UNIVERSITÉ DU BURUNDI
GRENIER DU SAVOIR DU BURUNDI
Dépôt institutionnel officiel
https://repository.ub.edu.bi

Etude des facteurs d'inobservance au traitement ARV chez les enfants et les adolescents suivis au CPAMP et ayant une charge viraledétectable.

BADOGOMBA, Arnaud

2020-07
UB
https://repository.ub.edu.bi/handle/123456789/235

Document téléchargé depuis le **Grenier du Savoir du Burundi** — https://repository.ub.edu.bi

UNIVERSITE DU BURUNDI



FACULTE DE MEDECINE

Etude des facteurs d'inobservance au traitement ARV chez les enfants et les adolescents suivis au CPAMP et ayant une charge virale détectable.

Par :

BADOGOMBA Arnaud

Directeur de thèse :

Pr Hélène BUKURU

Thèse présentée et soutenue publiquement en vue de l'obtention du grade de **Docteur en Médecine**

Bujumbura, Juin 2020

LISTE DES ENSEIGNANTS DE LA FACULTE DE MEDECINE (2018-2019)

I. BUREAU DECANAL

1. Pr Jean Baptiste NGOMIRAKIZA : Doyen
2. Pr Martin MANIRAKIZA : 1er Vice-Doyen
3. Dr Désiré NISUBIRE : 2ème Vice-Doyen

II. PROFESSEURS EMERITE

1. Pr Evariste NDABANEZE
2. Pr Gabriel NDAYISABA
3. Pr Richard KARAYUBA
4. Pr Léodegal BAZIRA

III. PROFESSEURS ORDINAIRES

1. Pr Théodore NIYONGABO : Pathologies infectieuses et parasitaires
2. Pr Léopold NZISABIRA : Neurologie
3. Pr Gaspard KAMAMFU : Pneumologie
4. Pr Aloys NIYONGABO : Biochimie Structurale et Métabolique
5. Pr Frédéric NSABIYUMVA : Pharmacologie Spéciale, Endocrinologie
6. Pr Rénovât NTAGIRABIRI : Gastro-Entérologie, Hépatologie
7. Pr Elysé BARANSAKA : Cardiologie
8. Pr Jean Baptiste NGOMIRAKIZA : Hépatologie, Nutrition, Physiologie et Sémiologie Digestive

IV. PROFESSEURS ASSOCIES

1. Pr Déogratias NIYUNGEKO : Pédiatrie
2. Pr Gordien NGENDAKURIYO : Oto-Rhino-Laryngologie &Médecine légale
3. Pr Salvator HARERIMANA : Gynécologie-Obstétrique
4. Pr Serge BAHIMANGA : Pédiatrie
5. Pr Claudette NDAYIKUNDA : Hématologie F., Hématologie Clinique, Biochimie Pathologique
6. Pr Hélène BUKURU : Pédiatrie
7. Pr Joseph NYANDWI : Néphrologie, Sémiologie et Physiologie Néphrologie
8. Pr Sylvestre BAZIKAMWE : Gynécologie-Obstétrique et Soins Maternels et Infantiles
9. Pr J. Claude NIYONDIKO : Anatomie
10. Pr Eugène NDIRAHISHA : Endocrinologie, Physiologie et Sémiologie Cardiaque
11. Pr François NDIKUMWENAYO : Physiologie, Education à la Citoyenneté
12. Pr Patrice BARASUKANA : Neuro anatomie, Physiologie neurologique, Sémiologie neurologique
13. Pr Sébastien MANIRAKIZA : Imagerie Médicale
14. Pr Levi KANDEKE : Ophtalmologie
15. Pr Alexis SINZAKARAYE : Rhumatologie et Médecine Physique et de Réadaptation
16. Pr Martin MANIRAKIZA : Pathologies infectieuses et parasitaires, Endocrinologie

17. Pr Pontien NDABASHINZE : Pédiatrie
18. Pr Déogratias NTUKAMAZINA : Gynécologie-Obstétrique
19. Pr AMANI Moïbéni : Sémiologie Médicale et Physiologie Digestive
20. Pr Louis NGENDAHAYO : Anatomie pathologie
21. Pr Stanislas HARAKANDI : Soins Palliatifs, Anesthésie-réanimation
22. Pr Paul BANDEREMBAKO : Urologie
23. Pr Léonard BIVAHAGUMYE : Anatomie Tête et Cou, Sémiologie Chirurgicale.
24. Pr Gilbert NDAYIZEYE : Anatomie

V. CHARGES DE COURS

1. Dr Emmanuel GIKORO : Imagerie Médicale.
2. Dr Hermann NIMPAYE : Parasitologie, Entomologie Médicale
3. Dr Désiré NISUBIRE : Biologie Moléculaire, Cytologie et Génétique
4. Dr Alice NDAYISHIMIYE : Pédiatrie
5. Dr Chantal MUREKATETE : Radiologie
6. Dr Jean Claude MBONICURA : Pathologie chirurgicale
7. Dr Thierry SIBOMANA : Pneumologie
8. Dr Thoto Shabani MAREBO : Urologie
9. Dr Jean Bosco BIZIMANA : Neuro-anatomie, Neurochirurgie
10. Dr Daniel NDUWAYO : Neuro-physiologie
11. Dr Zacharie NDIZEYE : Méthodologie de la Recherche, Épidémiologie et Déontologie

VI. CHARGES D'ENSEIGNEMENT

1. Dr Jacques NDIKUBAGENZI : Hygiène et Epidémiologie
2. Dr Sandra NKURUNZIZA : Initiation à la Santé Publique

VII. MAITRES ASSISTANTS

1. Mme Claire NDAYIKENGURUKIYE : Immunologie, Bactériologie, Virologie

2. Dr NIMPAYE Herman : Parasitologie, entomologie et Mycologie.

2. Ph Ramadhan NYANDWI : Pharmacologie Générale
3. Dr Désiré HABONIMANA : Méthodologie de Recherche, Epidémiologie

VIII. ASSISTANTS

1. Dr Paulin BARAMBURIYE : Anatomie (en formation)
2. Dr Roméo IRANKUNDA : Physiologie (en formation)
3. Dr Evrard NIYONKURU : Anatomie-Pathologie (en formation)

IX. ENSEIGNANTS A TEMPS PARTIEL

1. Dr Elie MUPERA : Dermatologie
2. Dr Sylvère SAKUBU : Psychiatrie
3. Dr Gaspard MARERWA : Anatomie Pathologie Spéciale
4. Dr Thadée BARANCIRA : Physique
5. Dr Léopold HAVYARIMANA : Chimie Générale et Organique
6. Dr Jean Bosco KAYOYA : Biostatistique
7. Dr Juvénal MUYUKU : Stomatologie
8. Mr Bonaventure NIYOYANDOYE : Psychologie Générale
9. Mr Ferdinand NCABWENGE : Anglais Médical
10. Mme Patricie BARAHINDUKA : Soins Infirmiers
11. Dr Emmanuel KAMO : Médecine du Travail
12. Dr Sylvain NIYONKURU : Sémiologie Chirurgicale I
13. Dr Canisius HAVYARIMANA : Sémiologie Chirurgicale II
14. Dr Didier KAMATARI : Anatomie

DEDICACES

A mes parents,

A ma sœur et mes trois frères,

Aux amis,

Spécialement à la Famille BADOGOMBA et la famille GASAGO,

Je dédie cette thèse.

BADOGOMBA Arnaud

REMERCIEMENTS

Au **Professeur BUKURU Hélène**, Directrice de cette thèse, notre reconnaissance pour votre disponibilité dans la formation académique ainsi que la suggestion de cette thèse. Pour votre détermination, votre rigueur scientifique, pour vos différentes contributions et suggestions dans ce domaine médical, nous vous exprimons notre profonde gratitude.

Au **Professeur MANIRAKIZA Martin** qui nous a soutenu dans le cursus médical académique et dans la présidence du jury de cette thèse, avec toute notre estime pour vous, veuillez trouver ici l'expression de notre grande reconnaissance.

Au **Docteur Alice NDAYISHIMIYE,** membre du jury de cette thèse, merci d'avoir accepté de juger ce travail et merci pour votre contribution dans le cursus médical académique.

Au Corps médical et Professoral du CHUK, nous adressons nos sincères remerciements pour le dévouement montré au cours des 7 années de formation à la faculté de Médecine.

Aux responsables du CPAMP qui ont tout fait pour faciliter ce travail,

Au Lycée du Saint Esprit, à l'école Maternelle et Primaire de GIKUNGU,

Nous disons sincèrement merci.

