



HAL
open science

Facteurs associés à une mauvaise observance thérapeutique chez les patients vivant avec le VIH à l'hôpital Albert Schweitzer au Gabon en 2019

Olivier Collinet

► **To cite this version:**

Olivier Collinet. Facteurs associés à une mauvaise observance thérapeutique chez les patients vivant avec le VIH à l'hôpital Albert Schweitzer au Gabon en 2019. Sciences du Vivant [q-bio]. 2019. dumas-02401977

HAL Id: dumas-02401977

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02401977v1>

Submitted on 10 Dec 2019

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

**UNIVERSITE DE LA REUNION
U.F.R SANTE**

Année : 2019

N°2019LARE035M

**THESE POUR L'OBTENTION DU
DIPLOME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE**

Discipline : Médecine Générale

**Facteurs associés à une mauvaise observance thérapeutique chez les
patients vivant avec le VIH à l'hôpital Albert Schweitzer au Gabon en 2019**

Présentée et soutenue publiquement

Le 21/11/2019

Par Olivier Collinet

JURY

Monsieur le professeur Von Theobald Peter

Président

Monsieur le Docteur Bertolotti Antoine

Rapporteur

Monsieur le Docteur Gomard Philippe

Assesseur

Monsieur le Docteur Rodet Roland

Assesseur

Madame le Docteur Gaud Catherine

Directrice de thèse

SERMENT D'HIPPOCRATE

Au moment d'être admis à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admis dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçu à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité. Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses; que je sois déshonoré et méprisé si j'y manque.

Table des matières

Abréviations et Acronymes.....	5
Résumé.....	7
Abstract.....	8
I. INTRODUCTION.....	9
A. Statistique sur l'état de l'épidémie du VIH.....	9
B. Prise en charge des PVVIH.....	10
C. Définir la notion d'observance thérapeutique.....	12
D. Déterminants de l'observance thérapeutique.....	14
E. Le VIH au Gabon.....	15
F. Patients vivant avec le VIH à l'hôpital Albert Schweitzer.....	21
G. L'observance comme pilier de la prise en charge médicale.....	25
II. METHODES.....	26
A. Population et collecte des données.....	26
B. Données analysées lors de l'interrogatoire.....	27
1. Caractéristiques socio-démographiques :.....	27
2. Caractéristiques liées à la maladie :.....	28
3. Les facteurs influençant la mauvaise observance :.....	29
C. Traitement et analyse des données.....	29
D. Ethique.....	30
III. RESULTATS.....	31
A. Caractéristiques socio-démographiques des patients.....	31
B. Caractéristiques de la maladie.....	32
C. Facteurs influençant la mauvaise observance.....	36
D. Analyse bivariée.....	37
E. Analyse multivariée.....	37
IV. DISCUSSION.....	39
A. Caractéristiques de la non observance.....	39
B. Caractéristiques de la maladie et socio-démographiques.....	40
C. Facteurs influençant la mauvaise observance.....	42
V. CONCLUSION.....	48
VI. REFERENCES.....	50

Table des illustrations

Figure 1 : Prévalence des PVVIH au Gabon par province (30).....	15
Figure 2 : Répartition géographique des CTA sur le territoire national selon le guide de prise en charge des PVVIH (3).....	17
Figure 3 : Zone historique de l'HAS.....	21
Figure 4 : Pavillon de Médecine Interne de l'HAS.....	23
Figure 5 : L'Ogooué, le fleuve qui traverse Lambaréné.	24
Figure 6 : Population de l'étude.	31
Figure 7 : Facteurs influençant la mauvaise observance (n=65).....	36
Tableau 1 : Caractéristiques sociodémographiques et de la maladie des PVVIH.	34
Tableau 2 : Analyse multivariée	38

Abréviations et Acronymes

3TC : Lamivudine

ABC : Abacavir

ACCESS : Accélérer l'Accès à la Prise en Charge des PVVIH au Gabon

AEG : Altération de l'état général

ARV : Antirétroviraux

ATC/RTV : Saquinavir/Ritonavir

AZT : Zidovudine

CD4 : Lymphocyte CD4

CNAMGS : Caisse Nationale d'Assurance Maladie et de Garantie Sociale

CTA : Centre de Traitement Ambulatoire

CV : Charge virale

DOM : Département d'outre-mer

DTG : Dolutegravir

EFV : Efavirenz

FCFA : Franc de la Communauté Financière Africaine

FTC : Emtricitabine

GEF : Gabonais économiquement faible

HAS : Hôpital Albert Schweitzer

HSH : ce sigle désigne tous les hommes qui ont des rapports sexuels avec d'autres hommes

IC 95% : Intervalle de confiance à 95%

INNTI : Inhibiteurs non nucléosidiques de la transcriptase inverse

LPV/RTV : Lopinavir/Ritonavir

NO : Non observance

NVP : Névirapine

OPN : Office Pharmaceutique National

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

ONU : Organisation des Nations Unis

PVVIH : Personne vivant avec le VIH

PNLIST : Programme national de lutte contre les infections sexuellement transmissibles

RAL : Raltegravir

SIDA : Syndrome d'immunodéficience acquise

TAR : Traitement antirétroviral

TDF : Ténofovir

VIH : Virus de l'immunodéficience humaine

Résumé

Facteurs associés à une mauvaise observance thérapeutique chez les patients vivant avec le VIH à l'hôpital Albert Schweitzer au Gabon en 2019

Introduction :

La non observance thérapeutique peut avoir des répercussions graves pour le patient, ses partenaires, l'évolution de l'épidémie et sur le budget de santé du pays. Cette étude avait pour but de repérer les facteurs associés à une mauvaise observance thérapeutique chez les patients vivant avec le VIH à Lambaréné au Gabon pour proposer des solutions pour améliorer la prise en charge des patients.

Méthodes :

Il s'agissait d'une étude épidémiologique transversale analytique qui s'est déroulée entre le 9 novembre 2018 et le 17 avril 2019, à l'hôpital Albert Schweitzer à Lambaréné. L'observance a été évaluée par la combinaison de deux méthodes : l'entretien médical et la ponctualité des rendez-vous. L'analyse bivariée et une régression logistique ont été utilisées afin d'étudier la relation entre les facteurs analysés et l'observance thérapeutique.

Résultats :

Au total, 90 patients ont été recrutés, dont 80% de femmes, avec une moyenne d'âge de 42 ans. Soixante-six pour cent n'étaient pas observants. Les principales raisons de la non observance étaient : l'incompréhension de la maladie (60%), le déni de la maladie (32%), l'accessibilité financière (32%), la mauvaise prise en charge médicale (30%). Les patients plus vieux étaient plus observants (IC 95%, OR=1-1,1, p=0,044). L'ancienneté de la maladie était, quant à elle, un facteur de non observance lorsqu'elle tend à s'allonger : entre 1 et 5 ans d'ancienneté (IC 95%, OR=0,02-0,028, p=0,001), et plus de 5 ans d'ancienneté (IC 95%, OR=0,03-0,37, p=0,001).

Conclusion :

La non observance était fréquente dans notre étude, liée à plusieurs facteurs. La prise en charge médicale est un des piliers à cibler et reconstruire pour améliorer l'observance, avec un appui psychosocial et une meilleure éducation thérapeutique. Cela aurait une action sur les autres facteurs de mauvaise observance.

Discipline : Médecine générale

Mots-Clés : VIH/SIDA, non observance, traitement antirétroviral, Gabon.

Abstract

Factors associated with poor adherence in patients living with HIV at Albert Schweitzer Hospital in Gabon in 2019

Introduction :

Non-compliance can have serious repercussions for the patient, his partners, the evolution of the epidemic and the country's health budget. The purpose of this study was to identify factors associated with poor adherence to treatment in patients living with HIV in Lambaréné, Gabon, in order to propose solutions to improve patient care.

Methods :

This was a analytical cross-sectional epidemiological study that took place between 9 November 2018 and 17 April 2019 at the Albert Schweitzer Hospital in Lambaréné. Compliance was assessed by a combination of two methods: medical interview and punctuality of appointments. Bivariate analysis and logistic regression were used to study the relationship between the factors analyzed and compliance.

Results :

A total of 90 patients were enrolled, 80% of whom were women, with an average age of 42 years. Sixty-six percent were not observant. The main reasons for non-compliance were: misunderstanding of the disease (60%), denial of the disease (32%), financial accessibility (32%), poor medical care (30%). Older patients were more observant (95% CI, OR=1-1.1, p=0.044). The seniority of the disease is a factor of non-compliance when it tends to increase: between 1 and 5 years of seniority (CI 95%, OR=0.02-0.028, p=0.001), and more than 5 years of seniority (CI 95%, OR=0.03-0.37, p=0.001).

Conclusion :

Non-compliance was frequent in our study, related to several factors. Medical care is one of the pillars to be targeted and rebuilt to improve compliance, with psychosocial support and better therapeutic education. This would have an impact on other factors of poor compliance.

Keywords: HIV/AIDS, non-compliance, antiretroviral treatment, Gabon

I. INTRODUCTION

A. Statistique sur l'état de l'épidémie du VIH

Avec plus de 32 millions de morts à ce jour, 770 000 décès en 2018, le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) reste un problème mondial majeur de santé publique (1). La même année, on comptait 37,9 millions de personnes vivant avec le VIH (PVVIH) dont 79% connaissaient leur statut et 23,3 millions étaient sous traitement antirétroviral (2). Environ 74,9 millions de personnes ont été infectées par le VIH depuis le début de l'épidémie et 1,7 million de personnes ont été nouvellement infectées par le VIH en 2018 (1). Les nouvelles infections à VIH ont été réduites de 40% depuis le pic de 1997, et ont diminué d'environ 16 % par rapport à 2010. Les décès liés au Syndrome d'Immunodéficience Acquise (SIDA) ont été réduits de plus de 55% depuis le pic de 2004 et réduits de 33% depuis 2010.

L'Afrique sub-saharienne est la région la plus touchée avec 25,7 millions de personnes vivant avec le VIH en 2017. Elle concentre plus des deux-tiers des nouvelles infections survenant dans le monde, c'est-à-dire 1,2 millions en 2017, et 70% des décès (3).

Les femmes sont particulièrement concernées par l'épidémie avec chaque semaine, environ 6200 jeunes femmes âgées de 15 à 24 ans qui sont nouvellement infectées par le VIH. En Afrique subsaharienne, quatre nouvelles infections sur cinq parmi les adolescents âgés de 15 à 19 ans touchent des filles. Plus d'un tiers (35%) des femmes dans le monde ont subi des violences physiques ou sexuelles à un moment de leur vie (1).

Les populations clés et leurs partenaires sexuels représentent 54% des nouvelles infections à VIH dans le monde. Le risque de contracter le VIH est 22 fois plus élevé chez les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, 22 fois plus élevé chez les personnes qui s'injectent des drogues, 21 fois plus élevé pour les professionnel(le)s du sexe, 12 fois plus élevé pour les transgenres (1).

La tuberculose reste la principale cause de décès chez les PVVIH (environ un tiers des décès). En 2017, 10 millions de personnes ont contracté la tuberculose, dont 9% vivaient avec

le VIH. Il est estimé que 49% des personnes vivant avec le VIH et la tuberculose ignorent qu'elles sont co-infectées et par conséquent ne reçoivent pas de soins nécessaires (1).

L'ONUSIDA lutte contre l'épidémie avec en 2018, 19 milliards de dollars disponibles dans les pays à revenu faible ou intermédiaire dont 56% provenaient de sources nationales.

En France, le VIH touche 150 000 personnes, soit une prévalence de 0,2% avec environ 6 500 nouvelles contaminations par an (4). Après avoir diminué entre 2004 et 2011, le nombre de découvertes annuelles est stable sur la période 2011-2015 (5). La majorité (52%) des personnes ayant découvert leur séropositivité en 2015 étaient nées en France, 31 % en Afrique subsaharienne, 8% sur le continent américain ou en Haïti. Cette répartition n'a pas évolué sur les dernières années (5). Sur le plan géographique, l'Ile-de-France concentre 42% des découvertes de séropositivité VIH et les DOM 8%. La part d'HSH est majoritaire en métropole hors Ile-de-France (53%). Elle est de 40 % en Ile-de-France et beaucoup plus faible dans les DOM (19%). Inversement, la part des hétérosexuels nés à l'étranger est maximale en Guyane (67%), importante en Guadeloupe (48%), Ile de-France (47%) et Martinique (33%) par rapport au reste de la métropole (24%) (5).

Le Gabon est un pays d'Afrique centrale dont la population est estimée en 2019 à 1 995 000 habitants. Ce pays, avec une prévalence estimée à 4.1% en 2014, est toujours situé parmi les pays à prévalence élevée pour l'infection à VIH. Les données les plus récentes (2017) sur la situation de l'épidémie indiquent que 56 426 personnes (adultes et enfants) vivent avec le VIH au Gabon dont 33 249 (soit 58,9%) sont effectivement sous traitement antirétroviral (TAR) (3).

B. Prise en charge des PVVIH

Le VIH affecte les différentes dimensions de la vie de la personne atteinte et de son entourage : somatique, psychologique, sociale, familiale, spirituelle, culturelle. Par conséquent, plusieurs acteurs (assistante sociale, psychologue, médecin, IDE...) doivent ou

devraient participer à la prise en charge qui est ou devrait être toujours idéalement globale et médico-psycho-sociale. L'implication des familles et des PVVIH est un élément essentiel pour la prise en charge psychosociale. L'intérêt des pairs éducateurs n'est plus à démontrer en Europe et a aussi fait ses preuves en Afrique comme le montrent certaines études dont une réalisée à Bamako au Mali (6).

