) | 0,71 | 0,23-2,18 | 0,55 | 1,54 | 0,56-4,26 | 0,40 | - | - | - |
| Enfant(s) à charge (185/27) | 0,49 | 0,09-2,65 | 0,41 | - | - | - | 1,81 | 0,61-5,34 | 0,28 |
| Entourage aidant (106/105) | 0,54 | 0,18-1,61 | 0,27 | 0,49 | 0,19-1,25 | 0,13 | - | - | - |
| Consommation de bières (65/146) | 0,49 | 0,16-1,48 | 0,20 | 0,55 | 0,21-1,40 | 0,21 | 1,58 | 0,66-3,78 | 0,30 |
| Effets indésirables (82/132) | 0,45 | 0,16-1,28 | 0,13 | - | - | - | - | - | - |
| Mode de contamination connu (142/69) | 0,36 | 0,10-1,25 | 0,11 | 0,43 | 0,15-1,22 | 0,11 | 1,22 | 0,54-2,78 | 0,63 |
| Alarme sur le téléphone (125/51) | 0,15 | 0,03-0,65 | 0,01 | 0,44 | 0,15-1,28 | 0,13 | - | - | - |
| Scolarité secondaire (151/54) | - | - | - | 1,86 | 0,64-5,36 | 0,25 | - | - | - |
| Aucune scolarité (13/192) | - | - | - | 0,50 | 0,03-6,88 | 0,60 | - | - | - |

Y= codage Yes, N= codage No, OR= Odds Ratio ajusté, IC 95% = intervalle de confiance, « - » = variable non sélectionnée.

Tableau 4. Définition et répartition des différentes classes de l'indice global d'observance.

| Classes | Nombre de points | Nombre de patients (n = 212) | Pourcentage (%) |
|-----------------------|------------------|------------------------------|-----------------|
| Observance nulle | 0 | 2 | 0,9 |
| Observance faible | 1 | 11 | 5,2 |
| Observance partielle | 2 | 26 | 12,3 |
| Bonne observance | 3 | 47 | 22,2 |
| Très bonne observance | 4 | 62 | 29,2 |
| Observance totale | 5 | 64 | 30,2 |

tinence et de faisabilité en routine (5, 10, 11). Cependant, la compréhension des outils a été initialement difficile pour les échelles analogiques et a été améliorée par une cotation sur une échelle de 10, en fournissant des explications sur les objectifs du questionnaire lors de sa distribution. L'EVA du médecin était le critère renseigné en dernier dans le questionnaire, certainement influencé dans sa cotation par l'entretien et le recueil préalable des résultats biologiques. Le comptage des comprimés, marqueur réputé objectif (13), a manqué de fiabilité dans cette étude du fait de son estimation fréquemment basée sur l'interrogatoire du patient, en raison de l'absence de retour des boîtes au CTA. Malgré sa simplicité, la question portant sur les prises manquées au cours des 4 derniers jours a abouti à une évaluation de l'observance proche de celle apportée par l'indice global. En revanche, pour le recueil des rendez-vous manqués, une période rétrospective de 6 mois a semblé trop courte, le patient n'étant évalué que sur 3 consultations, ce qui a conduit à une vision optimiste de l'observance (86,9%), semblable à celle mesurée lors de l'étude à Bangui (86,5%) (14). A la surestimation connue des outils de mesure d'observance, s'ajoute un biais de sous-déclaration des patients, possiblement majoré dans le contexte culturel local, par la crainte du jugement et de la sanction des soignants (10, 13, 15). Ce phénomène est notamment à prendre en compte pour l'interprétation des données portant sur des comportements perçus comme répréhensibles, tels la consommation de toxiques (tabac ou alcool), le recours aux tradi-praticiens et les croyances.

Sur le plan biologique, l'interprétation des données doit tenir compte de leur disponibilité, aléatoire dans le contexte de notre étude. Les mesures de charges virales étaient effectuées à Pointe-Noire, ce qui a occasionné des retards pour l'analyse et a augmenté les pertes de données. De plus, ce circuit de mesure n'était pas fonctionnel avant 2005, et est resté sensible aux difficultés logistiques par la suite (ruptures d'approvisionnement des réactifs, problèmes de transports, contribution financière exigée de patients aux moyens limités). Enfin, la représentativité de ces mesures biologiques est sujette à un biais de sélection évident, dans la mesure où le médecin privilégie les patients suspects d'échec thérapeutique, lorsque l'accès aux examens immuno-virologiques est restreint.