BADOGOMBA Arnaud

LISTE DES ABREVIATIONS

%	: Pourcentage
3TC	: Lamivudine
ABC	: Abacavir
ATV	: Atazanavir
AZT	: Zidovudine
ARV	: Antirétroviral
CD4	: cluster of differenciation 4
CHUK	: Centre Hospitalo-Universitaire de Kamenge
CPAMP	: Centre de Prise en charge Ambulatoire et Multidisciplinaire des Personnes vivants avec le VIH
CTX	: Cotrimoxazole
DTG	: Dolutégravir
EDS	: Etude Démographique de Santé
EFV	: Efavirenz
ETP	: Education thérapeutique du patient.
LPV	: Lopinavir
LPV/r	: Lopinavir/Ritonavir
NVP	: Névirapine
OMS	: Organisation Mondiale de la Santé
ONUSIDA	: Programme commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA
PVVIH	: Personnes vivant avec le VIH
RAL	: Raltégravir
SIDA	: Syndrome d'immunodéficience acquise
TARV	: Traitement antirétroviral
TDF	: Ténofovir
TLD	: Ténofovir/Lamivudine/Dolutegravir
VIH	: Virus d'immunodéficience acquise
ZDV	: Zidovudine ou AZT

LISTE DES TABLEAUX

Tableau I : schémas de première ligne recommandée chez le nourrisson et l'enfant 5
Tableau II: Schémas de deuxième ligne recommandée chez le nourrisson et l'enfant 6
Tableau III : Les facteurs d'inobservance au traitement VIH chez l'enfant et l'adolescent 14
Tableau IV : Répartition des patients selon l'âge 19
Tableau V : Répartition des patients selon le lieu de provenance 20
Tableau VI : Répartition des patients selon le niveau de scolarité 21
Tableau VII: Répartition des patients selon l'annonce de l'infection VIH 21
Tableau VIII : Répartition des patients selon le mode de transmission 22
Tableau IX: Répartition selon le nombre d'enfants séropositifs dans la fratrie 22
Tableau X : Répartition selon le statut vital des parents 23
Tableau XI : Répartition des patients selon la garde des enfants 24
Tableau XII : Répartition selon la sérologie du père 24
Tableau XIII : Répartition des patients selon la sérologie de la mère 25
Tableau XIV: Répartition des patients selon le nombre d'hospitalisation 25
Tableau XV : Répartition des patients selon l'oubli des doses 26
Tableau XVI : Répartition des patients selon le refus des médicaments 26
Tableau XVII : Répartition des patients selon la personne qui administre les médicaments 27
Tableau XVIII : Répartition des patients selon la ligne thérapeutique ARV du patient 27
Tableau XIX : Répartition des patients selon les connaissances acquises sur le VIH et la bonne observance 29
Tableau XX : Répartition des patients selon la participation dans les groupes de parole organisés par le CPAMP 29

Tableau XXI : Répartition selon l'accès au CPAMP 30
Tableau XXII : Répartition des patients selon la charge virale 30
Tableau XXIII : Répartition des patients selon la suspicion de la maladie dans l'entourage 32
Tableau XXIV : Répartition des patients selon l'existence d'un sentiment de rejet par la société ou de discrimination 32
Tableau XXV : Répartition des patients selon l'interdiction de la prise des médicaments par la croyance 33

LISTE DES GRAPHIQUES

Graphique 1 : Répartition des patients selon le sexe 20

Graphique 2 : Répartition des patients selon l'existence des effets indésirables aux ARV 28

Graphique 3 : Répartition des patients selon l'existence d'une pathologie associée au moment de l'étude 31

TABLE DES MATIERES

LISTE DES ENSEIGNANTS DE LA FACULTE DE MEDECINE i
DEDICACES v
REMERCIEMENTS vi
LISTE DES ABREVIATIONS vii
LISTE DES TABLEAUX viii
LISTE DES GRAPHIQUES x
TABLE DES MATIERES xi
0. INTRODUCTION 1
0.1. Objectif de l'étude 2
0.1.1. Objectif général 2
0.1.2. Objectifs spécifiques 2
I. GENERALITES 3
l.1. Présentation générale sur le VIH/SIDA. 3
l.1.1. Définition 3
I.1.2. Quelques données épidémiologiques 3
I.1.3. Traitement ARV chez les enfants 4
I.1.3.1. Objectifs du traitement antirétroviral 4
I.1.3.2. Quand initier le traitement ARV 4
I.1.3.3. Les schémas de traitement ARV chez les nourrissons, l'enfant et l'adolescent 5
I.1.3.3.1. Le schéma de traitement ARV de 1ère ligne 5
I.1.3.3.2. Le schéma de traitement ARV de 2ème ligne 6
I.2. L'observance au traitement ARV 7
I.2.1. Définition 7
I.2.2. Les trois déterminants de l'observance 8
I.2.3. Evaluation de l'observance 9
I.2.4. Avantages de l'observance 9
I.2.5. Inconvénients de la non-observance 9
I.3. Les facteurs de bonne observance 10
I.3.1. L'éducation thérapeutique du patient (ETP) 10
I.3.2. Les groupes de paroles 10

I.3.3. L'annonce du VIH 11
I.3.4. L'accompagnement post annonce du VIH chez l'enfant et l'adolescent 12
I.3.5. Counselling d'adhérence et de suivi 12
I.4. Les facteurs d'inobservance au traitement ARV chez les enfants 13
I.4.1. Les facteurs liés au patient 13
I.4.2. Facteurs liés à l'organisation du suivi de soins 13
I.4.3. Facteurs liés au traitement 14
I.4.4. Tableau illustratifs sur les facteurs d'inobservance au traitement VIH chez l'enfant et l'adolescent 14
I.5. Les conséquences de l'inobservance au traitement 15
I.5.1. Echec thérapeutique 15
I.5.2. Résistance du VIH aux antirétroviraux 15
I.5.3. Autres conséquences de l'inobservance aux antirétroviraux 16
II. PATIENTS ET METHODES 17
II.1. Patients 17
II.1.1. Population d'étude 17
II.1.2. Critères d'inclusion 17
II.1.3. Critères d'exclusion 17
II.1.4. Taille de l'échantillon 17
II.2. Méthodes 18
II.2.1. Types, période et Lieu d'étude 18
II.2.2. Fiche d'enquête 18
II.2.3. Recueil des données 18
II.2.4. Limites de l'étude 18
III. RESULTATS 19
III.1. La prévalence de l'inobservance au traitement ARV chez les enfants 19
III.2. Identification des patients 19
III.2.1. L'âge 19
III.2.2. Le sexe 20
III.2.3. Lieu de provenance 20
III.2.4. Le niveau scolaire 21
III.2.5. L'annonce de la maladie 21

III.2.6. Le mode de transmission 22
III.3. Situation familiale des patients 22
III.3.1. Le nombre d'enfants séropositifs dans la fratrie 22
III.3.2. Le statut vital des parents 23
III.3.3. La garde des enfants 24
III.3.4. La sérologie du père 24
III.3.5. La sérologie de la mère 25
III.4. Situation selon les Facteurs liés à la maladie et à la thérapie 25
III.4.1. le nombre d'hospitalisation 25
III.4.2. L'oubli des doses d'ARV 26
III.4.3. Le refus des médicaments 26
III.4.4. La personne qui administre les médicaments 27
III.4.5. La ligne thérapeutique ARV du patient 27
III.4.6. Les effets secondaires aux ARV 28
III.4.7. Les connaissances sur le VIH et la bonne observance à travers l'ETP 29
III.4.8. La participation dans les groupes de parole 29
III.4.9. Moyen d'accès au CPAMP 30
III.4.10. La charge virale 30
III.4.11. L'existence d'une pathologie associée au moment de l'étude 31
III.5. Influence selon les facteurs psychosociaux 32
III.5.1. La suspicion du VIH dans l'entourage 32
III.5.2. Le rejet par la société ou discrimination 32
III.5.3. L'interdiction de la prise des médicaments par la croyance 33
III.5.4. Le recours au tradi-praticien 33
III.5.5. L'usage de substances psycho actives ou consommation d'alcool 33
IV. DISCUSSION ET REVUE DE LA LITTERATURE 34
IV.1. Fréquence d'observance 34
IV.2. Identification et caractéristique des patients 34
IV.2.1. L'âge 34
IV.2.2. Sexe 35
IV.2.3. Niveau de scolarité 35

IV.2.4. L'annonce de la maladie 36
IV.2.5. L'Education thérapeutique du patient (ETP) 36
IV.3. Situation familiale des patients 37
IV.3.1. La garde des enfants 37
IV.3.2. La sérologie du père et de la mère 37
IV.3.3. Le statut vital des parents 37
IV.4. Situation selon les Facteurs liés à la maladie et à sa thérapie 38
IV.4.1. La ligne thérapeutique 38
IV.4.2. Les effets secondaires 39
IV.4.3. Oubli des doses 39
IV.4.4. Prophylaxie au cotrimoxazole 40
IV.4.5. La charge virale 40
IV.5. Les causes psychosociales de l'inobservance. 41
IV.5.1. La suspicion de la maladie et la stigmatisation dans l'entourage 41
IV.5.2. Usage des substances psychoactives et recours au tradi-praticiens 42
V. CONCLUSION ET SUGGESTIONS 43
V.1. Conclusion 43
V.2. Suggestions 44
REFERENCES 46
ANNEXES 52

0. INTRODUCTION

D'après l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS en cigle), le VIH reste un problème majeur de santé publique de portée mondiale, qui a entraîné jusqu'ici plus de 32 millions de décès. On comptait environ 37,9 millions de personnes vivant avec le VIH à la fin de 2018 [1].

En Afrique subsaharienne, la stigmatisation et la discrimination continuent de barrer l'accès aux services de santé, en particulier pour les enfants, les adolescents, les jeunes femmes et les groupes clés [2].

Plus de 3 millions d'enfants âgés de moins de 15 ans vivent avec le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) dans le monde. La majorité de ces enfants se trouve en Afrique subsaharienne. La survie de ces enfants infectés par le VIH est conditionnée par leur accès à un traitement antirétroviral, dont le succès dépend essentiellement d'une bonne observance maintenue au long cours [4].

Le traitement ARV est actuellement l'une des principales ripostes contre l'infection à VIH. Bien qu'il ne permette pas l'éradication du VIH, il transforme l'infection en une maladie chronique et doit être pris à vie [5].

L'inobservance au traitement antirétroviral chez l'enfant est cependant causée et influencée par de multiples facteurs liés à l'enfant, à la personne en charge de ses soins, au personnel de santé, aux systèmes de santé et aux médicaments antirétroviraux [4].

L'évaluation de l'observance du traitement antirétroviral pédiatrique représente un défi important compte tenu de sa complexité et de sa spécificité. Plusieurs méthodes de mesure de l'observance ont été développées mais aucune de ces méthodes ne présente toutes les qualités indispensables pour devenir la méthode de référence [4].