Le counseling et le soutien psychosocial contribuent énormément à l'**acceptation** du statut sérologique, à la perception de la maladie, à l'adaptation, à la réduction de la **stigmatisation** et de l'**auto stigmatisation**, et de la **discrimination** qui peuvent être infligées aux personnes vivant avec le VIH (2) (3) (4) (5) (7).

Selon le guide de prise en charge des PVVIH du Gabon de 2018, **les qualités de l'équipe médicale** doivent comprendre, outre les compétences scientifiques et thérapeutiques : la confiance, le respect de la confidentialité, le secret partagé, la non stigmatisation (3). **L'alliance thérapeutique** avec le patient vivant avec le VIH est nécessaire pour le bon suivi de cette maladie, devenue **chronique** dans la plupart des pays. Pour cela, il est nécessaire d'avoir un accès correct, sans rupture de stock et avec un coût accessible aux antirétroviraux (ARV).

A titre individuel, l'objectif principal du TAR est d'empêcher la progression vers le SIDA et le décès en restaurant l'immunité avec un nombre de CD4 > 500/mm, mais aussi de diminuer considérablement la morbidité, de permettre une espérance de vie proche de la normale, d'avoir des enfants, sans les contaminer, et sous certaines conditions, d'avoir des relations sexuelles sans préservatif (3) (5) (8) (9) (10). Pour cela, le traitement ARV doit rendre la charge virale (CV) plasmatique indétectable au long cours, sur plusieurs années : CV < 50 copies/ml, ce qui maximalise la restauration immunitaire, minimalise le risque de sélection de virus résistants et réduit la morbidité associée au VIH (3) (4) (5) (10) (11) (12) (13) (14) (15) (16).

Les objectifs associés à l'efficacité immunovirologique sont : la meilleure tolérance possible des traitements ARV, l'amélioration ou la préservation de la qualité de vie, la réduction du risque de transmission du VIH.

Au titre de la santé publique, l'enjeu est immense. De nombreuses études ont montré la réduction, voire l'absence du risque de transmission du VIH si la charge virale est indétectable depuis au moins 6 mois, même s'il n'y a pas usage du préservatif (17) (18) (19) (20) (21) (22).

C'est pourquoi l'ONUSIDA s'est fixé comme objectif pour 2020 que :

- 90% des personnes vivant avec le VIH connaissent leur statut sérologique (75% le savent actuellement) ;
- 90% de toutes les personnes infectées par le VIH dépistées reçoivent un traitement anti rétroviral durable (3/5 en 2018) ;
- 90% des personnes recevant un traitement antirétroviral aient une charge virale durablement supprimée (seulement 47% ont une charge virale indétectable) (22).

Une fois ces 3 objectifs atteints, au moins 73% de toutes les PVVIH dans le monde auront une charge virale indétectable. Selon l'ONUSIDA, la modélisation suggère que la réalisation de ces cibles d'ici à 2020 permettra à la communauté mondiale de mettre fin à l'épidémie du sida d'ici à 2030. Le VIH ne serait plus transmis que de façon sporadique (22).

Le succès de la prise en charge est le résultat d'une bonne **observance** sur le long terme qui dépend de l'**adhésion** au traitement antirétroviral. L'adhésion repose sur le degré de motivation du patient, d'acceptation et de compréhension des enjeux de la maladie et du traitement et du niveau d'informations (3).

La non observance (NO) thérapeutique peut avoir des répercussions graves pour le patient, pour ses partenaires, avec un risque de transmission accru mais aussi avoir un impact négatif sur le budget des soins de santé (5).

C. Définir la notion d'observance thérapeutique

L'observance thérapeutique, selon le guide de prise en charge du VIH au Gabon qui reprend la définition de Haynes, « se définit comme étant le **degré de concordance** entre le comportement d'un patient (en termes de prise médicamenteuse, de suivi du régime thérapeutique ou de changement de style de vie) et les recommandations médicales » (3) (23). Appliquée aux maladies chroniques, l'OMS (2003) (7) propose la définition suivante: « la mesure avec laquelle les comportements d'une personne devant prendre un médicament, suivre un régime alimentaire et/ou changer de mode de vie, correspond aux recommandations

convenues avec un professionnel de santé». Selon l’OMS, 50% des patients malades chroniques sont observants (7).

Concernant les ARV, des études ont montré que pour l’Amérique latine et les Caraïbes, la médiane de rétention après 24 mois était de 83% en 2013 (24). Une étude à Douala en 2014 a montré que 51% des patients étaient observants (25). Une étude réalisée au Cameroun en 2010 a montré les mêmes résultats (26).

Le seuil de bonne observance concernant les ARV est de 95% pour prévenir la sélection de mutations et donc l’échappement virologique (5).

Le problème du choix de **la méthode de mesure de l’observance** est récurrent dans la littérature. Il n’existe aucune mesure de référence (« Gold Standard »). Aussi serait-il souhaitable d’utiliser un outil de mesure peu coûteux, reproductible, objectif, non intrusif, facile à utiliser et à analyser. La combinaison de deux méthodes telles que l’entretien ou l’auto-questionnaire et la ponctualité aux rendez-vous, est recommandée par l’OMS et le guide de prise en charge des PVVIH au Gabon (3) (27), et aussi la plus utilisée dans les études d’observance dans les pays d’Afrique centrale (25) (26) (28) (29).

L’entretien est facile à réaliser et peu coûteux mais entraîne des surestimations car il reste subjectif et dépend de l’habileté de l’enquêteur. La ponctualité des rendez-vous donne des résultats plus objectifs et cette méthode est facile à réaliser. Elle entraîne peu de biais, étant donné que si un patient ne vient pas au rendez-vous, il ne peut pas avoir les médicaments qui sont dispensés lors des consultations de suivi.

D’autres méthodes peuvent être utilisées comme l’utilisation d’un carnet rempli par le patient, mais cela nécessite un niveau d’instruction minimum du patient et peut entraîner une surestimation (3). Le dénombrement des comprimés qui est facile à utiliser, peu coûteux mais le patient peut « tricher ». Le taux de renouvellement des ordonnances qui est non intrusif mais peut être limité par les possibilités locales. Les dosages biologiques qui sont objectifs mais invasifs et très coûteux. L’observation directe du traitement (DOT) qui consiste à faire donner le traitement par un professionnel de santé, voire un pair éducateur, avec l’accord du patient est peu répandue en Afrique, non prise en charge, et peut être considérée comme stigmatisante (3).

La NO du traitement antirétroviral entraîne : l’échec du traitement antirétroviral, l’aggravation de la maladie, la réapparition des infections opportunistes, la dégradation de la

relation soignant-soigné avec des perdus de vue et des résistances virales. Les répercussions peuvent être graves pour le patient mais aussi avoir un impact négatif sur le budget des soins de santé (3) (8) (22).

D. Déterminants de l'observance thérapeutique

Il n'existe pas de preuve actuelle que l'âge ou la classe sociale modifie l'observance thérapeutique, alors qu'une bonne communication entre un professionnel de santé et un usager va l'influencer ; c'est l'alliance thérapeutique (7).

Différents facteurs participent à la qualité de l'observance du malade au TAR (3) :

- Les facteurs liés au malade : comme l'accessibilité financière, l'accessibilité géographique, l'analphabétisme, la précarité (type de logement, situation professionnelle), la promiscuité (repas, endroit pour garder les médicaments), la représentation sociale, culturelle et religieuse de la maladie, le recours aux tradipraticiens ;
- Les facteurs liés au traitement : la complexité du traitement (nombre de comprimés et nombre de prises par jour), les obligations alimentaires (horaires de prises par rapport aux repas), les effets secondaires, les traitements associés (exemple : antituberculeux) ;
- Les facteurs liés à l'entourage du malade : la mise au courant ou pas de la pathologie, la confidentialité (respectée ou pas), la stigmatisation, la discrimination, le rejet, le soutien et réseau de solidarité ;
- Les facteurs liés aux acteurs de santé : le niveau de connaissances sur le VIH, le SIDA et les ARV, informations insuffisantes, inadaptées ou contradictoires, l'absence de conviction et d'implication, la charge de travail, l'indisponibilité, le manque de motivation, la relation soignant-soigné, la gestion de la confidentialité.

E. Le VIH au Gabon

Le Gabon possède les structures de santé et les traitements ARV (quand les commandes sont faites, les hôpitaux ouverts et qu'il n'y a pas de rupture de stock), mais est toujours situé parmi les pays à prévalence élevée pour l'infection au VIH (prévalence estimée à 4.1% en 2014) (3). Les données de 2016 estiment que la prévalence est stable, le nombre de nouvelles infections tous âges confondus diminue (2200 contre 2848 en 2012), le nombre estimé de nouvelles infections parmi les enfants de 0 à 11 mois diminue (186 contre 384 en 2012), le nombre estimé de décès dus au VIH tous âges confondus diminue (1226 contre 2074 en 2012), et le nombre d'orphelins liés au SIDA (cumulatif) diminue (18038 contre 20665 en 2012, montrant qu'il y a moins de nouveaux cas recensés par rapport aux décès des anciens cas) (30).

La prévalence du VIH dans la population générale du Moyen Ogooué (région où se trouve Lambaréné) est de 5,6%, contre 7,2% dans l'Estuaire qui est la région où se trouve Libreville, et 8,7% dans l'Ogooué-Maritime qui est la région du Gabon avec le plus fort taux. L'Ogooué-Ivindo est la région la moins touchée avec un taux de 3,1%. (30)

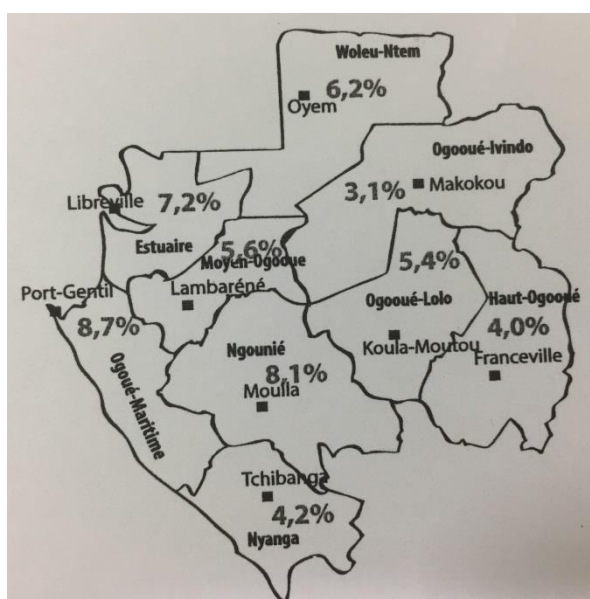


Figure 1 : Prévalence des PVVIH au Gabon par province (30).

La proportion de femmes chez les patients séropositifs au Gabon est de 82% (30). Il y a probablement plus de femmes dépistées que d'hommes car elles ont l'occasion de se faire dépister lors de la grossesse. Ceci est aussi expliqué par le mode de contamination et par le contexte social dans lequel les femmes se trouvent. Certains comportements favorisent la prise de risque : les faveurs sexuelles se monnayent bien et le préservatif est rare, cher, pas pratique et culturellement peu accepté (31). Une étude menée au Mali a révélé une inégalité marquée entre les sexes, en ce qui a trait notamment à la division sexuelle du travail, aux rapports de pouvoir et aux normes sociales en vigueur. Ces inégalités exposent les jeunes filles à un risque accru d'infection par le virus en s'adonnant à des activités sexuelles contre rétribution (32). Une femme a plus de risque de se faire contaminer qu'un homme, de par l'anatomie de son appareil génital. La muqueuse vaginale est plus large et plus fragile et peut donc plus facilement présenter des microlésions lors de rapports traumatiques. Le sperme contaminé stagnant dans le vagin expose la femme au virus plus durablement par rapport à l'homme qui bénéficie du phénomène « d'essuyage » lorsqu'il se retire. Dans la même logique, la circoncision protège l'homme, cela diminuerait le risque de 51 à 53% selon certaines études (33) (34) (35). Au Gabon, plus de 80% des hommes sont circoncis (36). Ceci est culturel, avec seulement 11% de musulmans au Gabon. Les hommes se font moins dépister étant moins à l'écoute de leurs corps et plus résistants face à l'évolution de la maladie.

La lutte contre le VIH au Gabon a démarré avec un Programme national de lutte contre le sida en 1989, rebaptisé Programme national de lutte contre les infections sexuellement transmissibles et le Sida (PNLIST/SIDA) en 2006. Puis a suivi la création en 2001 d'un important Fond National de Solidarité Thérapeutique pour favoriser l'accès des personnes infectées par le VIH au TAR et réduire la transmission du VIH de la mère à l'enfant. Ce fond se traduit par la mise en œuvre du projet ACCESS (Accélérer l'Accès à la Prise en Charge des PVVIH au Gabon). La création en 2006 d'un Fond de Soutien à la lutte contre le Sida pour les activités de prévention, et l'existence de 2006 à 2008, d'un Ministère consacré à la lutte contre le VIH/sida dont les structures sont aujourd'hui rattachées au Ministère de la Santé ont contribué à la réponse nationale.

Le ministère de la santé a souhaité une décentralisation de la prise en charge des PVVIH à travers la construction de 10 Centres de Traitement Ambulatoire (CTA) dans les chefs-lieux des neufs provinces du pays, puis dans des services de médecine des hôpitaux et certaines cliniques parapubliques et privées (3). Malgré cela ces CTA restent peu accessibles aux

personnes vivant en brousse dans un pays où le transport reste onéreux et peu développé. C'est le phénomène d'enclavement, répandu en Afrique et reconnu comme facteur majeur favorisant le non accès au traitement. La figure suivante montre qu'il y a un CTA par région (sauf dans la région où se trouve la capitale) et situé en général dans la capitale régionale.