Principaux résultats

L'indice global suggère une bonne observance pour l'ensemble des patients du CTA (81,6%). Ce chiffre est en adéquation avec une étude et une méta-analyse récemment réalisées en Afrique subsaharienne, qui évaluaient l'observance correcte des antirétroviraux pour 78,2% et 77% de leurs patients (16, 17). Il rejoint également une étude préalable d'observance réalisée en pédiatrie hospitalière de Brazzaville où l'observance était bonne pour 75,7% des cas étudiés (18). Des difficultés « classiques »

sont retrouvées dans notre étude, comme les déplacements des patients, les difficultés financières et l'exposition au stigma (7, 15, 19, 20). Le sexe féminin est proche de la signification pour un moins bon respect des prises dans les 4 jours, expression peut-être des obstacles rencontrés par les femmes, victimes de discriminations sociales ou d'interprétations culturelles pénalisantes (15, 21). D'autres facteurs significativement liés à des comportements d'observance dans cette étude pourraient témoigner de l'adaptation du programme à la population locale (usage de la langue locale) et de perceptions optimistes, encourageantes pour l'observance (prises des comprimés jugées faciles évitant les sauts de prises, réalisation d'un projet de vie).

Le parallèle entre une bonne observance et la bonne réponse virologique au traitement antirétroviral est classique (6). Nous avons aussi relevé une proportion importante de charges virales indétectables au moment de l'enquête (75,7%) et une augmentation des taux de CD4, témoins de l'amélioration des systèmes de défense immunitaire des patients. L'efficacité des antirétroviraux bien suivis par les patients se traduit également par la prise de poids moyenne constatée après 6 mois de traitement (9).

Propositions d'améliorations

Lors des séances d'éducation thérapeutique, une réflexion plus poussée autour du mode de contamination en début de prise en charge pourrait être une piste intéressante, compte tenu de la proportion élevée de ceux qui ignorent leur mode de contamination (32,7% dans notre étude), et de l'influence que la connaissance de ce mode pourrait avoir sur l'observance (8). Le compte rendu des séances d'éducation doit préciser les difficultés rencontrées par le patient et considérer les dimensions plurifactorielles de l'observance, sans se limiter aux seuls patients jugés inobservants. D'autre part, si l'existence d'un projet initial favorise l'observance (19), nos résultats incitent à s'intéresser davantage à la réalisation de ce projet, associé, dans notre étude, à un indice global d'observance > ou = 3 et au respect des prises dans les 4 derniers jours. En pratique, les éducateurs devraient convenir avec les patients, à l'ouverture du dossier, d'un projet initial concret et réalisable, qu'ils pourront suivre lors des séances ultérieures en proposant des solutions à son accomplissement. La consommation d'alcool est préoccupante de par sa fréquence déclarée. L'alcool étant un facteur d'inobservance connu, l'éducation doit renforcer sa prévention, sans exposer le patient à une discrimination, du fait de sa consommation souvent « sociale » (9).

Dans le circuit de prise en charge, le temps d'attente avant les consultations est cité comme une contrainte parfois lourde de conséquences, privant certains patients de leur travail et les exposant plus longtemps à la stigmatisation dans une structure identifiée « VIH ». La majorité des patients arrive avant 9 h et reste en salle d'attente jusqu'à la consultation, qui a souvent lieu plusieurs heures plus tard. Nous préconisons une meilleure répartition des consultations sur la matinée, à un horaire fixé avec le patient selon ses disponibilités. Des outils tels que le chevalet imagier et les bilans de compétence, dont l'intérêt est documenté (22), sont utilisés en routine par les éducateurs sur place. D'autres, comme le recours aux fonctionnalités du téléphone portable, très répandu à Brazzaville, ont été proposés dans des études précédentes (19, 20). Cet outil pourrait permettre au patient de communiquer plus facilement avec le centre en cas de difficultés, et de mieux respecter les horaires de prises par l'intermédiaire du système d'alarme. Cependant, les stratégies doivent être

individualisées pour ne pas exposer le patient à la discrimination d'une sonnerie qui se répète à heures fixes, ou à la divulgation d'informations et d'appels enregistrés que des proches pourraient consulter, d'autant que nous mettons en évidence une association négative entre l'alarme et le respect des prises dans les 4 jours.

Le compte des comprimés non consommés n'est pas réalisé en routine au CTA de Brazzaville. Cette méthode, qui pourrait permettre de mieux évaluer l'observance, comporte des risques : stigmatisation du patient qui porte ses comprimés sur lui, infantilisation ou conduites d'ajustement de la part du patient (suppression de comprimés avant le rendez-vous) (13). Cette méthode semble peu propice à une relation de confiance avec les soignants, mais pourrait être proposée aux patients suspectés d'inobservance et/ou en échec thérapeutique.

Conclusion

Cette étude confirme que l'observance des traitements de l'infection VIH au centre de traitement ambulatoire de Brazzaville (Congo) est globalement bonne, essentiellement corrélée à des facteurs structurels (langage, projet) et à la facilité des prises. Des applications pratiques sont envisageables pour certains de ces facteurs, et pourraient permettre d'améliorer cette observance. La majeure partie des patients a évolué favorablement cliniquement et biologiquement (paramètres immunologiques et virologiques).