L'adolescence est à elle seule un problème dans le suivi thérapeutique des maladies chroniques et le VIH reste un problème majeur de la santé publique. Ainsi, seule l'observance est la clé de la réussite du traitement antirétroviral. Mais de nombreux facteurs (le niveau de compréhension des enfants, l'implication d'une autre personne à la charge de l'enfant, etc.) peuvent conduire à l'inobservance au traitement ARV chez l'enfant et surtout l'adolescent une fois qu'ils ne sont pas pris en considération.

L'inobservance au traitement ARV chez les enfants et les adolescents est une réalité et les principaux facteurs responsables d'inobservance n'ont jamais été étudié ici au Burundi ; d'où l'intérêt de notre étude.

0.1. Objectif de l'étude

0.1.1. Objectif général

Contribuer à l'étude des facteurs d'inobservance au traitement ARV chez les enfants et les adolescents suivis au Centre de prise en charge en ambulatoire et multidisciplinaire des personnes vivant avec le VIH (CPAMP).

0.1.2. Objectifs spécifiques

- Déterminer le niveau de l'observance chez les enfants sous traitement ARV
- Décrire le profil des enfants inobservants au traitement.
- Rechercher les facteurs familiaux associés à l'inobservance chez les enfants sous traitement ARV
- Evaluer la relation entre le patient (enfant et adolescent) et sa thérapeutique ARV
- Montrer les facteurs psychosociaux associés à l'inobservance chez les enfants inobservants sous traitement ARV influençant l'inobservance.

I. GENERALITES

l.1. Présentation générale sur le VIH/SIDA.

l.1.1. Définition

Le terme SIDA (syndrome d'immunodéficience acquise) regroupe l'ensemble des manifestations traduisant un déficit immunitaire chronique viro-induit, l'agent pathogène étant un rétrovirus humain lymphotrope dénommé VIH. L'infection à VIH signifie toute présence dans l'organisme du virus de l'immunodéficience humaine qu'elle soit cliniquement patente ou latente [6].

I.1.2. Quelques données épidémiologiques

En 2018, 37,9 millions [32,7 millions - 44,0 millions] de personnes vivaient avec le VIH. 36,2 millions de ces personnes séropositives [31,3 millions - 42,0 millions] étaient des adultes et 1,7 millions [1,3 millions - 2,2 millions] des enfants de moins de 15 ans [7].

Au cours de cette même année, 1,7 millions [1,4 millions - 2,3 millions] de personnes sont devenues nouvellement infectées par le VIH et 770 000 [570 000 - 1,1 million] de personnes sont décédées de maladies liées au sida (en 2018) [7].

Depuis le début de l'épidémie jusqu'en 2018, 74,9 millions [58,3 millions - 98,1 millions] de personnes ont été infectées par le VIH et 32,0 millions [23,6 millions - 43,8 millions] de personnes sont décédées de suite de maladies liées au SIDA depuis le début de l'épidémie [7].

En 2019, 24,5 millions [21.6 millions–25.5 millions] de personnes avaient accès à la thérapie antirétrovirale (fin juin 2019) [7].

Au Burundi, le rapport ONUSIDA sur l'épidémie mondiale du SIDA en 2015 indique que le nombre de PVVIH est estimé à 77000 dont 9100 enfants de moins de 15ans [8].

I.1.3. Traitement ARV chez les enfants

I.1.3.1. Objectifs du traitement antirétroviral

Le but du traitement ARV est de rendre la charge virale indétectable le plus longtemps possible, diminuer le risque de transmission du VIH, restaurer l'immunité, restaurer la croissance et le développement normaux chez l'enfant, augmenter la durée de vie et améliorer la qualité de vie [9, 10, 11, 12, 13].

Les principes de traitement sont basés généralement sur une approche de la santé publique qui privilégie la standardisation et la simplification des schémas de traitement. Ainsi, les orientations fournies sont complètes et couvrent l'utilisation des ARV pour différentes tranches d'âge et pour différentes catégories de populations. Le traitement ARV est à base d'une trithérapie pour maximiser l'efficacité du traitement. Enfin, maximiser la durabilité et l'efficacité des traitements ARV de première ligne et proposer des possibilités de 2ème et 3ème ligne chez les patients en échec thérapeutique sont aussi des principes importants et incontournables [9, 10, 11, 12, 13].

I.1.3.2. Quand initier le traitement ARV

Le traitement ARV est initié le plus tôt possible, et de préférence le même jour, à toute personne ayant été dépistée positive au plus tard dans les 7 jours après le résultat positif. L'administration précoce des ARV apporte des avantages significatifs en termes de prévention de nouvelles infections à VIH en plus d'améliorer la santé et de prolonger la durée de vie des patients [9, 10, 11, 12, 13].

Pour tous les patients VIH+, avant d'introduire les ARV, il faut d'abord s'assurer pour chaque molécule qui va être utilisée de l'absence de contre-indications et mesurer le poids pour connaître la posologie à prescrire en particulier chez les nourrissons et les enfants [9, 10, 11, 12, 13].

I.1.3.3. Les schémas de traitement ARV chez les nourrissons, l'enfant et l'adolescent

I.1.3.3.1. Le schéma de traitement ARV de 1ère ligne

Tout nourrisson et enfant diagnostiqué VIH positif (par PCR avant 18 mois ou par sérologie dès 18 mois de vie) doit être mis immédiatement sous ARV. Compte tenu de l'immaturité métabolique, de la tolérance, de la facilité de prise et de la disponibilité des formulations pédiatriques, les molécules du traitement ARV chez l'enfant sont choisies sur base de considérations d'âge, de poids et de l'existence des coïnfections et autres comorbidités [9, 10, 11, 12, 13].

Tableau I : schémas de première ligne recommandée chez le nourrisson et l'enfant [9, 10, 11, 12, 13]

Tranche d'âge	Option de 1ère ligne recommandée	Alternative pour la 1ère ligne
Moins de 3ans	ABC/3TC+LPV/r	ABC/3TC+RAL
3ans -6ans	ABC/3TC+LPV/r	ABC/3TC+EFV
6ans -10 ans	ABC/3TC+DTG	AZT/3TC+DTG
Plus de 10 ans	TDF/3TC/DTG	TDF/3TC (OU FTC)/EFV (400mg) AZT/3TC+DTG AZT/3TC+EFV (400mg)

I.1.3.3.2. Le schéma de traitement ARV de 2ème ligne.

Comme chez l'adulte, le traitement de 2ème ligne est proposé à l'enfant en cas d'échec thérapeutique de la 1ère ligne de traitement.

Tableau II: Schémas de deuxième ligne recommandée chez le nourrisson et l'enfant [9, 10, 11, 12, 13]

Tranche d'âge	**Echec sous 1ère ligne**	**Option recommandée pour la 2ème ligne**
Moins de 3ans	ABC/3TC+LPV/r ou ABC/3TC+RAL	AZT/3TC+RAL AZT/3TC+LPV/r
3ans -6ans	ABC/3TC+LPV/r ou ABC/3TC+EFV	AZT/3TC+RAL AZT/3TC+LPV/r
6ans -10 ans	ABC/3TC+DTG ou AZT/3TC+DTG	AZT/3TC+LPV/r ABC+3TC+LP/r
Plus de 10 ans	TDF/3TC/DTG	AZT/3TC+ATV/r ou alternative de AZT/3TC+ LPV/r ABC/3TC + LPV/r ABC/3TC+ATV/r
	TDF/3TC(OU FTC)/EFV	AZT/3TC+DTG ou alternative de AZT/3TC+ATV/r ABC/3TC+DTG
	AZT/3TC+EFV (400mg)	TDF/3TC/DTG ou alternative de TDF/3TC(OUFTC) +ATV/r ABC/3TC + LPV/r

I.2. L'observance au traitement ARV

I.2.1. Définition

L'observance est définie comme étant le degré de concordance entre les comportements des patients (prise de médicaments, suivi biologique, régime ou changements de mode de vie) et les recommandations médicales [3].

L'observance intéresse 3 champs de la santé, ce qui nous permet d'avoir séparément l'observance médicamenteuse, l'observance hygiéno-diététique et l'observance du suivi thérapeutique (respect des rendez-vous, réalisation des examens prescrits, etc.) [3].

Des trois types d'observance cités ci-dessus, la non observance médicamenteuse est celle qui intéresse le plus les équipes qui suivent des enfants et adolescents porteurs du VIH. C'est un concept relatif et une variable que l'on peut partiellement définir de façon mathématique : l'observance « à la lettre », stricte et rigoureuse (observance 100%) jusqu'à l'absence totale de prise des comprimés (observance 0%) [3].

L'observance est associée au succès virologique mais également immunologique des multi thérapies antirétrovirales [23, 24].

La non observance est à l'origine d'échecs thérapeutiques et de l'émergence des résistances. Une observance inférieure à 95% augmente fortement le risque d'échappement virologique [24, 25, 26]. Pour un traitement à deux prises par jour, une observance à 95 % correspond à moins d'une erreur par semaine [19]

L'absence de prise d'ARV pendant moins de 48 heures n'a généralement pas de conséquences. Par contre, des arrêts répétés, pendant 3 jours ou plus, favorisent la reprise de la réplication virale et augmentent le risque de résistance aux INNTI (NVP, EFV) et au 3TC/FTC [3].

L'observance des enfants aux médicaments est souvent difficile pour eux et pour leurs responsables (gardiens). Elle demande à la fois l'engagement et la disponibilité d'un adulte responsable et la participation de l'enfant malade. Les enfants sont souvent sous la responsabilité de plusieurs gardiens, ce qui complique à la fois l'administration et l'évaluation de l'observance et qui provoque des problèmes de confidentialité (divulgation) [27, 28, 29, 30, 31].

I.2.2. Les trois déterminants de l'observance

Il existe 3 éléments de base qui définissent les déterminants de l'observance : le savoir, le pouvoir et le vouloir [3].