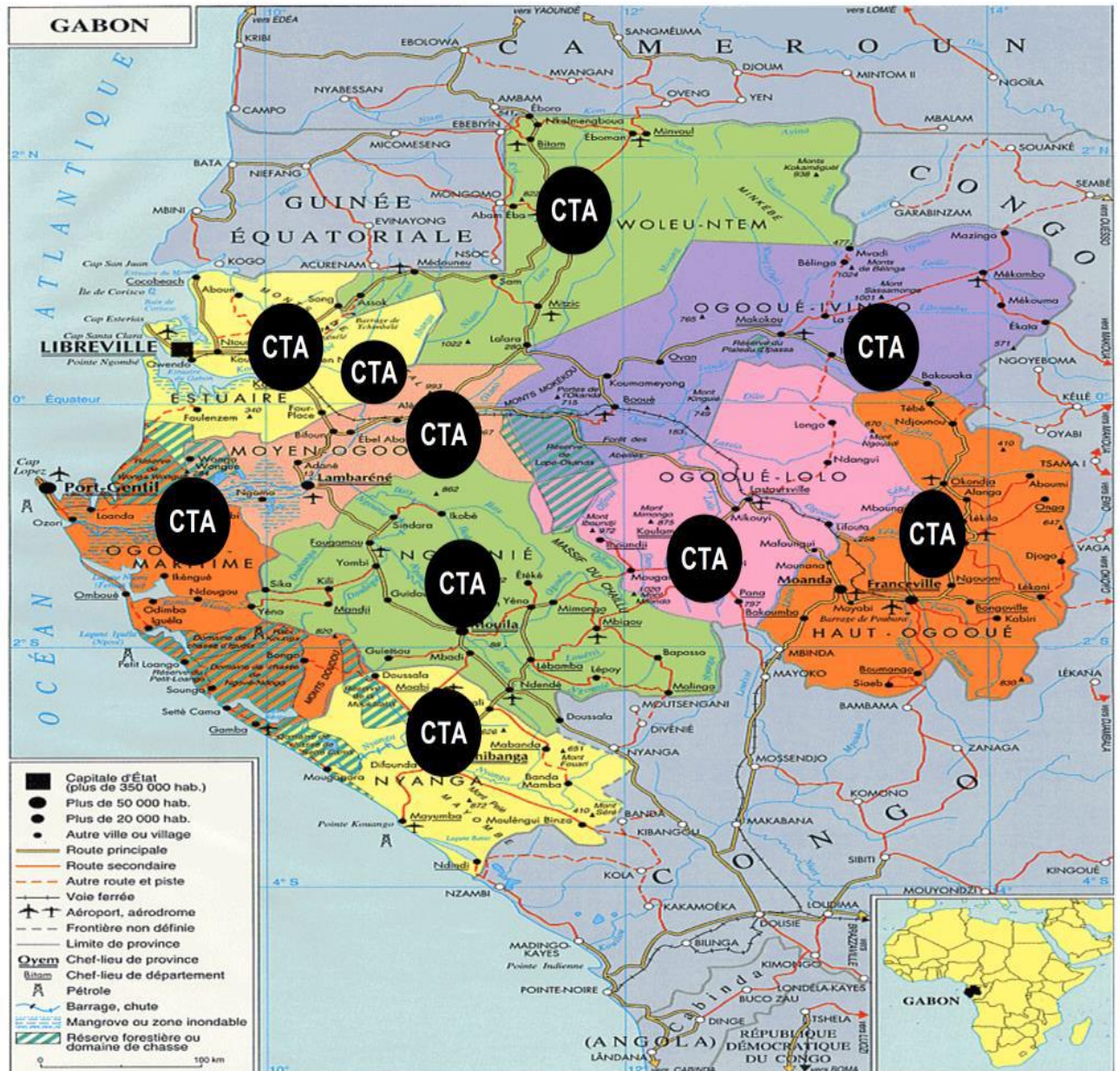


Figure 2 : Répartition géographique des CTA sur le territoire national selon le guide de prise en charge des PVVIH (3).

Actuellement le circuit d'approvisionnement des ARV est centralisé au niveau du Programme national de lutte contre les infections sexuellement transmissibles (PNLIST). Normalement, la commande est émise par les centres de prise en charge et transmise au PNLIST pour validation tous les mois pour les structures de Libreville et tous les trois mois pour les structures de l'intérieur. Le délai de traitement d'une commande est de quinze jours. Après validation, la commande est envoyée à l'office pharmaceutique national (OPN) qui apprête le packaging et les commandes sont récupérées par les centres de prise en charge à l'OPN (3). Malgré cela, en 6 mois, il y a eu 2 ruptures de stock d'au moins 2 molécules dans l'hôpital où l'étude a été menée.

Le gouvernement ne finance pas de campagne de dépistage ni n'instaure de dépistage gratuit dans les hôpitaux. Seule la journée mondiale du VIH bénéficie, théoriquement, d'une campagne nationale de dépistage gratuit. Lors de mon séjour, en décembre 2018 ce ne fut pas le cas dans le Moyen Ogooué. Cela se traduit par un faible taux de dépistage.

Le traitement ARV est gratuit au Gabon pour tous les malades car financé à 80% par le gouvernement et 20% par les partenaires nationaux et internationaux (3). Depuis 2018 au Gabon, il est désormais recommandé de démarrer le TAR chez tous les adultes, adolescents et enfants vivant avec le VIH, indépendamment de leur taux de CD4 et du stade de la maladie, le jour-même où les patients sont prêts à le commencer (3).

L'option privilégiée recommandée pour mettre en route le TAR est l'association d'ARV en doses fixes, en prise unique quotidienne, avec un inhibiteur de l'intégrase : Dolutegravir (DTG) en première ligne (3).

A Lambaréné, les inhibiteurs de l'intégrase sont extrêmement rares, et donc réservés aux patients atteints du VIH 2 (inefficacité des INNTI sur le VIH 2). Pourtant, le DTG n'est théoriquement pas plus cher depuis qu'il est générique (un peu plus de 40 dollars/an pour le DTG) (37) (38). Des histoires de vol de médicaments par le personnel des structures médicales ont été révélées. Les médicaments seraient revendus à des structures sanitaires privées à des montants faramineux (39) (40). Les inhibiteurs de l'intégrase sont peut-être plus touchés par cette pratique.

Le traitement le plus prescrit est TDF + FTC + EFV (qui est recommandé, dans le guide de prise en charge du Gabon de 2018, en première ligne en l'absence de dolutegravir disponible). Les effets secondaires peuvent être nombreux et invalidants au quotidien ; les plus rapportés par les patients sont : nausées, vomissements, asthénie, somnolence, vertiges, troubles psychiques avec dépression chronique et trouble de la vigilance (3).

Selon un article de Médecins sans Frontières de 2018, le prix des ARV est en baisse mais les traitements de « rattrapage » restent hors de prix (41). Le prix le plus bas pour une combinaison en dose fixe de première intention (TDF + FTC + EFV) est de 100 dollars par personne et par an, alors qu'un traitement de deuxième intention (zidovudine + lamivudine + atazanavir + ritonavir) coûte, au minimum, 286 dollars par personne et par an. Le prix le plus bas pour un traitement dit « de rattrapage » (raltégravir + darunavir / ritonavir + étravirine) est de 1 859 dollars par personne et par an, soit 18 fois plus cher qu'un traitement de première intention, et plus de six fois plus cher que les traitements de deuxième intention (41). L'Inde est le premier producteur au monde de médicaments génériques contre le VIH. Cette production est vitale aux PVVIH des pays en développement. La politique indienne, malgré la pression internationale qui est défavorable aux médicaments trop abordables, a permis la concurrence entre producteurs de génériques. Cela a entraîné une diminution de 99% du prix des traitements de première ligne, passant de 10 000 dollars par personne et par an en 2000, à environ 100 dollars aujourd'hui (41).

Pour certains patients, la prise du traitement doit souvent être biquotidienne (patients sous deuxième ligne comprenant des inhibiteurs de la protéase ou sous première ligne lorsque les associations en prise unique ne sont pas disponibles) et à heure fixe. Elle est, de plus, vécue comme quelque chose de désagréable et négatif (42). Les laboratoires pharmaceutiques ont fait d'énormes progrès quant à la galénique du TAR mais ces avancées biomédicales ne sont pas accessibles dans tous les pays, notamment les associations de molécules. Genvoya, Odefsey et Bikarvy qui sont les molécules les plus efficaces et mieux tolérées, prescrites en première intention en France, ne sont pas disponibles au Gabon.

Due à une mauvaise compréhension et connaissance de la maladie, aux mythes sur la transmission de la maladie, aux préjugés et aux craintes d'ordre social, le VIH a mauvaise réputation. La stigmatisation peut conduire à la discrimination voire à la violation des droits. Ceci affecte le bien être des patients ainsi que le succès thérapeutique chez eux, qui se voient refuser le droit au traitement, à l'emploi, à l'éducation, à la sexualité et à la construction d'une

famille. Certains patients se sentent souvent eux-mêmes honteux et coupables d'être atteints du VIH. Malheureusement dans tous les pays, l'inconscient collectif continue de véhiculer une image négative de cette maladie. Il faut donc tenir compte de ces particularités dans la prise en charge afin d'optimiser l'observance (29).

Le christianisme, qui est la religion majoritaire au Gabon, coexiste avec l'islam, l'animisme, de nombreuses églises évangélistes et éveillées, et des sectes. Les interactions entre ces mouvements sont nombreuses et il n'est pas rare que « le chrétien et le musulman prient à l'église ou la mosquée avec un fétiche dans la poche » (29). Les mentalités face aux VIH commencent à évoluer mais restent presque mystiques. La maladie est vécue comme un châtement inéluctable, une maladie honteuse qu'il faut cacher à sa famille, ses amis, voire même à son conjoint de peur d'être mis à l'écart. Certains chefs de village ou praticiens prétendent parfois avoir un pouvoir de guérison par l'intermédiaire de tisanes ou grigris pour « faire remonter le taux de CD4 ». La transmission du virus est, elle aussi, encore parfois méconnue et certains ont peur de fréquenter les mêmes lieux que les patients séropositifs par peur d'être infectés ou d'infecter leurs enfants (29). La notion de maladie transmissible dans des circonstances particulières dans lesquelles il faut se mettre pour être contaminé peut être confondue avec la notion de maladie contagieuse.

Beaucoup ont recours à la **médecine traditionnelle** en première intention avant de consulter à l'hôpital. D'autres finissent par abandonner un traitement chronique issu de la médecine moderne pour se tourner vers la médecine traditionnelle par souci financier, par difficulté d'accès au soin, ou avec l'espoir d'être guéri définitivement. La notion de maladie chronique est souvent incomprise, et selon la croyance populaire, une maladie se traite avec un remède d'une courte durée. Si le nom de la maladie est bien connu, sa pathologie l'est souvent très peu. C'est une maladie mystérieuse, fantasmée, qui fait la richesse des ngangas (tradipraticiens). Car une maladie qui ne se voit pas et qui ne se guérit pas, ce n'est pas vraiment une maladie, c'est une malédiction, un sort (31). Les sorts font, depuis toujours, partie de la culture africaine. Lorsqu'on ne comprend pas un comportement, des maux ou des événements spéciaux, ceci est souvent le fait d'un mauvais sort ou une malédiction.

Les ruptures de stock de traitements au Gabon comme dans de nombreux pays d'Afrique sont responsables d'une certaine méfiance vis-à-vis des centres de santé qui sont dans l'incapacité de respecter eux-mêmes leurs propres recommandations de continuité des traitements (28). **L'adhésion au système de soins** est aussi compromise si les patients n'ont pas confiance en

l'efficacité des médicaments et en leurs médecins (garantie de la confidentialité). La grève qui a touché l'Hôpital Albert Schweitzer (HAS) entre le 15 janvier et le 30 avril 2018, entraînant une rupture de suivi, est un bon exemple. La file active de PVVIH à l'HAS était de plus de 800 patients avant la grève. Lors de mon séjour, elle était comprise entre 400 et 500 patients.

F. Patients vivant avec le VIH à l'hôpital Albert Schweitzer

Albert Schweitzer est né en Alsace en 1875, a étudié la théologie et la philosophie à Strasbourg, avant de décider à l'âge de 30 ans qu'il viendrait en aide aux personnes défavorisées. Il passe son doctorat en médecine pour créer à Lambaréné en 1913 le premier hôpital humanitaire sur les rives de l'Ogooué. Lors de son premier voyage, l'idée du respect de toute forme de vie lui est révélée et guidera ses actions durant toute sa vie (43). Après plusieurs prix et récompenses, c'est en 1952 qu'il obtient le Prix Nobel de la paix. Il est décédé en 1965 lors de son quatorzième séjour en Afrique.



Figure 3 : Zone historique de l'HAS.

Aujourd'hui, 44 249 personnes vivent à Lambaréné qui est la plus grande ville du Moyen Ogooué et l'HAS a vu défiler de nombreux médecins, a évolué, a connu de nombreuses difficultés mais est toujours là et continue de soigner les gens. L'hôpital a longtemps soigné gratuitement les patients qui n'avaient pas les moyens de payer. Avec les difficultés financières qui touchent actuellement l'hôpital, sauf pour les urgences vitales, les patients doivent payer les soins. Aujourd'hui la majeure partie de l'équipe médicale de l'hôpital est composée de gabonais, dont pour beaucoup, la motivation première est d'avoir du travail et de pouvoir nourrir leur famille. L'esprit humaniste qui régnait autrefois s'est quelque peu dissipé.