Références

1. OMS. Améliorer l'accès aux traitements antirétroviraux dans les pays à ressources limitées. Recommandations pour une approche de santé publique. OMS ed, Genève, 2002, p. 35. http://www.who.int/hiv/pub/prev_care/en/isbn9242545678.pdf
2. The global fund. Annual report. The global fund ed, Genève, 2009.
3. Mouala C, Madec Y, Adam G, Courpotin C, Fikouma V, Gentilini M *et al.* Dix ans d'engagement auprès des personnes vivant avec le VIH-sida: évaluation de la prise en charge dans trois centres de traitement ambulatoire de la Croix-Rouge française en Afrique. *Sante* 2008 ; 18 : 89-95.
4. WHO. AIDS Epidemic Update. WHO ed, Genève, 2009, p. 99. http://data.unaids.org/pub/Report/2009/JC1700_Epi_Update_2009_en.pdf
5. Moatti JP, Spire B, Duran S. Un bilan des recherches socio-comportementales sur l'observance des traitements dans l'infection à VIH : au delà des modèles biomédicaux ? *Rev Epidemiol Sante Publique* 2000 ; 48 : 182-97.
6. Paterson DL, Swindells S, Mohr J, Brester M, Vergis EN, Squier C *et al.* Adherence to protease inhibitor therapy and outcomes in patients with HIV infection. *Ann Intern Med* 2000 ; 133 : 21-30.
7. Desclaux A. Les antirétroviraux en Afrique. De la culture dans une économie mondialisée. *Anthropol Soc* 2003 ; 27 : 41-58.
8. Ferreira C, Gay M, Regnier-Aeberhard F, Bricaire F. Les représentations de la maladie et des effets secondaires du traitement antirétroviral comme déterminants de l'observance chez les patients VIH. *Ann Med Psychol* 2010 ; 168 : 25-33.
9. Yéni P. Prise en charge médicale des personnes infectées par le VIH. Rapport 2008. Recommandations du groupe d'experts. Flammarion ed, Paris, 2008.
10. Carrieri P, Marcellin F, Spire B. Méthodes pour apprécier l'observance du traitement antirétroviral. *Développement et santé* 2007 ; 187. <http://dvsante.org/IMG/doc/doc-11098.doc>
11. Spire B. Les traitements contre le virus de l'immunodéficience humaine: rôle du comportement dans la réponse thérapeutique. *Virologie* 2003 ; 7 : 161-3.
12. Mouala C, Kaba-Mebri J, Wata JB, Rey JL. Facteurs associés à une bonne observance thérapeutique chez les patients infectés par le VIH à Bangui. *Sante* 2006 ; 16 : 119-30.
13. Slama L, Le Camus C, Amiel C, Pialoux G, Gharakhanian S. L'observance thérapeutique au cours de l'infection VIH, une approche multidisciplinaire. *Med Mal Infect* 2006 ; 36 : 16-26.
14. Mouala C, Kaba-Mebri J, Fikouma V, Wata JB, Gabrie P, Rey JL. Mesure de l'observance thérapeutique des patients vivant avec le VIH à Bangui. *Med Trop (Mars)* 2006 ; 66 : 59-63.
15. Eholie SP, N'Dour C T, Cisse M, Bissagnene E, Girard PM. L'observance aux traitements antirétroviraux: particularités africaines. *Med Mal Infect* 2006 ; 36 : 443-8.
16. Abaasa AM, Todd J, Ekoru K, Kalyango JN, Levin J, Odeke E *et al.* Good adherence to HAART and improved survival in a community HIV/AIDS treatment and care programme: the experience of The AIDS Support Organization (TASO), Kampala, Uganda. *BMC Health Serv Res* 2008 ; 8 : 241.
17. Mills EJ, Nachega JB, Buchan I, Orbinski J, Attaran A, Singh S *et al.* Adherence to antiretroviral therapy in sub-Saharan Africa and North America: a meta-analysis. *Jama* 2006 ; 296 : 679-90.
18. Samba Louaka C, Mabila Babela JR, Mouko A, Senga P. Évaluation de l'observance thérapeutique aux antirétroviraux chez l'enfant à Brazzaville. *Arch Pediatr* 2009 ; 16 : 486-8.
19. Mouala C, Roux P, Okome M, Sentenac S, Okome F, Nziengui U *et al.* Bilan de quelques études sur l'observance aux ARV en Afrique. *Med Trop (Mars)* 2006 ; 66 : 610-4.
20. Ollivier F, N'Kam M, Midoungue C, Rey JL. Etude sur l'observance des traitements antirétroviraux au Centre hospitalier universitaire de Yaoundé (Cameroun). *Sante Publique* 2005 ; 17 : 559-68.
21. Ergot M. Différenciation sexuelle des interprétations causales de la maladie en Afrique subsaharienne (Burkina Faso). *Sciences Sociales et Santé* 2004 ; 22 : 45-70.
22. Iguenane J, Marchand C, Bodelot D, Pinosa C, Chambon JF, Beauvais L *et al.* Implantation de programmes d'éducation thérapeutique de patients vivant avec le VIH dans quatre pays à ressources limitées. Approche évaluative. *Sante Publique* 2007 ; 19 : 323-33.