Pour permettre à un patient d'être observant, il faut considérer qu'il a besoin de savoir pourquoi il prend un traitement et comment il faut le prendre. Les connaissances sur le traitement, ses modalités d'action, l'importance de la régularité des prises médicamenteuses, doivent être transmises au parent/tuteur dans tous les cas, et à l'enfant dès que possible. Ce transfert d'information est souvent réalisé lors de séances d'éducation thérapeutique du patient (ETP) avant la mise sous traitement [3].

Ces messages doivent être régulièrement répétés, afin d'aider le parent et l'enfant à maintenir leur motivation, en particulier lorsque les circonstances extérieures (familiales, financières,…) sont défavorables. Toutes ces explications transmises au parent doivent intégrer l'enfant dès que possible. En fonction de son âge, et au plus tard dès 7 ou 8 ans, l'enfant doit recevoir des explications sur sa maladie, les prises quotidiennes de traitements, en particulier lorsqu'il est en bonne santé [3].

Le patient a également besoin de pouvoir venir aux rendez-vous et être approvisionné avec des molécules adaptées. En contexte africain, la grande précarité des familles est un obstacle fréquent à l'observance du suivi thérapeutique. Les frais liés aux déplacements mensuels pour venir aux consultations et chercher les ARV, ainsi que le coût des examens complémentaires constituent de réelles difficultés à prendre en compte [3]. En dehors des aides accordées par les services sociaux, souvent limitées, les équipes doivent chercher, dans la mesure du possible, à réduire ces coûts sans diminuer la qualité de la prise en charge [3].

Enfin, le patient doit vouloir prendre son traitement. Un certain nombre de patients prennent malgré tout leur traitement de façon irrégulière et le transfert de connaissances est indispensable malgré qu'il soit insuffisant pour garantir une bonne observance chez tous les patients.

En pédiatrie, il faudra considérer le soutien du parent (en particulier chez le nourrisson et le jeune enfant) et de l'enfant lui-même (notamment chez le grand enfant et pendant le processus de l'adolescence). Les études dans ce domaine restent rares chez l'enfant porteur du VIH en Afrique.

L'expérience montre cependant que certaines périodes ou circonstances nécessitent une plus grande vigilance [3].

I.2.3. Evaluation de l'observance

L'observance du suivi thérapeutique et l'observance médicamenteuse doivent être évaluées de façon prioritaire [3].

L'évaluation de l'observance thérapeutique a pour but d'amener le patient à respecter les prescriptions et à appliquer les consignes du traitement [26].

L'observance au traitement est difficilement mesurable ; il n'existe donc pas de méthode standard pour l'évaluation de l'observance. Deux questions ont permis de déterminer si les patients étaient observants [22] :

- Vous est-il arrivé d'interrompre volontairement votre traitement pendant plusieurs jours ?
- Vous arrive-t-il d'oublier ou de sauter une prise ?

L'observance est bonne si les patients n'oublient jamais ou n'interrompent jamais leur traitement. A chaque dispensation de médicament ARV une consultation d'observance appréciera l'observance du mois précédent [32].

I.2.4. Avantages de l'observance

L'observance est primordiale dans le cadre du traitement de l'infection à VIH car celui-ci est un virus très changeant ; qui s'adapte vite et effectue des mutations qui le rendent encore plus puissant dans l'organisme [20].

En pratiquant l'observance au traitement prescrit, on améliore l'état de santé ainsi que le prolongement de la vie, la réduction des infections opportunistes et la réduction des dépenses liées à la PEC [21].

I.2.5. Inconvénients de la non-observance

Lorsque le patient est non observant, cela signifie qu'il n'utilise pas les médicaments conformément à la prescription. Ce qui aura pour conséquences l'aggravation de la maladie ; la réapparition des infections opportunistes, les résistances aux médicaments, l'échec au traitement antirétroviral [20].

I.3. Les facteurs de bonne observance

Il existe un bon nombre de facteurs de bonnes observances dont les principaux sont l'éducation thérapeutique, les groupes de paroles, l'annonce de l'infection VIH, l'accompagnement post annonce du VIH et le councelling d'adhérence et de suivi.

I.3.1. L'éducation thérapeutique du patient (ETP)

L'éducation thérapeutique du patient est une démarche visant l'apprentissage du patient (et de son entourage) lui permettant d'acquérir des compétences pour se soigner, pour s'adapter à sa maladie, pour vivre le mieux possible avec sa maladie et son traitement et pour coopérer avec les soignants [49].

Dans le contexte du VIH, l'ETP contribue à rendre le patient plus autonome et donc capable de prendre en charge de manière active sa maladie, ses soins, la prévention de la transmission en partenariat avec les soignants. Elle permet également de prévenir les complications thérapeutiques, d'améliorer l'observance thérapeutique et de maintenir ou améliorer sa qualité de vie [49].

Les séances d'ETP peuvent être individuelles ou collectives. Les séances collectives permettent de faire réfléchir des personnes sur une même problématique, de bénéficier de l'expérience des autres (de la réflexion individuelle vers l'échange avec le groupe). Ils permettent aussi l'enrichissement mutuel et peuvent libérer la parole et créer des liens entre participants [50].

I.3.2. Les groupes de paroles

Les groupes de paroles sont un espace de dialogue, un lieu de partage, d'échange et d'écoute réciproque dans un cadre sécurisant, sans jugement et dans la bienveillance tout en s'enrichissant du point de vue des autres. Les groupes de parole sont animés par une personne formée aux dynamiques psychiques et séances collectives d'ETP. Le groupe de parole permet de mieux se connaître soi-même, de se découvrir dans sa relation à l'autre. La parole sert d'outil pour amorcer une dynamique. Mais ce n'est pas un lieu d'échange d'informations ni un lieu d'apprentissage ou d'acquisition [50].

I.3.3. L'annonce du VIH

L'annonce du VIH est un moment souvent intense et chargé d'émotions, qui implique un (ou deux) membre(s) de l'équipe, le parent et bien entendu l'enfant. Cette consultation est généralement planifiée, en accord avec le parent et en prévenant l'enfant, lorsque les conditions sont réunies [16].

L'annonce du VIH présente de nombreux avantages pour l'enfant ou l'adolescent. Directement, elle permet une meilleure observance du traitement et l'annonce est considérée comme un événement positif avec des répercussions psychologiques positives à long terme pour les adolescents. Indirectement, l'annonce du VIH aide l'enfant ou l'adolescent à mieux participer à la gestion de sa santé et à la comprendre. Elle permet à l'enfant et à l'adolescent d'avoir un niveau de bien-être psychosocial supérieur et un meilleur état de santé mentale [52].

Progressivement, de l'âge de 5 - 7 ans jusqu'à 10 - 12 ans, l'enfant acquiert une pensée logique, ainsi que certains concepts qui vont servir à lui donner des explications. Il comprendra la notion de durée, de permanence (la maladie chronique), d'ordre (maladie plus grave, moins grave, virus sensible, virus résistant), de réversibilité (le traitement endort le virus, si on arrête le traitement il se réveille). C'est dans cette tranche d'âge que l'annonce partielle, qui consiste à expliquer la maladie sans citer le VIH peut être réalisée, dès l'âge de 7 ans environ [16].

L'annonce totale ou définitive consiste à expliquer à l'enfant que le microbe dont il souffre et dont on parle depuis longtemps s'appelle le VIH. Elle doit être réalisée, sauf exception, avant 12 ans et l'entrée dans l'adolescence, par l'équipe de prise en charge, en présence et avec l'accord des parents. Différentes procédures peuvent être utilisées, aucune n'est parfaite.

À la suite de l'annonce du VIH, un suivi immédiat, puis à moyen et long terme doit être mis en place. Car contrairement au grand adolescent et à l'adulte, l'enfant ne comprendra que progressivement toutes les conséquences de cette annonce [16].

L'annonce tardive du VIH peut être problématique. Lorsqu'il s'agit d'un diagnostic tardif, chez un adolescent de 14 ou 15 ans, infecté par voie materno-fœtale, l'état clinique, nutritionnel et immunitaire du patient est en général dégradé.

Tout comme l'annonce tardive, l'annonce mal faite (accidentelle ou réalisée dans un moment de crise, sous le coup d'une émotion forte) et l'annonce non faite ont des conséquences graves pour la suite dans l'accompagnement et le suivi psychothérapeutique de l'enfant [16].

I.3.4. L'accompagnement post annonce du VIH chez l'enfant et l'adolescent

L'accompagnement du patient comprend toutes les activités visant à assister le patient face à sa maladie et à son traitement, au-delà des soins purement médicaux. L'accompagnement du patient est une continuité d'activités progressives, personnalisées ou en groupe, destinées au patient, tout au long du programme [33].

L'accompagnement doit être adapté à l'âge, au stade de développement, aux connaissances de l'enfant (au courant ou non de sa maladie) et intègre également l'assistance des adultes responsables de l'enfant [33].

I.3.5. Counselling d'adhérence et de suivi

Les visites dans une structure sanitaire doivent être programmées en fonction de la convenance des enfants et des parents pour faciliter une bonne participation. Du point de vue médical, le taux de CD4, la charge virale ou d'autres examens pourront être effectués.

Le counselling d'adhérence est un processus continu par lequel les conseillers soutiennent les enfants et leurs familles pour maintenir une bonne adhérence au traitement, c'est-à-dire la compréhension du traitement, reconnaître son importance et décider de prendre les médicaments prescrits par le médecin. Les conseillers aident à identifier les défis de l'adhérence et travaillent avec les enfants et leurs familles afin d'identifier des stratégies pour surmonter les obstacles.