Au Gabon, la prise en charge des PVVIH se fait dans les centres de traitement ambulatoire (CTA) (ouverts dans le but de décentraliser les structures de santé), les services de médecine des hôpitaux et certaines cliniques parapubliques et privées.

A Lambaréné, on trouve deux hôpitaux : l'hôpital public Georges Rawiri et l'HAS. Lambaréné a aussi son CTA, qui est le seul dans tout le Moyen Ogooué. Dans cette région, les patients vivant avec le VIH peuvent être suivis soit au CTA de Lambaréné soit à l'hôpital Albert Schweitzer. Nombreux sont les gabonais qui vivent loin d'une structure de soins. Les dispensaires construits dans quasiment tous les villages sont abandonnés. Les populations vivant au bord du fleuve Ogooué et dans les lacs sont isolées et ont généralement peu de moyens. Cet enclavement est réel dans de nombreuses régions du Gabon. Par exemple, même une des plus grandes villes du Moyen Ogooué, N'djolé, qui se trouve à 3h de route de Lambaréné, possède un hôpital quasi à l'abandon et n'accueille pas de CTA. L'HAS et le CTA sont équipés d'un petit laboratoire où le taux de CD4 peut être mesuré, mais pas la charge virale. L'équipe des soignants n'est, quant à elle, pas la même. Le CTA a la chance d'avoir sa propre assistante sociale, son psychologue, son laboratoire, ses infirmiers et son médecin. L'HAS n'a qu'un seul médecin spécialisé dans ce domaine et n'a ni psychologue, ni d'assistante sociale.



Figure 4 : Pavillon de Médecine Interne de l'HAS.

En France, les malades bénéficient de l'exonération du ticket modérateur (ALD n°7 - Infection par le VIH). Au Gabon le traitement ARV est gratuit, mais le reste de la prise en charge (consultations, bilans biologiques, tests de dépistage, hospitalisations) est financé à 80% par la Caisse Nationale d'Assurance Maladie et de Garantie Sociale (CNAMGS) comme toutes autres maladies. La CNAMGS est l'assurance maladie gabonaise qui fonctionne à peu près comme la sécurité sociale en France.

Les consultations pour les patients qui ont la CNAMGS est de 1000 FCFA (1,5 €) et 8000 FCA (12 €) pour ceux qui ne l'ont pas. Le dosage des CD4 est de 4000 FCFA (6 €) avec la CNAMG et 7000 (10 €) sans. Les patients sont généralement vus tous les 3 mois et le taux de CD4 est à chaque fois prescrit. Si le rythme des consultations paraît justifié pour l'adhérence thérapeutique et la disponibilité des médicaments, on peut se poser la question de l'utilité du dosage trimestriel de CD4 à la charge de patients à revenus très faibles. Les patients sont vus et suivis par le chef de service de médecine interne uniquement, sauf lorsqu'il est en congé et qu'il délègue ce travail à un autre médecin.

A l'hôpital les découvertes de PVVIH se font sur des signes d'appels cliniques, lors du dépistage chez les femmes enceintes ou chez les patients tuberculeux, et parfois sur des dépistages volontaires. Ceci est possible uniquement si le patient peut payer le test qui coûte 5000 FCFA (8,8 €) sans la CNAMGS et 3000 FCFA (4,5 €) avec. Au final, seul le traitement est complètement pris en charge par l'Etat. La charge virale et le génotype de résistance ne sont disponibles qu'à Libreville pour un prix d'environ 100 000 FCFA (150 €).



Figure 5 : L'Ogooué, le fleuve qui traverse Lambaréné.

G. L'observance comme pilier de la prise en charge médicale

Selon un communiqué de presse de l'OMS de 2003 mais toujours d'actualité, il est indubitable que, le plus souvent par manque de formation ou de motivation, les équipes de soins n'apportent pas une aide suffisante aux patients. De plus, le manque de moyens et de temps des équipes hospitalières ne permet pas un soutien adéquat et un accompagnement au long cours des patients (27).

Il se pourrait que l'amélioration de l'observance donne de meilleurs résultats sanitaires que de nouvelles découvertes biomédicales (22). « C'est un investissement rentable, qui permettra d'éviter des dépenses excessives aux systèmes de santé déjà à la limite de leurs capacités et améliorera la vie des malades » (27).

Le Gabon a investi pour créer des centres de traitement ambulatoire et pour faciliter l'accès au traitement en le rendant gratuit. Ces mesures nécessaires, mais insuffisantes, sont limitées si d'autres efforts ne sont pas faits. En 2019, on ne devrait plus mourir ni même être hospitalisé à cause du VIH, ce qui n'est pas le cas au Gabon où beaucoup de patients souffrent encore des complications de la maladie. Il ne s'agit pas de cas isolés puisque en 2016, 1226 décès en lien avec le VIH ont été recensés (30). A l'HAS, nous comptabilisons tous les jours, de nouveaux cas, de nouvelles hospitalisations, des arrêts de traitement, des conduites à risque, et des décès. Les patients connus VIH hospitalisés le sont le plus souvent du fait d'une mauvaise observance. La situation des PVVIH au Gabon est complexe et les facteurs sont multiples.

Cette description de la situation à Lambaréné montre que malgré les recommandations internationales et nationales, la situation au Gabon n'est pas optimale et qu'il reste des progrès à faire pour améliorer la prise en charge des patients VIH et l'observance.

Le but de cette étude est de déterminer les caractéristiques socio-démographiques et les facteurs associés à une mauvaise observance au Gabon afin de proposer des solutions pour améliorer la prise en charge des PVVIH et combattre l'épidémie du VIH.

II. METHODES

A. Population et collecte des données

L'étude s'est déroulée entre le 9 novembre 2018 et le 17 avril 2019, soit un peu plus de 5 mois, à l'hôpital Albert Schweitzer à Lambaréné. Il s'agit d'une étude épidémiologique transversale analytique.

Le recrutement était réalisé en milieu hospitalier. Tous les patients vivant avec le VIH hospitalisés dans le service de médecine interne durant cette période étaient inclus. Leur accord oral était systématiquement recueilli et consigné dans le dossier médical.

Deux catégories de patients ont été définies :

- les personnes découvrant leur séropositivité à l'occasion de l'hospitalisation nommées « nouveaux cas » dans l'étude.
- les personnes qui étaient déjà connues appelées « anciens cas ».

Les « anciens cas » observants étaient généralement hospitalisés pour des pathologies qui ne dépendaient pas du taux de CD4 (paludisme, tuberculose).

L'évaluation de l'observance a été réalisée par la combinaison de deux méthodes : l'entretien médical et la ponctualité des rendez-vous.

Les patients étaient définis comme non-observants s'ils ne venaient pas aux consultations de suivi, ou affirmaient ne pas prendre correctement leur traitement (prise des ARV estimée à moins de 95% ou prise incomplète du traitement ARV) (5). La NO était confirmée par l'absence de remontée des CD4 ou leur diminution.

Les patients définis comme non observants chez les nouveaux cas étaient ceux qui ne venaient pas à la première consultation de suivi.

Lors de leur hospitalisation, les patients bénéficiaient d'un entretien médical dans un bureau fermé certifiant la confidentialité des échanges. L'entretien était semi-directif ciblé. Il était mené de façon intime et non intrusive afin de ne pas influencer les réponses des patients et le recueil de données. La question de l'observance n'était pas posée en premier lieu. Le patient était interrogé sur le vécu de sa maladie et les difficultés qu'il rencontrait pour qu'il aborde spontanément la problématique de l'observance. Si le patient n'était pas observant, les facteurs de mauvaise observance étaient recherchés avec une question ouverte, puis les autres facteurs non cités par le patient lui étaient proposés pour expliquer ou non la mauvaise observance.

B. Données analysées lors de l'interrogatoire

1. Caractéristiques socio-démographiques :

- **Le sexe** : homme ou femme.
- **L'âge**. Trois catégories d'âges ont été retenues. Les patients âgés de 25 à 49 ans, qui représentent la majorité des découvertes de séropositivité dans le pays et en France (4). Ceux âgés de moins de 25 ans et ceux de plus de 50 ans.
- **La situation familiale** : célibataire ou en couple (concubinage ou marié).
- **Le lieu de résidence** : les patients vivant dans la province du Moyen Ogooué et ceux vivant dans une autre région. Certains patients choisissent de se faire suivre dans une autre région à l'abri des regards de leurs proches et des connaissances, ou pour se faire suivre dans un centre de meilleure réputation.
- **Le nombre d'enfants** : les patients ayant 3 enfants ou moins et les patients avec au moins 4 enfants.

- **La situation professionnelle.** Classée selon les secteurs de la CNAMGS : secteur privé (employés d'entreprises privées), secteur public (fonctionnaires), GEF (Gabonais économiquement faibles) comprenant les sans emplois, petits commerçants, agriculteurs...

- **La CNAMGS :** patients ayant ou non l'assurance maladie gabonaise. Certains gabonais ne font pas les démarches nécessaires pour bénéficier de l'assurance maladie et ne sont donc pas couverts lors du diagnostic. Il est possible cependant de demander une immatriculation en urgence dans les situations menaçant le pronostic vital si le patient possède un acte de naissance.

2. Caractéristiques liées à la maladie :

- **Le mode de transmission :** ce critère n'a pas été retenu dans l'étude statistique, car les rapports hétérosexuels étaient le mode de transmission exclusivement suspecté. Seule une patiente a été transfusée avant la découverte de sa séropositivité, sans savoir si celle-ci est à l'origine de l'infection ou non.

- **L'ancienneté de la maladie :** divisée en 3 catégories : inférieure à un an, entre 1 an et 5 ans, plus de 5 ans.

- **Le centre de suivi.** Les patients étaient soit suivis à l'Hôpital Albert Schweitzer soit au CTA de Lambaréné, qui sont les deux centres de suivi dans le Moyen Ogooué. Les patients suivis ailleurs étaient dans la catégorie « autres » correspondant aux centres des autres régions.

- **Le contexte de découverte de la maladie** a été systématiquement recueilli auprès des patients.

- **Le taux de lymphocytes T CD4.** 3 stades cliniques de la classification de 1993 du CDC d'ATLANTA ont été retenus ; $< 200/\text{mm}^3$; $200-499/\text{mm}^3$; $>500/\text{mm}^3$. Certains taux de CD4 étaient inconnus (NC) du fait de ruptures de réactifs pour les dosages au laboratoire ou d'un manque de moyens financiers du patient pour payer le test.

- **Le traitement antirétroviral** que le patient prend ou devrait prendre.

3. Les facteurs influençant la mauvaise observance :

- **L'incompréhension de la prise en charge** : représentation sociale, culturelle et religieuse de la maladie, recours aux tradipraticiens, analphabétisme, méconnaissance et incompréhension de la maladie et de sa prise en charge.
- **La stigmatisation** : discrimination, rejet.
- **L'accessibilité financière** : manque de moyen, précarité, situation professionnelle.
- **La tolérance du traitement** : complexité du traitement, contraintes horaires, effets secondaires, traitements associés.
- **L'isolement social** : absence de soutien de l'entourage, auto-exclusion.
- **Mauvaise prise en charge médicale** : niveau de connaissances sur le VIH, informations insuffisantes, inadaptées ou contradictoires, absence de conviction et d'implication, indisponibilité, manque de motivation, mauvaise relation soignant-soigné, non respect de la confidentialité.
- **Accessibilité aux soins** : rupture de stock d'ARV, accessibilité géographique.

C. Traitement et analyse des données

Les variables qualitatives ont été décrites en termes d'effectif, de pourcentage et d'intervalle de confiance à 95% (IC 95%). Les variables quantitatives ont été décrites en terme d'effectif, moyenne, écart-type, intervalle de confiance de la moyenne, médiane. Les données ont été enregistrées et traitées à l'aide du logiciel Excel 2010 puis analysées à l'aide du logiciel R 3.6.1.

Les comparaisons statistiques ont été effectuées à l'aide du test de Student ou du test de Wilcoxon pour les variables quantitatives, et du test du Chi2 ou du test de Fisher pour les

variables qualitatives, selon les conditions d'applications. Les différences ont été considérées significatives pour $p < 0.05$.

Une analyse multivariée a été réalisée à l'aide d'un modèle de régression logistique pas à pas descendant afin d'étudier la relation entre les facteurs analysés et l'observance thérapeutique. Pour construire ce modèle nous avons retenu dans un premier temps toutes les variables dont p était inférieur ou égale à 0,20 dans l'analyse bivariée.

D. Ethique

Une déclaration a été effectuée auprès de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés. L'accord du conseiller du directeur de l'HAS de Lambaréné a été obtenu. Le consentement oral clair et éclairé des patients a été obtenu et consigné dans le dossier après leur avoir expliqué le travail de recherche. Les informations collectées étaient confidentielles et anonymes.

III. RESULTATS

A. Caractéristiques socio-démographiques des patients

Dans cette étude 90 patients ont été recrutés. Les données ont pu être recueillies chez tous les patients. L'échantillon est composé de 80% de femmes (n=72). La moyenne d'âge était de 42 ans avec un minimum de 20 ans et un maximum de 75 ans. La tranche d'âge de 25 à 49 ans était la plus représentée (65%). La séropositivité était connue chez 65 patients (anciens cas) et chez 25 patients, elle a été découverte durant l'hospitalisation (nouveaux cas). Au total, 31 patients ont été identifiés comme observants et 59 comme non observants. Quarante-trois pour cent (n=54) des « anciens cas » ont été déclarés non observants, contre 20% (n=5) des « nouveaux cas ».