Le counselling de suivi se penchera sur tout autre sujet d'inquiétude soulevé par l'enfant et / ou le parent de l'enfant, dans la continuité du travail commencé avant le traitement ARV. Un enfant, dans des conditions stables avec une bonne adhérence, peut diminuer ses visites de counselling et ne venir que tous les 2-3 mois, plutôt que chaque mois. L'évaluation de l'adhérence poursuit trois objectifs à savoir l'établissement d'une stratégie pour savoir si l'enfant présente une bonne adhérence ou pas, l'encourager en cas de bonne adhérence et rechercher les raisons en cas de difficultés d'adhérence [33].

I.4. Les facteurs d'inobservance au traitement ARV chez les enfants

Différents modes d'inobservances comme l'absence de prise médicamenteuse, une prise injustifiée, une erreur de dose, une erreur dans l'horaire de la prise, une prise de médicaments non prescrits par le médecin, le partage des médicaments et une diminution volontaire du nombre de prises de comprimés ont été identifiés [19]**.**

I.4.1. Les facteurs liés au patient

L'attitude face au traitement est un facteur déterminant de l'observance au traitement ARV. La croyance à l'efficacité du traitement, le pessimisme face à l'infection par le VIH, le décès d'une personne de l'entourage et la connaissance du patient sur la maladie sont les principaux facteurs déterminants l'attitude du patient face au traitement [26].

Parmi les facteurs liés au patient, la santé mentale du patient joue un rôle important. La dépression, l'anxiété, l'usage de l'alcool et de la drogue influencent l'observance au traitement ARV du patient [26].

L'âge du patient est un facteur clé et déterminant car l'inobservance s'observe surtout chez les adolescents. La dépendance au traitement a un impact lourd sur le vécu et les choix délibérés d'arrêts de traitement de l'adolescent séropositif pour le VIH. Ils sont l'expression de son désir d'autonomie et doivent être pris en compte dans la prise en charge médicale [34].

Le statut clinique, la précarisation cumulée en matière de ressources économiques, d'emploi et de logement et le manque de soutien social (rejet, la discrimination, l'isolement social) affectent également l'observance au traitement ARV du patient [26].

I.4.2. Facteurs liés à l'organisation du suivi de soins

La relation médecin-patient, les modalités d'accès aux soins (la distance entre le lieu d'habitation et le lieu de soins, les difficultés liées au renouvellement des ordonnances, les horaires de consultation), l'information en direction des patients (le degré de compréhension) et la proposition de programme de soutien (le counselling) ont aussi montré leur place dans l'amélioration de l'observance et constituent des facteurs incontournables de l'observance au traitement ARV chez les enfants [26].

I.4.3. Facteurs liés au traitement

La complexité des traitements (le nombre de prise, les restrictions alimentaires, l'inadéquation entre les traitements et le style de vie), l'oubli des doses et les effets indésirables des ARV sont les principaux facteurs d'inobservance au traitement ARV [26].

I.4.4. Tableau illustratifs sur les facteurs d'inobservance au traitement VIH chez l'enfant et l'adolescent

Tableau III : Les facteurs d'inobservance au traitement VIH chez l'enfant et l'adolescent [20]

Déterminants	**Facteurs**
patient	Accessibilité géographique et financière ; analphabétisme ; promiscuité ; croyance religieuse ; représentation sociale et culturelle du VIH/SIDA
traitement	Complexité du traitement ; restriction alimentaire; effets indésirables et secondaires
entourage	Confidentialité ; stigmatisation ; rejet ; discrimination ; soutien ; tradipraticien ; croyance religieuse ; représentation socioculturelle.
Professionnel de la santé	Relation soignant/patient ; niveau de connaissance de l'infection à VIH ; charge de travail ; gestion de la confidentialité

I.5. Les conséquences de l'inobservance au traitement

I.5.1. Echec thérapeutique

Toute constatation d'échec thérapeutique, clinique, immunologique ou virologique devrait donner lieu à la détermination des concentrations plasmatiques des molécules d'ARV composant le traitement. Il s'agit de s'assurer d'une observance correcte, et le cas échéant d'écarter l'hypothèse d'une malabsorption intestinale. Des charges virales stables au cours du temps et à des niveaux élevés, associées à des multi thérapies apparemment inefficaces, doivent faire évoquer des difficultés d'observance, confirmées par l'exploration génétique montrant l'absence de mutation de résistance des virus aux composes prescrits [19].

L'échec peut être identifié cliniquement par l'évaluation de la progression de la maladie en stades cliniques de l'OMS ou immunologiquement par la mesure des CD4 ou virologiquement par la mesure de la charge virale [14,15].

L'échec virologique vient en premier, suivi de l'échec immunologique, puis de l'échec clinique. En pratique, l'échec immunologique, et surtout l'échec clinique, sont des manifestations tardives. Elles surviennent alors que le traitement est inefficace depuis plusieurs semaines ou mois. La charge virale reste privilégiée pour le suivi du succès thérapeutique et la détection précoce des échecs au traitement. Ces échecs peuvent être isolés ou associés [14,15].

I.5.2. Résistance du VIH aux antirétroviraux

La résistance aux antirétroviraux est liée à la capacité du virus à se répliquer en présence d'ARV.

On distingue la résistance acquise sous traitement (résistance secondaire), la résistance primaire et la résistance naturelle (manque de sensibilité).

En effet, les patients porteurs de virus résistants peuvent transmettre ces virus à leurs partenaires qui vont alors s'infecter d'emblée avec des virus résistants lors de la primo-infection [17].

Plusieurs facteurs liés à la durée de vie et au cycle de réplication du VIH sont des contributeurs clés vers une émergence rapide et généralisée de résistance qui est observée avec cet organisme. Les mutations entraînent des modifications des enzymes ou protéines, en diminuant la sensibilité des virus aux antirétroviraux par des mécanismes différents selon les classes et même selon l'antirétroviral dans une même classe [17].

I.5.3. Autres conséquences de l'inobservance aux antirétroviraux

A part l'échec thérapeutique et la résistance du VIH aux Antirétroviraux, l'altération de la relation soignant- soigné est la conséquence à redouter et peut aboutir à l'inobservance totale au traitement ARV chez les enfants et surtout chez les adolescents [19].

II. PATIENTS ET METHODES

II.1. Patients

II.1.1. Population d'étude

Les enfants et les adolescents dont l'âge est inférieur ou égal à 19 ans, inscrits et suivis au CPAMP qui avaient une charge virale détectable étaient éligibles pour l'étude.

II.1.2. Critères d'inclusion

- Etre admis et suivi au CPAMP
- Etre sous traitement depuis au moins 6mois
- Avoir un âge inférieur ou égal à 19ans.
- Avoir une charge virale détectable (nombre de copies supérieur à 50/ml)
- Avoir une observance inférieure à 95% lors des 6 derniers mois précédents l'entretien.

II.1.3. Critères d'exclusion

- Patient non collaborant lors de l'entretien
- Patient avec dossier incomplet
- Patient chez qui il existe une incohérence entre les données du dossier avec les données recueillies lors de l'entretien.

II.1.4. Taille de l'échantillon

Le Centre de Prise en Charge Ambulatoire et Multidisciplinaire des Personnes vivant avec le VIH (CPAMP) est un centre qui compte à son actif un effectif de 2385 patients dont 178 patients classés dans la catégorie d'enfants ou adolescents dont l'âge est inférieur ou égal à 19ans. Notre échantillon est de 44 patients qui font partie des 178 ci haut-cités et qui ont une particularité d'avoir une charge virale détectable avec des signes d'inobservance.

II.2. Méthodes

II.2.1. Types, période et Lieu d'étude

Notre étude est prospective et s'est faite de Janvier 2019 à Décembre 2019 au Centre de Prise en Charge Ambulatoire et Multidisciplinaire des Personnes vivant avec le VIH (CPAMP) se trouvant au Centre Hospitalo Universitaire de Kamenge (CHUK).

II.2.2. Fiche d'enquête

La fiche d'enquête comprenait plusieurs questions évaluant les facteurs d'inobservance répartis en 4 catégories à savoir l'identité du patient (âge, sexe, niveau scolaire, lieu de provenance, etc.), l'entourage familial (sérologie des parents, garde de l'enfant, statut vital des parents, enfants séropositifs dans la fratrie, la maladie et le traitement (traitement en cours, oubli des doses, refus des médicaments, etc.) et le côté psychosocial (suspicion du VIH, discrimination ou rejet, etc.).

II.2.3. Recueil des données

Le protocole de recueil des données a été approuvé par le Responsable du centre CPAMP et le Directeur Général du CHUK. Les questions étaient posées en français ou en Kirundi (ensuite traduites en français) à travers un questionnaire qui était adressé aux patients en premier puis aux parents et aux psychologues par l'étudiant thésard au cours de l'entretien. Quatre approches ont été utilisées pour récolter les données :

- un entretien avec l'enfant
- un entretien avec le parent et/ou le tuteur de l'enfant
- un entretien avec le psychologue
- la lecture du dossier de l'enfant.

L'entretien avec l'enfant et l'entretien avec ses parents ont été réalisés séparément afin de limiter les biais bien connu des entretiens individuels pouvant être liés à l'âge, au niveau de compréhension ainsi qu'à d'autres facteurs. Le traitement des données recueillies a été réalisé par le logiciel Microsoft Word 2007 et le logiciel Epi Info.

II.2.4. Limites de l'étude

Notre étude s'est limitée à l'analyse de la prévalence des facteurs d'inobservance chez les enfants avec charge virale détectable. Pour certains cas, les charges virales n'étaient pas actualisées lors des trois derniers mois.

III. RESULTATS

III.1. La prévalence de l'inobservance au traitement ARV chez les enfants

Durant la période de notre étude, le recueil d'enfants présentant les critères d'inobservance a été fait sur 178 enfants suivis au centre CPAMP dont 44 enfants qui ont été identifiés comme inobservants, soit une fréquence d'inobservance de 24,8%. 75,2% des enfants étaient observants au traitement ARV.

III.2. Identification des patients

III.2.1. L'âge

Tableau IV : Répartition des patients selon l'âge

Les tranches d'âge ont été choisies en fonction de l'annonce. L'annonce partielle se fait jusqu'à 7ans et c'est à l'âge de 7 ans que débute le processus d'annonce totale qui ne doit pas dépasser 12 ans.

Age	Effectif	Pourcentage
0-7 ans	2	4,55%
8-11ans	3	6,82%
12-19ans	39	88,64%
Total	**44**	**100,00%**

	Moyenne	**Déviation standard**	**Min**	**Médiane**	**Max**
Age	14,31	3,7	4	15	19

Age moyen : 14,31

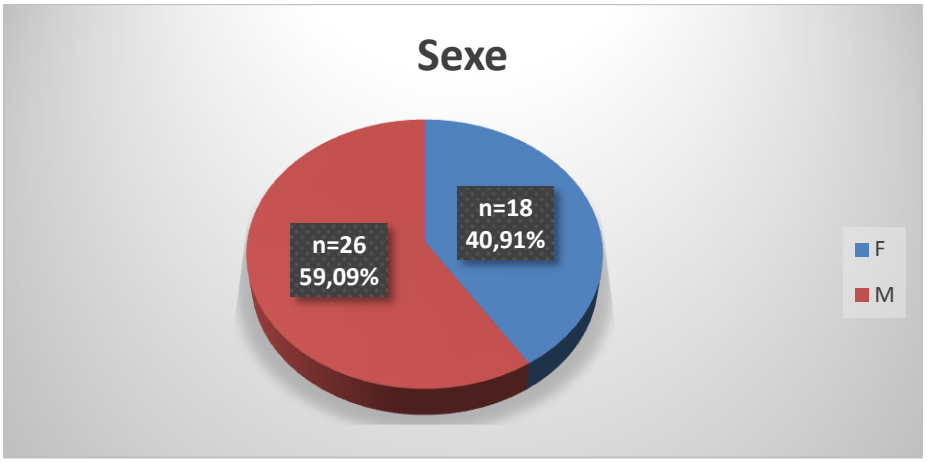
Médiane= 15

L'âge moyen de nos patients était de 14,31ans ±3,7 avec comme extrêmes de 4ans à 19ans.

La tranche d'âge la plus représentée était celle comprenant la période d'adolescence (de 12 ans à 19 ans) avec un effectif de 39 enfants soit un pourcentage de 88,64%.

III.2.2. Le sexe

Graphique 1 : Répartition des patients selon le sexe



La population de notre étude était composée de 26 patients de sexe masculin (59,09%) et 18 patients de sexe féminin (40,91%). Le sex Ratio est de 1,44 en faveur du sexe masculin. Pour notre cas, les patients de sexe masculin étaient les plus inobservants que les patients de sexe féminin.

III.2.3. Lieu de provenance

Tableau V : Répartition des patients selon le lieu de provenance

Adresse	**Effectif**	**Fréquence**
Bujumbura mairie	41	93,18%
Kayanza	1	2,27%
Muramvya	2	4,55%
TOTAL	**44**	**100,00%**

Le lieu de provenance peut être un facteur d'inobservance au traitement ARV en fonction de la non-proximité et la difficulté d'accès au CPAMP car malgré que la plupart des patients habite à Bujumbura, nombreux sont ceux qui habitent dans les quartiers périphériques et les collines surplombant la ville de Bujumbura.

Au cours de notre étude, la province de Bujumbura mairie était la plus représentée avec 41 patients soit 93,18% des cas. Les autres provinces représentées sont la province de Muramvya avec 2 patients (4,55%) et la province de Kayanza avec 1patient (2,27%).

III.2.4. Le niveau scolaire

Tableau VI : Répartition des patients selon le niveau de scolarité

Niveau scolaire	Effectif	Fréquence
Non scolarisé	3	6,82%
Primaire	25	56,82%
Secondaire	16	36,36%
TOTAL	**44**	**100,00%**

Le niveau de scolarité est un facteur d'inobservance dans le sens où le patient a besoin de savoir lire et interpréter les prescriptions. Au-delà de ça, Le patient a besoin de comprendre ce qui lui arrive et cela grâce à son degré de scolarité.

Les patients scolarisés étaient au nombre de 41 soit 93,18% des cas. Les patients ayant un niveau de formation primaire prédominaient avec 25 élèves soit 56,82% des cas. Les patients avec le niveau de formation secondaire étaient représentés par 16 élèves soit 36,36% des cas. Ceux qui n'étaient pas scolarisés étaient au nombre de 3 patients (6,82%) dont deux abandons scolaires et un enfant en âge préscolaire.

III.2.5. L'annonce de la maladie

Tableau VII: Répartition des patients selon l'annonce de l'infection VIH

Annonce du VIH	Effectif	Fréquence
Annonce totale ou définitive	39	88,64%
Annonce partielle	3	6,82%
Annonce non encore faite	2	4,54%
Total	**44**	**100%**

L'annonce de la maladie est capitale pour la suite de la prise médicamenteuse chronique. Selon l'annonce de l'infection au VIH, 39 patients soit 88,64% des cas avaient bénéficié de l'annonce définitive.

Concernant l'annonce partielle de l'infection VIH, 3 patients, soit 6,82%, étaient en cours d'être formés et informés sur leur maladie et 2 patients n'avaient pas encore bénéficié d'une annonce partielle.

III.2.6. Le mode de transmission

Tableau VIII : Répartition des patients selon le mode de transmission

Mode de transmission	Effectif	Fréquence
Transmission verticale	43	97,73%
Transmission horizontale	1	2,27%
TOTAL	**44**	**100,00%**

Selon le mode de transmission, les patients ayant contacté le VIH par transmission verticale étaient au nombre de 43 soit 97,73% de cas. Nous avons eu un seul patient ayant contracté le VIH par transmission horizontale soit un pourcentage de 2,27%. Cette patiente était une adolescente de 18ans.

III.3. Situation familiale des patients

III.3.1. Le nombre d'enfants séropositifs dans la fratrie

Tableau IX: Répartition selon le nombre d'enfants séropositifs dans la fratrie

Enfants séropositifs	Effectif	Fréquence
1	38	86,36%
2	5	11,36%
3	1	2,27%
TOTAL	**44**	**100,00%**

Dans la fratrie, il peut y avoir des enfants séropositifs et d'autres non. Cela influe sur l'observance au traitement car le fait d'être le seul enfant séropositif dans une fratrie affecte l'intimité de la prise médicamenteuse pour l'enfant et devient ainsi un facteur d'inobservance au traitement ARV.

Selon le nombre d'enfants séropositifs dans la fratrie, 38 patients, soit 86,36% étaient issus d'une fratrie où ils étaient les seuls enfants avec le statut de séropositif.

Dans la plupart des cas de cette catégorie, l'enfant séropositif était soit sous la garde du tuteur, soit des enfants nés de mères célibataires ou des enfants nés seuls. Nous avons également noté 5 patients qui vivaient dans une fratrie où ils sont 2 enfants séropositifs, soit un pourcentage de 11,36% et 1 seul patient vivait dans une fratrie de 3 enfants vivant avec le VIH, soit un pourcentage de 2,27%.

III.3.2. Le statut vital des parents

Tableau X : Répartition selon le statut vital des parents

Statut social	**Effectif**	**Fréquence**
Deux parents en vie	28	63,64%
Orphelin de mère	6	13,64%
Orphelin de père	5	11,36%
Orphelin des deux parents	5	11,36%
TOTAL	**44**	**100,00%**

Selon le statut vital des parents, les patients qui ont les deux parents en vie étaient au nombre de 28 soit 63,64% de cas, 6 patients étaient orphelins de mère soit 13,64% de cas, 5 patients étaient orphelins de père soit 11,36% de cas et 5 autres étaient orphelins des deux parents soit 11,36% de cas. La particularité de ces données pour cette catégorie est que même si les deux parents étaient en vie, ils pouvaient être des couples séparés.

Avoir les deux parents en vie réconforte l'enfant et surtout l'adolescent dans son accompagnement de prise médicamenteuse et suivi chronique. Le statut d'orphelins est un facteur d'inobservance surtout pour les enfants orphelins des deux parents qui se retrouvent souvent sous la garde des tuteurs.

III.3.3. La garde des enfants

Tableau XI : Répartition des patients selon la garde des enfants

Garde de l'enfant	Effectif	Fréquence
Les parents	32	72,73%
Le tuteur	12	27,27%
TOTAL	**44**	**100,00%**

Selon la garde des enfants, les enfants dont la garde est assurée par les parents étaient au nombre de 32, soit 72,73% de cas. Ici, il faut noter que la garde est souvent assurée par un seul parent surtout pour les cas de patients orphelins et les patients issus des couples séparés. Les enfants dont la garde est assurée par un tuteur étaient au nombre de 12 soit 27,27% de cas. Et parmi eux, 2 patients étaient adoptés tandis que les autres étaient sous la garde des parentés de la famille élargie.

III.3.4. La sérologie du père

Tableau XII : Répartition selon la sérologie du père

Sérologie père	Effectif	pourcentage
Positive	21	47,73%
Non connue	17	38,64%
Négative	6	13,64%
TOTAL	**44**	**100,00%**

Selon la sérologie du père, 21 patients étaient issus des pères séropositifs soit 47,73% de notre population d'études. 17 patients, soit 38,64%, étaient issus des pères qui ne connaissaient pas leurs sérologies et 6 patients étaient issus de pères séronégatifs.

La sérologie des parents peut être un facteur d'inobservance au traitement ARV surtout avec la discrimination dans les couples discordants, la difficulté dans l'accompagnement pour l'enfant quand le parent est inobservant et le partage des molécules rendant les doses insuffisantes.