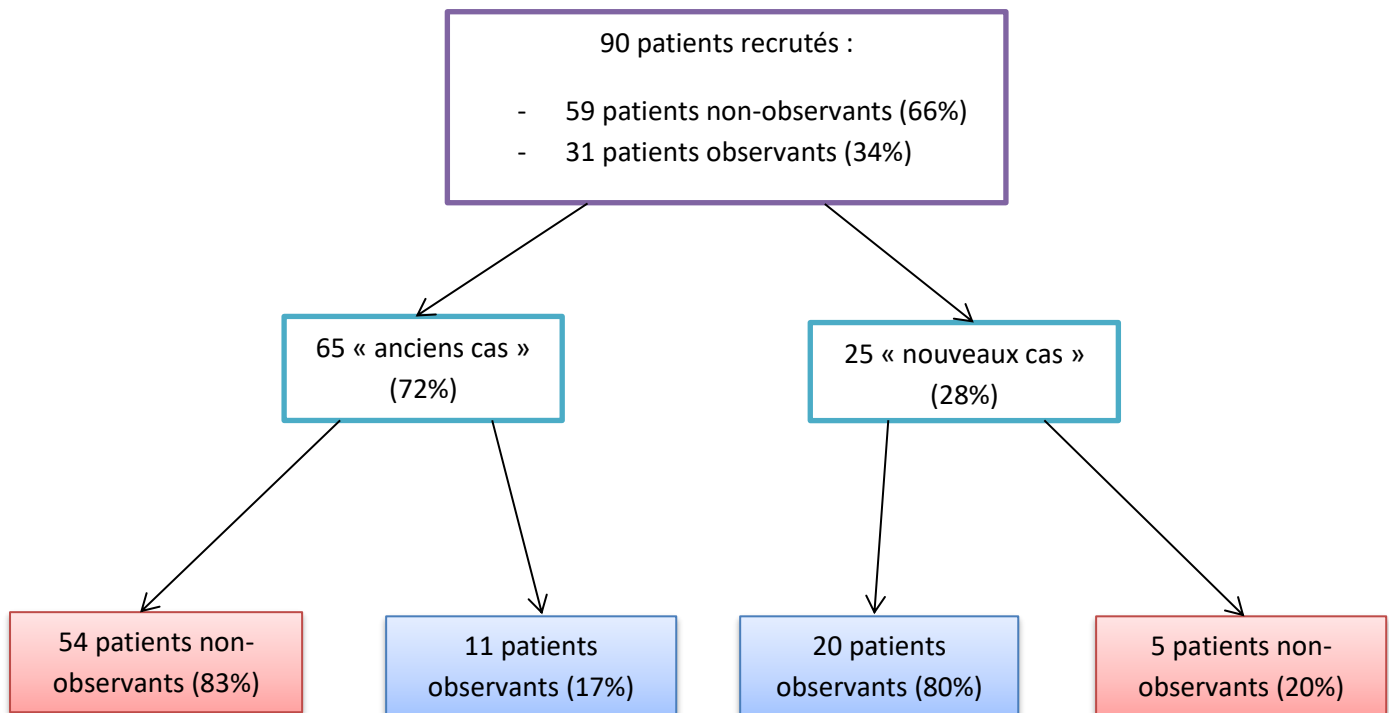


Figure 6 : Population de l'étude.

Chez les patients non observants, la moyenne d'âge était de 42 ans (contre 45 ans chez les patients observants) et la médiane était de 40 ans (contre 42 ans chez les patients observants). Soixante-huit pour cent des patients non observants avaient entre 25 et 49 ans (contre 61% chez dans le groupe observant). La médiane du taux de CD4 était de 110/mm³ avec une moyenne à 188/mm³, dont 58% inférieur à 200/mm³. Quatre-vingt-un pour cent étaient des femmes, 39% étaient en concubinage ou marié. Soixante-huit pour cent vivaient dans la région du Moyen Ogooué, 42% avaient plus de 3 enfants, 90% étaient dans le secteur « Gabonais économiquement faible » de la CNAMGS. Quatre-vingt-treize pour cent étaient affiliés à la CNAMGS.

Soixante-quatre pour cent des « anciens cas » observants avaient plus de 50 ans (sur seulement une population de 11 patients observants).

Les caractéristiques socio-démographiques sont illustrées par le tableau 1.

B. Caractéristiques de la maladie

Le taux moyen de CD4 dans l'échantillon était de 216/mm³, avec une médiane de 159/mm³, 51% inférieur à 200mm³, tandis que 15% des patients avaient un taux de CD4 inconnu. Neuf pour cent des patients sont décédés d'infections opportunistes durant l'étude.

Concernant le traitement, 75% des patients étaient sous un des traitements de première ligne qui se prend en une seule prise quotidienne le soir (TDF/FTC/EFV).

Les traitements retrouvés étaient :

- TDF-FTC-EFV (ténofovir, emtricitabine, efavirenz), 1 comprimé par jour (75%)
- TDF-3TC-EFV (ténofovir, lamivudine, efavirenz), 1 comprimé par jour + 1 comprimé 1 fois par jour (7%)
- TDF-3TC-LPV/RTV (ténofovir, lamivudine, lopinavir/ritonavir), 1 comprimé par jour + 2 comprimés 2 fois par jour (6%)
- ABC-3TC-EFV (abacavir, lamivudine, efavirenz), 1 comprimé par jour + 1 comprimé 1 fois par jour (4%)
- 3TC-AZT-EFV (lamivudine, zidovudine, efavirenz) 1 comprimé 2 fois par jour + 1 comprimé 1 fois par jour (2%)
- TDF-3TC-NVP (ténofovir, lamivudine, névirapine) 1 comprimé 1 fois par jour + 1 comprimé 1 fois par jour + 1 comprimé 2 fois par jour. (2%)
- ABC-3TC-LPV/RTV (abacavir, lamivudine, lopinavir/ritonavir), 1 comprimé par jour + 2 comprimés 2 fois par jour (1%)
- TDF-FTC-RAL (ténofovir, emtricitabine, raltegravir) 1 comprimé par jour + 1 comprimé 2 fois par jour (1%)
- ABC-3TC-ATC/RTV (abacavir, lamivudine, saquinavir/ritonavir) 1 comprimé par jour + 2 comprimés 2 fois par jour (1%)

Le contexte de découverte le plus fréquent était une altération de l'état général fébrile (54% des cas) suivi du dépistage systématiquement proposé au décours de la grossesse (20%). Les autres circonstances de diagnostic étaient au décours d'une infection pulmonaire (9%), lors d'une tuberculose (7%), lors d'un dépistage volontaire ou dans le cadre d'un bilan de santé demandé par leur employeur (7%), et sur un zona (3%).

En outre, 22% étaient séropositifs depuis moins d'un an, 41% entre 1 et 5 ans, et 37% depuis plus de 5ans.

Concernant le centre de suivi, 39% étaient suivis au CTA de Lambaréné, 32% à l'HAS, et 29% ailleurs.

En observant les « anciens cas », les caractéristiques des patients non observants sont similaires à celles des patients non observants de la population générale de l'étude.

Les caractéristiques liées à la maladie sont récapitulées dans le tableau 1.

Tableau 1 : Caractéristiques sociodémographiques et de la maladie des PVVIH.

		Observants (N=31)	Non observants (N=59)	Analyse biV <i>p</i>*	Non observants (anciens cas) (N=54)	Analyse multiV <i>p</i>*
Sexe : (%)						
	- Femme	77	81	0,78	80	
	- Homme	23	19		20	
Moyenne d'âge (années)						
		45	42	0,16	42	0,044
Classes d'âge (%)						
	< 25 ans	3	5		4	
	25-49 ans	61	68	0,73	68	
	> 50 ans	36	27		28	
Couple (%)						
	oui	52	39		39	
	non	48	61	0,27	61	
Moyen Ogooué (%)						
		65	68	0,81	65	
Nombres d'enfants (%)						
	≤ 3	55	58		56	
	>3	45	42	0,82	44	
CNAMGS (%)						
		94	93	1,00	93	
Secteurs CNAMGS (%)						
	GEF	84	90		91	
	Public	10	2	0,25	2	
	Privé	6	8		7	

	Observants (N=31)	Non observants (N=59)	Analyse biV <i>p</i> *	Non observants (anciens cas) (N=54)	Analyse multiV <i>p</i> *
Médiane du taux de CD4 (/mm³)	212	110	0,130	99,5	
< 200	39	58		72	
Taux de CD4 (/mm³)					
200-499	35	20	0,300	23	
> 500	10	7		4	
NC	16	15		1	
Traitement par prise unique TDF-FTC-EFV (%)	81	73	0,220	72	
Centre de suivi (%)					
CTA de Lambaréné	19	39		43	
HAS	68	32	0,006	26	
Autres	13	29		31	
Contexte de découverte (%)					
AEG fébrile	42	54		56	
Grossesse	6	20		22	
Pneumopathie	23	9	0,074	7	
Dépistage	16	7		7	
Tuberculose	13	7		4	
Zona	0	3		4	
Ancienneté de la maladie (%)					
<1 an	71	22		15	
Entre 1 et 5 ans	10	41	2,400x10 ⁻⁵	45	<0,001
>5ans	19	37		41	<0,001

* Le seuil de significativité a été défini pour une p-value < 0.05. Pour les valeurs quantitatives : le test de Student a été utilisé pour comparer l'âge des 2 groupes, le test de Wilcoxon a été utilisé pour comparer le taux de CD4 des 2 groupes. Pour les valeurs qualitatives : le test de Fischer a été utilisé. Une analyse multivariée a été réalisée à l'aide d'un modèle de régression logistique pas à pas descendant afin d'étudier la relation entre les facteurs analysés et l'observance thérapeutique. Pour construire ce modèle nous avons retenu dans un premier temps toutes les variables dont $p \leq 0.20$ dans l'analyse bivariée.

AEG : Altération de l'état générale - biV : bivariée - CD4 : Lymphocytes CD4 - CNAMGS : Caisse Nationale d'Assurance Maladie et de Garantie Sociale - CTA : Centre de traitement ambulatoire - HAS : Hôpital Albert Schweitzer - multiV : multivariée - TDF-FTC-EFV : Ténofovir-Emtricitabine-Efavirenz.

C. Facteurs influençant la mauvaise observance

Le motif de NO le plus avancé était l'incompréhension de la maladie (60%). Les autres motifs avancés étaient : le déni de la maladie (32%), l'accessibilité financière (32%), la mauvaise prise en charge médicale (30%), la stigmatisation (27%), l'isolement social (25%), l'accès aux soins (22%), la tolérance aux médicaments (3%).

Les facteurs liés à une mauvaise observance sont illustrés par la figure n° 7.

Concernant les «nouveaux cas », la NO est fortement liée au manque de moyen (80%).

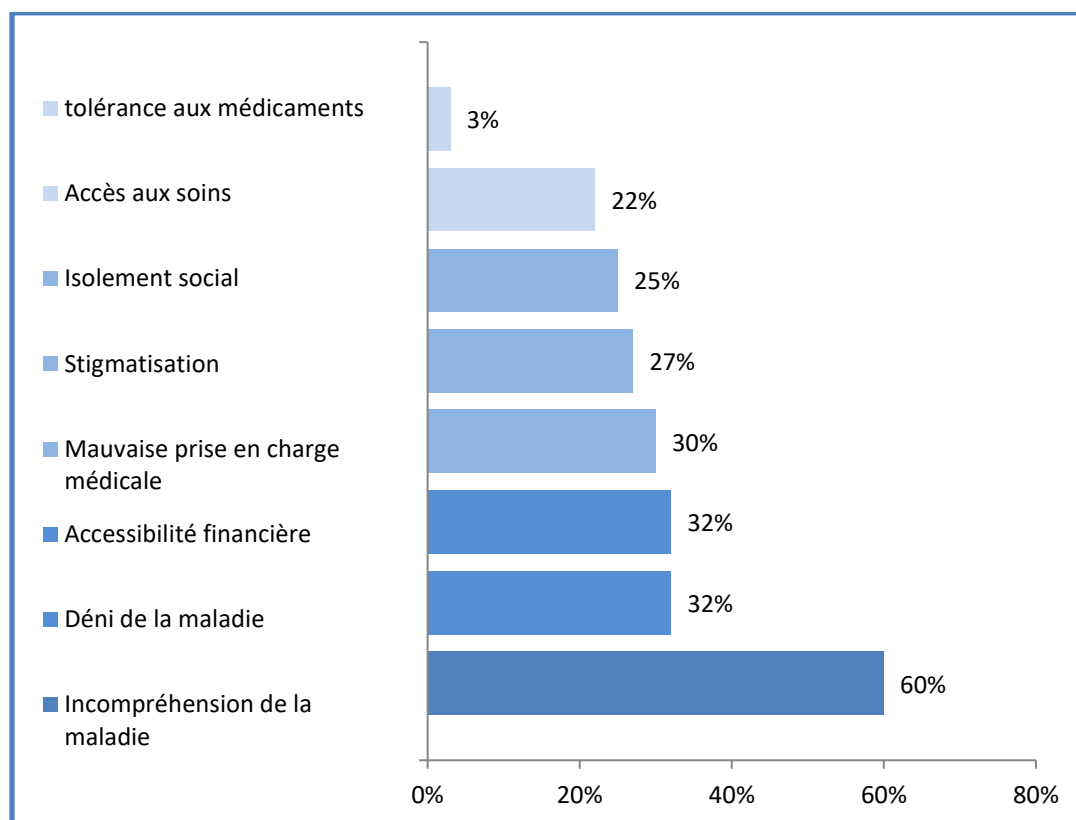


Figure 7 : Facteurs influençant la mauvaise observance (n=65).

D. Analyse bivariée

Comparaison du groupe observant et du groupe non observant.

Les résultats montrent de manière significative que les patients sont plus observants s'ils sont suivis à l'HAS (HAS vs CTA LBN : $p=0,01$ [1,3-15,2] et HAS vs Autres : $p=0,01$ [1,2-22,1]).