III.3.5. La sérologie de la mère

Tableau XIII : Répartition des patients selon la sérologie de la mère

Sérologie mère	Effectif	Pourcentage
Négative	1	2,27%
Positive	43	97,73%
TOTAL	**44**	**100,00%**

D'après la sérologie de la mère, 43 patients, soit 97,73% des cas, étaient issus des mères séropositives connues et un patient de notre population d'études avait une mère séronégative et il représentait 2,27% de cas.

Ce dernier cas coïncide avec le cas de la patiente qui a contracté le VIH par transmission verticale.

III.4. Situation selon les Facteurs liés à la maladie et à la thérapie

III.4.1. le nombre d'hospitalisation

Tableau XIV: Répartition des patients selon le nombre d'hospitalisation

Nombres d'Hospitalisations	Effectif	Fréquence
Pas d'hospitalisations	26	59,09%
1 à 3 hospitalisations	14	31,82%
Plus de 3 hospitalisations	4	9,09%
TOTAL	**44**	**100,00%**

Les hospitalisations répétées sont le résultat d'un échec thérapeutique et un indicateur de stade clinique avancé. Ainsi, cela constitue un indicateur important de l'inobservance au traitement.

Selon le nombre d'hospitalisation, 26 patients, soit 59,09% de notre population d'études n'avaient jamais connu d'hospitalisation. 14 patients, soit 31,82%, ont été hospitalisé entre 1 et 3 fois et 4 patients représentés par un pourcentage de 9,09% avaient été hospitalisés plus d'une fois.

III.4.2. L'oubli des doses d'ARV

Tableau XV : Répartition des patients selon l'oubli des doses

Oubli des doses	Effectif	Fréquence
Non	9	20,45%
Oui	35	79,55%
TOTAL	**44**	**100,00%**

L'oubli des doses est un facteur important de l'inobservance au traitement ARV. Les cas identifiés comme non oubli des doses sont surtout des cas où le patient n'oublie pas sa prise quotidienne mais la refuse carrément.

Dans notre étude, 33 patients, soit un taux de 79,55% signalaient une notion d'oubli de dose et 9 patients, soit 20,45% ne signalaient pas une notion d'oubli de dose.

III.4.3. Le refus des médicaments

Tableau XVI : Répartition des patients selon le refus des médicaments

Refus des médicaments	Effectif	Fréquence
Oui	9	20,45%
Non	35	79,55%
TOTAL	**44**	**100,00%**

Selon le refus de médicaments, 35 patients, soit 20,45% de toute la population avaient une bonne prise de médicaments. 9 patients, soit 79,55% avaient connu au moins une notion de refus de médicaments.

III.4.4. La personne qui administre les médicaments

Tableau XVII : Répartition des patients selon la personne qui administre les médicaments

La personne qui administre les médicaments	Effectifs	Fréquence
Le patient lui même	34	77,28%
Parents	9	20,45%
Tuteurs	1	2,27%
TOTAL	**44**	**100%**

Selon les résultats de notre étude, 34 patients prennaient les médicaments par eux même, soit un taux de 77,28%. 9 patients représentés par un pourcentage de 20,45% étaient aidés par leur parent et un seul patient était aidé par son tuteur et il est représenté à 2,27%.

La personne qui administre les médicaments a une grande responsabilité dans le suivi thérapeutique de l'enfant et surtout du jeune adolescent. Son indisponibilité ou son irrégularité dans le suivi peut causer l'inobservance au traitement et ainsi aboutir à l'échec thérapeutique.

III.4.5. La ligne thérapeutique ARV du patient

Tableau XVIII : Répartition des patients selon la ligne thérapeutique ARV du patient

Types de traitement	Molécules	Effectif	Pourcentage	N : Total
Traitement de 1ère ligne	TLD	15	46,88%	N=32 72,73%
	Duovir N jr	3	9,38%	
	Kivexa+Eff	4	12,50%	
	Atripla	9	28,13%	
	ABC +3TC+NVP	1	3,13%	
Traitement de 2ème ligne	Kivexa jr+DTG	10	83,33%	N=12 27,27%
	Kivexa+ATZr	2	16,67%	
	Bactrim+INH	4	9,09%	
	Bactrim+Albendazole	2	4,55%	

Dans notre étude, 32 patients soit 72,73% de notre population d'études étaient sous traitement de 1ère ligne, et 12 patients, soit 27,27% étaient sous traitement de 2ème ligne.

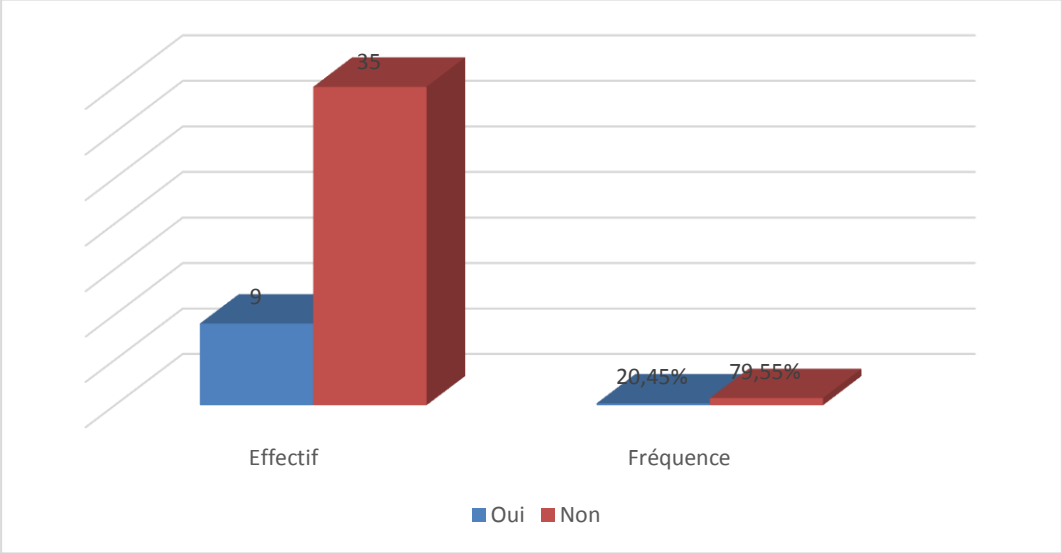
Pour les patients qui sont sous traitement ARV de 1ère ligne, 15 patients soit 46,88% des cas étaient sous TLD, 9 patients soit 28,12% des cas étaient sous Atripla, 3 patients soit 9,38% de cas étaient sous Duovir N jr, 4 patients soit 12,50% des cas étaient sous Kivexa+Effavirenz, et 1 patient soit 3,12% de cas était sous ABC +3TC+NVP. Ici les pourcentages sont calculés à partir de 32 (100%) comme chiffre de la population totale.

Pour les patients qui sont sous traitement ARV de 2ème ligne, 10 patients étaient sous Kivexa jr+DTG soit 83,33% des cas et 2 autres patients soit 16,67% de cas étaient sous Kivexa+ATZr. Ici les pourcentages sont calculés à partir de 12 (100%) comme chiffre de la population totale.

L'introduction du dolutegravir DTG a influencé beaucoup la ligne de traitement de plusieurs patients qui se sont retrouvés sous TLD soit sous forme de 1ère intention ou sous forme de 2ème intention.

III.4.6. Les effets secondaires aux ARV

Graphique 2 : Répartition des patients selon l'existence des effets indésirables aux ARV



Les patients qui ont développé des effets secondaires suite à la prise d'ARV se retrouvent généralement dans une situation de refus de prise médicamenteuse. Dans notre étude, 35 patients, soit 79,55% n'avaient jamais présenté d'effets secondaires suite à la prise d'ARV et 9 patients, soit un taux de 20,45%, avaient déjà présenté des effets secondaires.

III.4.7. Les connaissances sur le VIH et la bonne observance à travers l'ETP

Tableau XIX : Répartition des patients selon les connaissances acquises sur le VIH et la bonne observance

Connaissance de la maladie à travers l' ETP	Effectif	Fréquence
Oui	39	88,64%
Non	5	11,36%
TOTAL	**44**	**100,00%**

Lors de notre étude, 39 patients soit 88,64% des cas signalaient détenir des connaissances acquises sur le VIH grâce à l'ETP reçue au CPAMP et 5 patients, soit 11,36% n'en avaient pas.

Les patients qui n'avaient pas les connaissances sur le VIH et la bonne observance étaient des patients qui se présentaient surtout rarement dans les ETP et les groupes de parole. C'est la catégorie la plus exposée à l'inobservance au traitement ARV surtout que la majorité des patients s'administrent eux même les médicaments.

III.4.8. La participation dans les groupes de parole

Tableau XX : Répartition des patients selon la participation dans les groupes de parole organisés par le CPAMP

Participation dans les groupes de parole par la CPAMP	Effectif	Fréquence
Participation régulière	24	54,55%
Participation irrégulière	12	27,27%
Participation rare	8	18,18%
TOTAL	**44**	**100,00%**

En ce qui concerne la participation dans les groupes de paroles organisés par le CPAMP, 24 patients, soit 54,55% de cas confirmaient qu'ils y participent régulièrement, 12 patients soit 27,27% de cas signalaient qu'ils y participent irrégulièrement et 8 patients soit 18,18% des cas y participaient rarement.

III.4.9. Moyen d'accès au CPAMP

Tableau XXI : Répartition selon l'accès au CPAMP

L'accès aux CPAMP	Effectif	Fréquence
Difficulté d'accès au CPAMP	42	95,45%
Accès facile au CPAMP	2	4,55%
TOTAL	**44**	**100,00%**

L'accès au centre est déterminant dans l'observance au traitement. L'inaccessibilité géographique et financière est un facteur d'inobservance au traitement ARV. D'après les résultats de notre étude, 42 patients avaient des difficultés d'accès au CPAMP soit 95,45% des cas et 2patients soit 4,55% des cas n'avaient pas de difficulté d'accès au CPAMP.