Les patients sont moins observants lorsque la maladie est plus ancienne (< 1 an vs 1- 5 ans : $p < 0,05$ [3,1-80,1] et <1 vs > 5 : $p=0,002$ [1,8-23,2]).

Concernant le contexte de découverte de la maladie, les résultats sont proches d'être significatifs avec $p=0,074$, montrant une tendance pour une mauvaise observance chez les patients ayant découvert leur séropositivité lors d'une altération de l'état général fébrile ou lors d'une grossesse.

Ces valeurs se trouvent dans le tableau 1.

E. Analyse multivariée

Toutes les variables dont p était inférieur ou égale à 0,20 dans l'analyse bivariée ont été analysés en analyse multivariée par régression logistique. On trouve à nouveau des résultats significatifs pour l'ancienneté de la maladie mais plus pour le centre de suivi.

Les patients plus âgés sont plus susceptibles d'être observants. Ils sont 1.05 fois plus observants pour une augmentation d'une année de l'âge du patient, et cela ajusté à l'ancienneté de la maladie.

Les résultats montrent une moins bonne observance quand la maladie est plus ancienne. L'observance des patients dont l'ancienneté de la maladie est « entre 1 et 5 ans » et « >5 ans » est moins bonne par rapport aux patients dont l'ancienneté de la maladie est « < 1ans ».

L'analyse multivariée n'a pas montré d'autres résultats significatifs.

Tableau 2 : Analyse multivariée

Variable	OR (95%CI)	<i>p</i>*
	1,05	
Age	[1-1,1]	0,044
Ancienneté de la maladie (ref : <1)		
	0,07	<0,001
Entre 1 et 5	[0,02-0,28]	
	0,10	<0,001
>5	[0,03-0,37]	

* Le seuil de significativité a été défini pour une p-value < 0.05. Une analyse multivariée a été réalisée à l'aide d'un modèle de régression logistique pas à pas descendant afin d'étudier la relation entre les facteurs analysés et l'observance thérapeutique. Pour construire ce modèle nous avons retenu dans un premier temps toutes les variables dont $p \leq 0.20$ dans l'analyse bivariée.

OR : Odds Ratio

95% CI : Intervalle de confiance à 95%

ref : <1 : Le groupe de population de référence est celui pour lequel l'ancienneté de la maladie est inférieur à 1 an. 2 groupes ont été comparés à ce groupe de référence : un dont l'ancienneté de la maladie est comprise entre 1 et 5 ans et un autre où l'ancienneté de la maladie est supérieure à 5 ans.

Au total, 90 patients ont été recrutés, dont 80% de femmes, avec une moyenne d'âge de 42 ans. Soixante-six pour cent n'étaient pas observants. Les principales raisons de la non observance étaient : l'incompréhension de la maladie (60%), le déni de la maladie (32%), l'accessibilité financière (32%), la mauvaise prise en charge médicale (30%). Les patients plus vieux étaient plus observants (IC 95%, OR=1-1,1, $p=0,044$). L'ancienneté de la maladie était, quant à elle, un facteur de non observance lorsqu'elle tend à s'allonger : entre 1 et 5 ans d'ancienneté (IC 95%, OR=0,02-0,028, $p=0,001$), et plus de 5 ans d'ancienneté (IC 95%, OR=0,03-0,37, $p=0,001$).

IV. DISCUSSION

Cette étude s'est fixé pour objectif de déterminer les caractéristiques socio-démographiques et les facteurs associés à une mauvaise observance au Gabon afin de proposer des solutions pour améliorer la prise en charge des PVVIH et combattre l'épidémie du VIH.

A. Caractéristiques de la non observance

La NO a été évaluée par la combinaison de deux méthodes telles que l'entretien et la ponctualité des rendez-vous. Il n'existe pas d'instrument de mesure idéal permettant d'évaluer l'observance réelle des patients comme le montrent plusieurs études (25) (26) (28) (44) (45). Dans notre étude, nous avons utilisé une méthode subjective par l'entretien médical non-intrusif (mais effectué par une seule et même personne) et une méthode objective qui est la ponctualité aux rendez-vous, ainsi qu'un marqueur biologique (taux de CD4) qui a été associé pour confirmer ou infirmer les dires du patient.

Avec cette méthode, 31 patients ont été considérés comme observants et 59 NO. Parmi les 59 NO, 54 étaient considérés comme des « anciens cas ».

Dans notre étude, la majorité des patients non observants (>90%) avaient complètement abandonné leur traitement depuis au moins 1 mois. Ce type de NO est différente et pas comparable avec celle d'études similaires effectuée en Afrique centrale qui mesuraient l'observance lors de consultation en ambulatoire (25) (26) (29).

Par ailleurs, le recul pour évaluer l'observance des « nouveaux cas » est faible compte tenu de la durée relativement courte de l'étude. En effet ces patients étaient définis comme observants (80% des « nouveaux cas ») s'ils venaient au premier rendez-vous de suivi et affirmaient prendre les ARV tous les jours.

De plus, du fait de l'étude, ces patients ont bénéficié d'une éducation thérapeutique plus appliquée comparativement aux patients diagnostiqués séropositifs en dehors de l'étude. Durant la période de l'étude où j'exerçais dans cet hôpital, j'essayais de faire un peu

d'éducation thérapeutique toutes les après-midi pendant la durée d'hospitalisation, alors que les patients n'en bénéficiaient pas avant mon arrivée.

En outre, dans notre étude, il est possible que tous « les nouveaux cas » ne soient pas réellement si nouveaux. En effet, certains patients cachent leur statut par peur de se faire rejeter par le médecin. Nous avons remarqué que certains médecins ne laissent pas de deuxième chance aux patients qui ont arrêté leur traitement, sans vraiment chercher à comprendre les causes de cette rupture thérapeutique. Ils ont même tendance à les considérer et les traiter parfois comme des criminels.

Quatre-vingt-douze pour cent des 66% de patients non observants de l'étude étaient des « anciens cas ». En effet du fait du recrutement hospitalier, il existe un biais en faveur des patients non observants, les patients observants étant moins hospitalisés (car moins souvent malade). Ceci n'est pas représentatif de la population générale au Gabon étant donné que seuls les patients hospitalisés dans le service de médecine interne étaient inclus. Mais, ce qui était intéressant avec ce biais, c'est que nous avons affaire aux patients les plus gravement atteints, et que c'est bien chez eux, qu'il faut analyser les facteurs de l'échec de la prise en charge. Concernant les patients NO, leur hospitalisation était en lien avec une complication du VIH. Les « anciens cas » observants étaient, quant à eux, hospitalisés pour un paludisme (36%) ou une Tuberculose (36%) qui sont des infections ne dépendant pas du taux de CD4.

B. Caractéristiques de la maladie et socio-démographiques

Les seules données manquantes lors du recueil de données concernaient le taux de CD4 (16% de données manquantes). Cela dû, soit au manque de moyens de certains patients, soit à des ruptures de réactifs au sein du laboratoire. Ces données sont intéressantes dans le cadre de la description de la population mais pas pour les déterminants de l'observance, vu qu'un taux bas de CD4 est plutôt une conséquence qu'une cause de NO.

Dans le groupe observant, 84% sont dans le secteur GEF (contre 90% chez les non observants) et 52% sont en couples (contre 39% chez les non observants), mais ces résultats ne sont pas significatifs dans l'analyse multivariée.

Néanmoins une étude avait révélé que le manque de soutien social et familial est un facteur de NO (46). A noter aussi que dans notre étude, l'isolement social est retrouvé chez 25% des patients non observants.

Concernant le contexte de découverte, dans le groupe non observant, 20% des découvertes sont faites lors de la grossesse (chez des patientes asymptomatiques) contre 6% dans le groupe observant. L'enfant est le bien le plus sacré pour une mère, elle sera donc souvent irréprochable sur l'observance durant la grossesse mais l'abandonnera rapidement après l'accouchement ou l'allaitement. La patiente ne verra plus l'intérêt de prendre un traitement alors qu'elle ne se sent pas malade et que l'enfant ne risque plus rien. Dans l'analyse statistique ce résultat n'est pas significatif non plus. Ceci peut s'expliquer par un manque de puissance avec des effectifs trop faibles pour permettre de mettre en évidence ces critères de NO.

Dans l'étude, 81% des patients observants étaient sous trithérapie en prise unique d'ARV (TDF-FTC-EFV) contre 73% chez les patients NO. Ce résultat n'est pas significatif mais rejoint les résultats d'autres études qui montrent qu'un traitement plus simple favorise l'observance (25) (47).

Ce type de recrutement au sein d'un service d'hospitalisation ne permet pas d'avoir un échantillon homogène. L'échantillon est essentiellement composé de patients NO : 66%, qui nécessitent plus souvent d'être hospitalisé comparé aux patients observants. Un échantillon déséquilibré ne permet pas d'analyser les caractéristiques socio-démographiques de manière significative, beaucoup de résultats dans l'analyse bivariée ne sont pas significatifs. Par conséquent, seulement 5 facteurs ont pu être intégré dans l'analyse multivariée (variables dont $p \leq 0.20$ dans l'analyse bivariée).

Malgré cela, on trouve comme dans d'autres études, que l'âge est lié à l'observance thérapeutique, alors que d'autres variables sociodémographiques comme le genre, l'emploi ou le niveau d'étude ne sont pas associés à l'observance (25) (26) (46) (48).

Dans notre étude, l'ancienneté de la maladie est quant à elle un facteur de NO lorsqu'elle tend à s'allonger. Une étude au Cameroun a montré que le niveau de NO augmentait avec la durée du traitement (uniquement en analyse univariée) (26).

Le veuvage, la consommation d'excitants et la présence d'infections opportunistes ont été décrits comme facteurs de NO dans la littérature (25). Une étude réalisée en France a montré que les patients nés en Afrique subsaharienne interrompaient moins souvent leur prise en charge médicale que ceux nés en France et que le risque d'interruption de soins médicaux augmentait quand le taux de CD4 était $\leq 350/\text{mm}^3$ et quand le patient n'était pas traité par ARV (45).

C. Facteurs influençant la mauvaise observance

Dans des études effectuées en Afrique centrale, mais en ambulatoire et non en milieu hospitalier, le principal motif de NO invoqué par les patients était l'oubli (25) (26) (29).

L'Incompréhension de la prise en charge est le motif de NO le plus retrouvé au décours de l'entretien dans l'échantillon de l'étude (60%). Cela peut être dû à l'incapacité de compréhension chez certains patients avec un niveau intellectuel ou éducatif faible, où aucun échange n'est possible lors de l'entretien. L'incompréhension peut aussi être socio-culturelle, lorsque les patients sont influencés par leur entourage qui ne croit pas « aux maladies des blancs » et les encourage à penser que les esprits sont à l'origine de leurs maux. Mais aussi quand ils le croient eux-mêmes, sans être influencés par l'entourage. D'autres pensent pouvoir redevenir séronégatifs « avec la grâce de Dieu ». La religion et les sectes sont très présentes au Gabon et ont une forte influence sur la population, ainsi qu'un pouvoir de guérison selon leurs adeptes. Certains patients préfèrent se tourner vers les Eglises « éveillées » ou « célestes » lorsqu'ils jugent l'efficacité des ARV trop lente, et sortent alors du circuit médical parfois jusqu'au décès.

Par ailleurs, les « ngangas » (tradi-praticiens) sont encore très présents au Gabon. Leur médecine est reconnue pour soulager certains symptômes mais certains affirment pouvoir guérir les patients atteints du VIH qui se détournent ainsi de la médecine occidentale. Cette médecine n'est pas gratuite et lorsque le patient revient au sein du circuit classique de prise en

charge il est parfois démuné financièrement et/ou très affaibli par l'évolution de la maladie qui peut être à un stade déjà très avancé.

Des études, dont une réalisée au Gabon, ont montré que l'utilisation de plantes médicinales ou la prise d'un traitement traditionnel associée au TAR sont fortement associées à une mauvaise observance (26) (47) (49).

De plus l'arrêt du traitement lorsque le patient se sent guéri est très fréquent. Il reste difficile de traiter des patients asymptomatiques, et cela est vrai pour toutes les maladies chroniques, d'autant plus en Afrique où l'éducation thérapeutique est faible. Par exemple, des patients traités pour une tuberculose arrêtaient régulièrement leur traitement antituberculeux au bout de deux mois lorsque les symptômes s'étaient dissipés et qu'ils se sentaient mieux, avec le risque de créer des résistances par la suite.

Le déni de la maladie est aussi fréquent (32%). Ceci correspond aux patients qui n'ont pas considéré ni accepté la maladie. Certains PVVIH refusent le suivi dans un centre spécialisé après le dépistage jusqu'à ce qu'ils tombent gravement malade. D'autres vont d'hôpital en hôpital, de région en région, à la recherche d'un autre diagnostic sans prendre en considération les résultats donnés et les traitements proposés. Les résultats sont les mêmes mais le patient n'est pas traité et la maladie prend de l'ampleur. Du fait de sa réputation l'HAS est souvent l'ultime lieu de consultation, lorsque la maladie est très évoluée, mais malheureusement il est parfois déjà trop tard. Ce nomadisme médical entraîne une réelle perte de chance.

Le manque de moyen financier (32%) est un frein majeur pour l'observance thérapeutique. Le traitement est financé par le gouvernement mais les consultations, les bilans, les hospitalisations sont à la charge partielle des patients.

Ces dépenses sont difficilement entendables chez des personnes à faible revenu se sentant en bonne santé. Beaucoup de patients vont se faire suivre dans d'autres villes pour rester discrets et ne pas se faire « voir » par leurs proches ou connaissances. Cette discrétion a également un prix, celui des transports et des hôtels... Parfois, après une hospitalisation coûteuse non réglée, les patients n'osent plus revenir à l'HAS pour le suivi.

La mauvaise prise en charge médicale est courante et facteur de NO (30%). A l'HAS, les qualités de l'équipe médicale ne répondent pas aux critères souhaités dans le guide de prise en charge du VIH au Gabon (3). La confiance est mise à mal par les mensonges et la négligence de la part des médecins et des para médicaux. La confidentialité est peu respectée, le secret professionnel est trop souvent oublié et les patients le savent : « ça parle beaucoup ». Par conséquent les patients redoutent les centres de suivi et n'osent plus y aller par peur de croiser des connaissances. Le non-respect du secret professionnel est rapporté par les patients dans tous les centres.

La non stigmatisation des patients n'est pas toujours de rigueur. Une mauvaise attitude du personnel médical et para médical est rapportée par les patients qui se sentent jugés. Certains patients NO se sont vus insulter par le chef de service lors de la visite devant d'autres patients et le reste de l'équipe médical : « bandit », « assassin ». Certains médecins refusent de voir en consultation, ou d'hospitaliser des patients connus de l'HAS et NO. Cela engendre de la peur, du nomadisme médical, et les patients mentent sur leur histoire médicale pour ne pas être rejetés. Du côté médical, les causes de NO ne sont pas toujours partagées, et le patient peut être jugé seul responsable de son état et de sa NO tandis que la pratique médicale n'est pas remise en cause. La stigmatisation autour du VIH est parfois minimisée par les équipes médicales et paramédicales, pensant que les médias (TV, Internet) popularisent la maladie et suppriment la stigmatisation, ce que l'on ne retrouve pas dans les discours des patients.

Par ailleurs, les erreurs médicales de la part du personnel médical sont courantes avec des prises en charge médicales inadaptées comme des arrêts de traitement ARV non justifiés. Par exemple au CTA de Lambaréné, suite aux absences fréquentes du médecin, la prise en charge est effectuée principalement par un infirmier supérieur (« Major »), personne qui n'est pas toujours correctement formée à cette pathologie.

J'ai pu observer à l'HAS, un personnel pas toujours impliqué, motivé ou convaincu par la maladie, le traitement ou la prise en charge globale des patients. A Lambaréné, il n'y a pas de surcharge de travail, mais les oublis sont très fréquents. Une grande partie du personnel ne se rend pas disponible pour passer du temps avec les patients, discuter avec eux, ou les aider.

De manière générale la relation soignant-soigné est de type paternaliste ; les patients sont pris en charge comme des enfants par les médecins voire comme des « bandits », et il y a peu de place pour le dialogue. Le patient est passif et ne participe pas aux décisions. La plupart du temps il n'est pas acteur de sa prise en charge. Cependant, lorsqu'on prend le temps, le patient est le plus souvent demandeur d'explications, de discussions ou de soutien psychologique. On remarque le bonheur qu'éprouvent les patients lorsqu'on prend du temps avec eux et ils nous font comprendre que ce n'est pas courant de la part d'un médecin.

Par ailleurs la prise en charge médicale n'est pas toujours adaptée aux croyances, aux moyens financiers et aux habitudes de vie des patients. J'ai remarqué à plusieurs reprises des prescriptions biologiques ou médicamenteuses injustifiées : par exemple, un traitement per os non privilégié malgré son coût plus avantageux avec un bénéfice thérapeutique identique, ou encore une injection d'amoxicilline-acide clavulanique (CURAM) à un coût identique à un traitement de 5 jours per os ; le Perfalgan injectable à 3000 FCFA la dose est très populaire mais n'est pas le traitement à privilégier...

Il n'est pas rare de voir des horaires de prise des médicaments inadaptés en fonction du mode de vie des patients (médicament prescrits à 21h, chez des patients en brousse qui se couchent avec le soleil).

Certains patients se sont retrouvés sous traitement sans être informés du diagnostic ou sans avoir été convoqués pour le suivi. La relation de confiance entre le médecin et son patient nécessaire à l'alliance thérapeutique est donc difficile à envisager dans ces conditions. Le counseling est pourtant noté comme un moment clef dans l'acceptation du statut sérologique et contribue à la réduction de l'auto-stigmatisation et discrimination (3) (5).

Malgré ces difficultés de prise en charge remarquées au sein de l'établissement, l'HAS bénéficie d'une certaine notoriété et certains patients quittent leurs centres de suivi pour l'HAS : « dans les autres centres c'est le bordel ».

Il est aujourd'hui nécessaire qu'un nouveau souffle humaniste se répande à l'HAS et sur le monde. Les moyens ne sont pas suffisants s'il n'y a pas de professionnalisme mais aussi d'attention, de respect et d'empathie envers les patients. Le gouvernement, les médecins et le personnel paramédical ne doivent pas oublier leur rôle premier qui est de venir en aide à la population.

Il serait bon que les médecins se souviennent plus souvent du serment d'Hippocrate (50), qu'ils ont prêté et que je vais prêter tout à l'heure, et qui affirme, entre autre :

« Je respecterai toutes les personnes sans aucune discrimination, j'interviendrai pour les protéger, j'informerai les personnes des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences, je ne tromperai jamais leur confiance.... »

La stigmatisation (27%), est encore présente de façon générale dans le monde et également au Gabon (3). Les patients rapportent avoir peur de fréquenter les CTA et d'être confrontés aux regards et au jugement des autres. Ainsi, connaître un membre du personnel du CTA ou de l'HAS peut être une raison de rupture thérapeutique, de même que l'éventualité de croiser une connaissance devant le CTA.

Par contre, aucune stigmatisation de la part des familles n'a été observée lors des entretiens. Les familles étaient souvent bienveillantes et aidantes à l'égard de leur proche malade. Il y avait beaucoup d'amour et d'envie de soutenir et d'aider les siens. Souvent les patients ont peur de la réaction de leurs proches et en arrivent à nier la maladie, la dissimuler et à refuser le traitement pour éviter l'abandon.

Certains patients ne voulaient pas annoncer leur statut à leurs proches, mais lorsque nous procédions nous même à cette annonce avec leur accord, les réactions de leur entourage leur étaient toujours favorables et adaptées et ne révélaient que de bonnes intentions et de grandes émotions. Je pense que ces situations peuvent même rapprocher des fratries, des parents. Les proches étaient même parfois heureux d'avoir trouvé un diagnostic et un traitement. Par opposition, quelques patients ont rapporté avoir été jugés par leur famille à l'annonce du diagnostic. La stigmatisation a toujours cours, engendrant de la peur et majorant la NO.

L'isolement social (25%), comme l'ont montré d'autres études et comme pour d'autres maladies, est un facteur de NO (7) (25) (46). L'absence de soutien moral, le sentiment d'être isolé, sans ressource humaine, génère un manque de motivation et donc un effet négatif sur l'adhésion au traitement. La maladie est difficile à gérer seul, spécialement chez les femmes, avec un impact sur la qualité de vie concernant la sexualité : « depuis, le sexe c'est fini ». Elle engendre des modifications corporelles avec un amaigrissement et par conséquent des

mécanismes d'auto-stigmatisation, de honte et de dévalorisation personnelle. Ceci est encore plus marqué en Afrique où l'embonpoint est un signe de bonne santé et de richesse. Un cumul énorme pour une seule personne. L'entourage a un rôle essentiel dans le soutien et l'accompagnement du malade.

L'accessibilité aux soins (22%) : entre rupture complète de médicaments ou d'une molécule dans les CTA, remise de médicaments seulement pour un mois pour pallier au stock insuffisant, isolement géographique (enclavement) et manque de structures de santé dans certaines régions, l'accessibilité aux soins au Gabon n'est pas encore optimale. Par exemple le Moyen Ogooué avec une superficie de 18535 m², une population avoisinant les 100 000 habitants, une prévalence du VIH de 5,6%, des villages non reliés au réseau routier, ne possède que deux centres de suivi pour les PVVIH et tous les deux situés à Lambaréné. Une étude au Cameroun montre que la rupture de médicaments est évoquée chez 14% des patients NO (25).

La mauvaise tolérance aux ARV peut générer de la NO. Dans notre étude, ce critère était peu représenté (4%). Si des effets secondaires invalidants surviennent, les patients arrêtent le traitement sans consulter un médecin au préalable afin de trouver une alternative thérapeutique adaptée. La relation médecin-patient et la disponibilité du personnel sont donc primordiales dans ce cas.

En effet les facteurs de NO ont changé. Une étude réalisée à Libreville au début des années 2000 montrait que la première cause de NO se rapportait aux effets indésirables des traitements ARV, et aussi aux problèmes matériels et financiers ou à une accessibilité réduite au traitement (42). Aujourd'hui, même si le Gabon ne dispose pas des derniers traitements ARV, les traitements sont mieux tolérés.

V. CONCLUSION

Cette étude n'a pas permis de comparer significativement les caractéristiques socio-démographiques du fait du déséquilibre des effectifs dans les deux groupes et du faible échantillon de patient. Elle a tout de même permis de montrer que l'âge est lié à l'observance thérapeutique et que l'ancienneté de la maladie est quant à elle un facteur de NO lorsqu'elle tend à s'allonger.

La force de cette étude a été de déterminer les facteurs subjectifs de NO rapportés au décours de l'entretien médical chez des PVVIH hospitalisés, et appartenant donc à une catégorie particulière de patients : des patients en situation de gravité.

Ainsi l'incompréhension de la maladie (60%), le déni de la maladie (32%), l'accessibilité financière (32%), la mauvaise prise en charge médicale (30%), la stigmatisation (27%), l'isolement social (25%), l'accès aux soins (22%) et la tolérance aux médicaments (3%) sont les principaux déterminants responsables de NO.

Plutôt que de blâmer les patients, la prise en charge médicale et paramédicale paraît être un des piliers à cibler pour reconstruire et améliorer l'observance. Cela aurait aussi une action sur les autres facteurs étant donné que tous sont liés. Une écoute attentive et neutre, un autre regard, plus de temps et une plus grande disponibilité accordée au patient pourraient améliorer la **relation de confiance** entre le médecin et le patient et donc **l'alliance thérapeutique**. **L'adhésion au système de soin** serait améliorée avec : une meilleure compréhension de la maladie et de sa prise en charge, une meilleure considération et acceptation de la maladie, une diminution de la stigmatisation et de l'auto-stigmatisation, une meilleure prise en charge des effets secondaires des ARV, et une diminution de l'isolement.

Un des grands absents dans la prise en charge médicale est **l'appui psychosocial**, qui est inexistant à l'HAS, mais permettrait peut-être d'éliminer les facteurs négatifs à l'adhésion du traitement. Les médecins, n'assurent pas le rôle de psychologue ou d'assistante sociale. L'autre absent est **l'éducation thérapeutique**. Encore peu appliquée à l'HAS, elle est indispensable pour que le patient puisse acquérir les connaissances nécessaires à la bonne gestion de sa maladie. Elle est indispensable dans toute prise en charge de maladie chronique.

Il est donc nécessaire d'accorder plus de temps au patient, de l'intégrer dans sa prise en charge qui doit être globale et non purement médicale.

L'organisation et le bon fonctionnement du système de santé sont des points clés de la réussite des prises en charge. Comme dans tous les pays en développement, la gratuité des ARV n'est pas suffisante. Il paraît important d'apporter des aides financières supplémentaires comme une prise en charge à 100% pour les populations les plus démunies. La gestion des stocks de médicaments par le ministère de la santé est une priorité pour améliorer l'observance et ne pas compromettre l'adhésion au système de soin. Les campagnes d'information et de prévention ont un rôle fondamental pour diminuer la stigmatisation et éduquer la population. Un dépistage anonyme et gratuit pour tous, permettrait de trouver plus tôt les PVVIH dans l'histoire naturelle de la maladie, surtout chez les hommes qui n'ont pas l'occasion d'avoir un dépistage systématique en cours de grossesse.

Il serait intéressant de mettre les CTA dans des structures polyvalentes pour aider à déstigmatiser la maladie et diminuer l'appréhension des patients qui ont peur de s'y rendre.

Un dialogue doit être instauré avec les églises et les tradi-praticiens afin d'éduquer les personnes et limiter les méconnaissances et les fausses rumeurs sur le VIH et son traitement.

VI. REFERENCES

1. ONUSIDA. (page consultée le 09/08/2019). Dernières statistiques sur l'état de l'épidémie de sida. 2019. Disponible sur: <https://www.unaids.org/fr/resources/fact-sheet>.
2. OMS. (page consultée le 07/02/2019). VIH/SIDA. 2018. Disponible sur: <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/hiv-aids>.
3. Ministère de la santé. Guide de prise en charge global VIH/SIDA. Libreville, Gabon. Ministère de l'Etat; 2018.
4. PILLY. (page consultée le 15/01/2019). Infection à VIH. 2018. Disponible sur: <http://www.infectiologie.com/UserFiles/File/formation/ecn-pilly-2018/ecn-2018-ue6-165-maj-220518-1.pdf>.
5. Pr Philippe Morlat, ANRS, CNS. Prise en charge médicale des personnes vivant avec le VIH. Recommandations du groupe d'experts. 2018. Disponible sur: https://cns.sante.fr/wp-content/uploads/2018/05/experts-vih_suivi.pdf.
6. Besançon S, Sidibé A, Balcou-Debussche M, Debussche X. Éducation thérapeutique structurée par les pairs éducateurs dans le diabète de type 2 au Mali. 2018 Dec; Disponible sur: hal.univ-reunion.fr/hal-01954966.
7. Sabaté E, World Health Organization. Adherence to long-term therapies: evidence for action. Geneva: World Health Organization; 2003.
8. ANRS, CNS. (page consultée le 15/06/2019). Accès aux soins et qualité de vie-Prise en charge médicale des personnes vivant avec le VIH. 2017. Disponible sur: https://cns.sante.fr/wp-content/uploads/2017/10/experts-vih_acces.pdf.
9. CNS, ARNS, Philippe Morlat. (page consultée le 16/06/2019). Désir d'enfant et grossesse. 2018. Disponible sur: https://cns.sante.fr/wp-content/uploads/2017/11/experts-vih_grossesse.pdf.
10. Lewden C, Bouteloup V, De Wit S, et al. All-cause mortality in treated HIV-infected adults with CD4 (yen) 500/mm³ compared with the general population: evidence from a large European observational cohort collaboration. *Int J Epidemiol* 2012 Apr;41(2):433-45.
11. Supervie V, Marty L, Lacombe JM, et al. Looking beyond the cascade on HIV care to end the AIDS Epidemic: Estimation of the time interval from HIV infection to viral suppression. *J Acquir Immune Defic Syndr* 2016;73:348-55.
12. Wanderer G, Johnson LF, Egger M. Trends in life expectancy of HIV-positive adults on antiretroviral therapy across the globe: comparisons with general population. *Curr opin HIV AIDS* 2016;11:492-500.

13. May M, Gompels M, Delpech V, et al. Impact on life expectancy of HIV-1 positive individuals of CD4+ cell count and viral load response to antiretroviral therapy. *AIDS* 2014;28:193-202.
14. Gueler A, Moser A, Calmy A, et al. Life expectancy in HIV-positive persons in Switzerland: matched comparison with general population. *AIDS* 2017;31:427-36.
15. Bonnet F, Le Marec F, Leleux O, et al. Characteristics evolution of people living with HIV and their comorbidities in the ANRS CO3 Aquitaine cohort, 2004-2014. 17eme JNI, 7-9 Juin 2016, Poster VIH25.
16. Legarth RA Ahlström MG, Kronborg G, et al. Long-Term Mortality in HIV-Infected Individuals 50 Years or Older: A Nationwide, Population-Based Cohort Study. *JAIDS* 2016;71:213-8.
17. Donnell D, Baeten JM, Kiarie J, et al. Heterosexual HIV-1 transmission after initiation of antiretroviral therapy: a prospective cohort analysis. *Lancet* 2010 Jun 12;375(9731):2092-208.
18. Cohen MS, Chen YQ, McCauley M, et al. Prevention of HIV-1 infection with early antiretroviral therapy. *N Engl J Med* 2011 Aug 11;365(6):493-505.
19. Rutherford GW, Anglemye A. Early initiation of antiretroviral therapy prevents HIV transmission to seronegative sexual partners. *Evid Based Med*. 2016 Nov 16.
20. Tanser F et al. Haute couverture de la thérapie antirétrovirale associée à la diminution du risque d'acquisition du VIH dans le KwaZulu-Natal, en Afrique du Sud. *Science*, 2013, 339: 966-971.
21. Montaner JSG et al. Le cas pour élargir l'accès à la thérapie antirétrovirale hautement active pour freiner la croissance de l'épidémie de VIH. *Lancet* 2006, 368: 531-536.
22. ONUSIDA. (page consultée le 07/08/2019). 90-90-90 : Une cible ambitieuse de traitement pour aider à mettre fin à l'épidémie du sida. 2018. Disponible sur : www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/90-90-90_fr.pdf.
23. Haynes RB. Determinants of compliance : the disease and the mechanisms of treatment. In Haynes RB, Taylor DW, Sackett DL : *Compliance in Health Care*. John Hopkins University Press, Baltimore 1979.
24. UNAIDS. Global AIDS response progress reporting 2014. 2013. Disponible sur : http://files.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/document/2014/GARPR_2014_guidelines_en.pdf.
25. Essomba EN, Adiogo D, et al. Facteurs associés à la non observance thérapeutique des sujets adultes infectés par le VIH sous antirétroviraux dans un hôpital de référence à Douala. *Pan Afr Med J*. 2015. Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4524950>.
26. Mbopi-Kéou FX, Djomassi LD, Monebenimp F. Etude des facteurs liés à l'observance au traitement antirétroviral chez les patients suivis à l'Unité de Prise En Charge du

- VIH/SIDA de l'Hôpital de District de Dschang, Cameroun. *Pan Afr Med J.* 2012 Jun 29. Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3428175>.
27. OMS. L'observance des traitements prescrits pour les maladies chroniques pose problème dans le monde entier. *Acta Virol.* 1975 Nov;19(6):510.
 28. Desclaux A. L'observance en Afrique : question de culture ou « vieux problème » de santé publique? In « L'observance aux traitements contre le VIH/Sida. Mesures, déterminants, évolution », ANRS, p. 57-66, 2001 Dec. Disponible sur: http://mediatheque.lecrips.net/docs/PDF_GED/S41760.pdf.
 29. Chevrel E. Observance des antirétroviraux au Centre de Traitement Ambulatoire de Pointe-Noire (Congo) : des spécificités? [Thèse de doctorat en médecine générale]. Nantes : faculté de médecine de Nantes; 2013 Nov. Disponible sur: <http://archive.bu.univ-nantes.fr/pollux/show.action?id=7ee4a2b9-3596-4228-b6e0-0861ddf3272b>.
 30. Ministère de la santé et de la famille, Direction générale de la prévention du SIDA. Objectif 0. Libreville; 2018.
 31. Flamen A. Les cartes en main. In: Thebookedition. 2013. (l'autre bout du monde).
 32. Giguère K. Le rôle des rapports sociaux de sexe dans la vulnérabilité au VIH/SIDA de jeunes Maliennes s'adonnant à des activités sexuelles contre rétribution [Mémoire de maîtrise des sciences]. Québec : université de médecine de Laval. 2007.
 33. Auvert B, Taljaard D, Lagarde E, et al. Randomized, controlled intervention trial of male circumcision for reduction of HIV infection risk. 2005 May.
 34. Bailey C, Moses S, Parker CB, et al. Male circumcision for HIV prevention in young men in Kisumu, Kenya: a randomized controlled trial. *Lancet* 2007.
 35. Gray H, Kigozi G, Serwadda D, et al. Male circumcision for HIV prevention in young men in Rakai, Uganda: a randomized trial. *Lancet* 2007.
 36. OMS, ONUSIDA. Dossier d'information sur la circoncision et la prévention du VIH. 2008. Disponible sur: https://www.who.int/hiv/mediacentre/infopack_fr_4.pdf.
 37. Sida: le générique du médicament le plus avancé introduit en Afrique. *La libre Afrique* [en ligne] 2017 Jun. Disponible sur : <https://afrique.lalibre.be/5517/sida-le-generique-du-medicament-le-plus-avance-introduit-en-afrique>.
 38. Crétois J. Traitement contre le VIH : des militants exigent un accès abordable en Algérie. *Jeune Afrique* [en ligne]. 2017 Dec 07. Disponible sur : www.jeuneafrique.com/500369/societe/traitement-contre-le-vih-des-militants-exigent-un-acces-abordable-en-algerie.
 39. Lember H. Gabon: un vaste réseau de trafiquants d'antirétroviraux en passe d'être démantelé. *Gabon Media Time* [en ligne]. 2019 Avr 27. Disponible sur : www.gabonmediatime.com/gabon-un-vaste-reseau-de-trafiquants-dantiretroviraux-en-passe-detre-demantele.

40. Dzonteu DC. Gabon : Le boom de la vente frauduleuse des ARV. Gabon Review [en ligne]. 2019 Avr 29. Disponible sur : [//www.gabonreview.com/blog/gabon-le-boom-de-la-vente-frauduleuse-des-arv](http://www.gabonreview.com/blog/gabon-le-boom-de-la-vente-frauduleuse-des-arv).
41. Médecins sans frontières. VIH : le prix des antirétroviraux est en baisse, mais les traitements ‘de rattrapage’ restent hors de prix. 2018 Avr 26. Disponible sur : <https://www.msf.fr/communiqués-presse/vih-le-prix-des-antiretroviraux-est-en-baisse-mais-les-traitements-de-rattrapage-restent-hors-de-prix>.
42. Nziengui U, Zamba C, Rey JL. Les difficultés rencontrées par les malades pour suivre leur traitement antirétroviral au Centre de traitement ambulatoire de Libreville, Gabon. 2005.
43. Albert Schweitzer. Souvenirs de mon enfance. In : Albin Michel.
44. Costagliola D, Barberousse C. Comment mesurer l’observance? 2001. Disponible sur: http://mediatheque.lecrips.net/docs/PDF_GED/S41758.pdf.
45. Fournier A, Champenois K, Papot E, et al. Incidence et facteurs associés aux interruptions de soins médicaux dans une cohorte de patients infectés par le VIH. In : Elsevier Masson. 2017 Jun. Disponible sur: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0399077X1730481X>.
46. Spire B, Duran S, Souville M, et al. Adherence to highly active antiretroviraltherapies (HAART) in HIV-infected patients : from a predictive to a dynamic approach. Soc Sci Med 2002.
47. Oku AO, Owoaje ET, Ige OK, et al. Prevalence and determinants of adherence to HAART amongst PLHIV in a tertiaryhealthfacility in south-south Nigeria. BMC Infectious Diseases 2013.
48. Cisse V, Niang I, Diallo K. Facteurs associés à l’échec virologique chez les patients infectés par le VIH suivis dans le District Sanitaire de Oussouye, Région de Ziguinchor au Sénégal. 2017.
49. Yaba W, Chippaux JP, Obiang-Ndong GP, et al. Médecines alternatives, croyances et prise en charge des personnes vivant avec le VIH au Gabon. 2013.
50. Conseil National de l’ordre des médecins. (page consultée le 09/09/2019). Le serment d’Hippocrate. 2012. Disponible sur : <https://www.conseil-national.medecin.fr/medecin/devoirs-droits/serment-dhippocrate>.

Facteurs associés à une mauvaise observance thérapeutique chez les patients vivant avec le VIH à l'hôpital Albert Schweitzer au Gabon en 2019

Introduction : la non observance thérapeutique peut avoir des répercussions graves pour le patient, ses partenaires, l'évolution de l'épidémie et sur le budget de santé du pays. Cette étude avait pour but de repérer les facteurs associés à une mauvaise observance thérapeutique chez les patients vivant avec le VIH à Lambaréné au Gabon pour proposer des solutions pour améliorer la prise en charge des patients.

Méthodes : il s'agissait d'une étude épidémiologique transversale analytique qui s'est déroulée entre le 9 novembre 2018 et le 17 avril 2019, à l'hôpital Albert Schweitzer à Lambaréné. L'observance a été évaluée par la combinaison de deux méthodes : l'entretien médical et la ponctualité des rendez-vous. L'analyse bivariée et une régression logistique ont été utilisées afin d'étudier la relation entre les facteurs analysés et l'observance thérapeutique.

Résultats : au total, 90 patients ont été recrutés, dont 80% de femmes, avec une moyenne d'âge de 42 ans. Soixante-six pour cent n'étaient pas observants. Les principales raisons de la non observance étaient : l'incompréhension de la maladie (60%), le déni de la maladie (32%), l'accessibilité financière (32%), la mauvaise prise en charge médicale (30%). Les patients plus vieux étaient plus observants (IC 95%, OR=1-1,1, p=0,044). L'ancienneté de la maladie était, quant à elle, un facteur de non observance lorsqu'elle tend à s'allonger : entre 1 et 5 ans d'ancienneté (IC 95%, OR=0,02-0,028, p=0,001), et plus de 5 ans d'ancienneté (IC 95%, OR=0,03-0,37, p=0,001).

Conclusion : la non observance était fréquente dans notre étude, liée à plusieurs facteurs. La prise en charge médicale est un des piliers à cibler et reconstruire pour améliorer l'observance, avec un appui psychosocial et une meilleure éducation thérapeutique. Cela aurait une action sur les autres facteurs de mauvaise observance.

Discipline : Médecine générale

Mots-Clés : VIH/SIDA, non observance, traitement antirétroviral, Gabon.

Factors associated with poor adherence in patients living with HIV at Albert Schweitzer Hospital in Gabon in 2019

Introduction : non-compliance can have serious repercussions for the patient, his partners, the evolution of the epidemic and the country's health budget. The purpose of this study was to identify factors associated with poor adherence to treatment in patients living with HIV in Lambaréné, Gabon, in order to propose solutions to improve patient care.

Methods : this was a analytical cross-sectional epidemiological study that took place between 9 November 2018 and 17 April 2019 at the Albert Schweitzer Hospital in Lambaréné. Compliance was assessed by a combination of two methods: medical interview and punctuality of appointments. Bivariate analysis and logistic regression were used to study the relationship between the factors analyzed and compliance.

Results : a total of 90 patients were enrolled, 80% of whom were women, with an average age of 42 years. Sixty-six percent were not observant. The main reasons for non-compliance were: misunderstanding of the disease (60%), denial of the disease (32%), financial accessibility (32%), poor medical care (30%). Older patients were more observant (95% CI, OR=1-1.1, p=0.044). The seniority of the disease is a factor of non-compliance when it tends to increase: between 1 and 5 years of seniority (CI 95%, OR=0.02-0.028, p=0.001), and more than 5 years of seniority (CI 95%, OR=0.03-0.37, p=0.001).

Conclusion : non-compliance was frequent in our study, related to several factors. Medical care is one of the pillars to be targeted and rebuilt to improve compliance, with psychosocial support and better therapeutic education. This would have an impact on other factors of poor compliance.

Keywords: HIV/AIDS, non-compliance, antiretroviral treatment, Gabon