III.4.10. La charge virale

Tableau XXII : Répartition des patients selon la charge virale

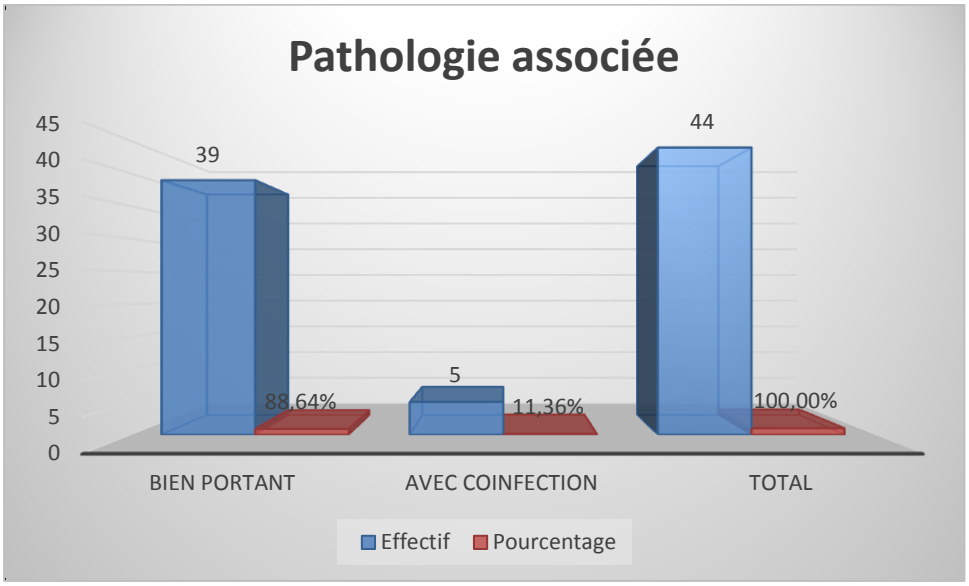
Charge Virale (copies/ml)	Effectif	Fréquence
50 - 1000	2	4,55%
1000 – 10.000	10	22,73%
10.000-100.000	25	56,82%
Plus de 100.000	7	15,90%
TOTAL	**44**	**100,00%**

La charge virale considérée était celle évaluée à moins de 3mois avant notre entretien avec le patient. La charge virale est un indicateur important de l'inobservance car elle nous montre l'échec virologique qui est la première conséquence de l'inobservance au traitement ARV.

Dans notre étude, 25 patients soit 56,82% des cas possèdent une charge virale comprise entre 10.000 et 100.000 copies, 10 patients soit 22,73% des cas possèdent une charge virale comprise entre 1000 et 10.000 copies, 7 patients possèdent une charge virale supérieure à 100.000 copies soit 15,90% des cas et 2 patients soit 4,55% des cas possèdent une charge virale comprise entre 50 et 1000 copies.

III.4.11. L'existence d'une pathologie associée au moment de l'étude

Graphique 3 : Répartition des patients selon l'existence d'une pathologie associée au moment de l'étude



Dans notre étude, 39 patients soit 88,64% des cas étaient bien portant et 5 patients soit 11,36%des cas avaient une pathologie associée. Les patients qui avaient une pathologie associée était beaucoup plus exposées aux oublis de dose et aux refus des médicaments, et ainsi à l'inobservance au traitement ARV. L'existence de pathologies associées peut également être un marqueur d'inobservance au traitement ARV comme un indicateur d'échec clinique.

III.5. Influence selon les facteurs psychosociaux

III.5.1. La suspicion du VIH dans l'entourage

Tableau XXIII : Répartition des patients selon la suspicion de l'infection à VIH dans l'entourage

L'entourage suspecte le VIH	Effectif	Fréquence
Oui	16	36,36%
Non	28	63,64%
TOTAL	**44**	**100,00%**

Dans notre étude, les patients dont l'entourage ne suspectait pas l'infection à VIH étaient au nombre de 28 soit 63,64% des cas et les patients dont l'entourage suspectait la maladie étaient au nombre de 16 soit un pourcentage de 36,36%. Les patients dont l'entourage suspectait la maladie étaient les plus exposés à l'inobservance par refus involontaire de médicaments ou même par crainte de discrimination.

III.5.2. Le rejet par la société ou discrimination

Tableau XXIV : Répartition des patients selon l'existence d'un sentiment de rejet par la société ou de discrimination

Rejet par la société ou discrimination	Effectif	Fréquence
Oui	14	31,82%
Non	30	68,18%
TOTAL	**44**	**100,00%**

Dans notre étude, 30 patients soit 68,18% des cas ne signalaient pas de rejet par rapport à l'entourage et 14 patients soit 31,82% des cas signalaient qu'ils étaient rejetés par l'entourage. Les patients qui se sentaient rejetés par la société étaient les plus exposés à l'inobservance car ils ne bénéficient pas d'un soutien d'accompagnement suffisant.

III.5.3. L'interdiction de la prise des médicaments par la croyance

Tableau XXV : Répartition des patients selon l'interdiction de la prise des médicaments par la croyance

Religion interdit les médicaments	Effectif	Fréquence
Oui	5	11,36%
Non	39	88,64%
TOTAL	**44**	**100,00%**

En ce qui concerne la croyance, 39 patients soit 88,64% des cas n'ont aucun problème de prise médicamenteuse à cause de leur croyance et 5 patients soit 11,36% signalaient que leur croyance interdit la prise de médicaments. Certains de ces 5 patients disaient qu'ils avaient déjà été guéris par leur croyance et d'autres disaient que les médicaments étaient contre leur croyance. La croyance religieuse peut être un facteur d'inobservance au traitement ARV dans la mesure où elle peut être à l'origine de l'arrêt de prise médicamenteuse.

III.5.4. Le recours au tradi-praticien

Concernant le recours au tradi-praticien, aucun de nos patients ne se fait soigner chez les tradi praticiens.

III.5.5. L'usage de substances psycho actives ou consommation d'alcool

Concernant l'usage de substance psycho actives ou consommation d'alcool, aucun de nos patients ne consomme de substances psycho actives ou d'alcool.

IV. DISCUSSION ET REVUE DE LA LITTERATURE

IV.1. Fréquence d'observance

Durant la période de notre étude, la fréquence d'observance était bonne dans 75,2% des cas et mauvaise dans 24.8% des cas.

Ces résultats sont comparables à la série d'**Issa IS** [26] au Mali en 2011 où le niveau d'observance était bon dans 71,7% des cas et mauvais dans 28,3% des cas. Ce même niveau d'observance a été retrouvé chez **Sylla** et **Al** [29] en 2008, avec 79,6% de patients avec bonne observance contre 20,4% en mauvaise observance a Bamako dans une structure de 3eme niveau de la pyramide sanitaire au Mali.

Les taux de bonne observance retrouvés en France par **Trocme** et **al** [34] en 2002 chez les adolescents (72,5%) et 75,7% de **Samba Louaka et al** [35] en 2009 à Brazzaville sont également similaires aux résultats de notre étude.

Mais la série de **Kissougle N. et al** [36] en 2007 au Cameroun a noté un taux bas de bonne observance de 54,6%.

IV.2. Identification et caractéristique des patients

IV.2.1. L'âge

Dans notre série, l'âge moyen de notre population d'études était de 14,31 ans ±3,7 avec des extrêmes allant de 4 à 19 ans. La majorité était des adolescents qui sont d'ailleurs représentés à 88,64% de la population de notre étude.

Ces résultats sont comparables à la série de **N. Trocmé** et **Al** [34] en France en 2002 dans laquelle ils ont trouvé que l'âge moyen était de 15 ans 5mois avec des extrêmes allant de 4mois à de 15ans 8mois.

Dans la série de **Nkurunziza B** [18] au Burundi en 2018, l'âge moyen était de 13,6ans avec des extrêmes allant de 2 à 19ans.

Par contre dans la série d'**Issa IS** [26] à l'hôpital de Sikasso en 2011, l'âge moyen de l'échantillon était de 6 ans ±1,8 avec des extrêmes allant de 5 mois à 14 ans. Le résultat de la série d'Issa pourrait s'expliquer par le fait que son étude a porté sur les enfants dont l'âge était inférieur à 14ans.

D'après la littérature, les adolescents infectés par le VIH sont soumis à des conflits intrapsychiques inhérents. De plus, le poids d'un lourd passé médical et d'une histoire familiale souvent complexe, fragilise de plus ces patients qui présentent une observance au traitement difficile liée à cette tranche d'âge [51].

IV.2.2. Sexe

L'échantillon comptait 26 garçons et 18 filles avec un sex- ratio de 1,44 en faveur des garçons.

Des résultats similaires ont été trouvés dans la série d'**Issa IS** [26] au Mali en 2011. L'échantillon comptait 51 garçons et 41 filles avec un sex- ratio de 1,24 en faveur des garçons. Dans la série de **Nkurunziza B** [18] en 2018 sur l'échec thérapeutique chez les enfants infectés par le VIH sous traitements antiretroviraux qui est la conséquence de l'inobservance au traitement, un sex ratio de 1,17 en faveur de garçons a été signalé.

La revue de la littérature nous montre que la fréquence la plus élevée de l'inobservance chez les garçons peut s'expliquer par le fait que les adolescents éprouvent plus de désir de liberté et sont moins compliants que les filles du même âge [37].

IV.2.3. Niveau de scolarité

Dans notre série, 93,18% des patients sont scolarisés avec une prédominance du niveau primaire. Des résultats similaires ont été retrouvés par d'autres auteurs.

Dans la série d'**Issa IS** [26] au Mali en 2011, Nous y retrouvons une prédominance des enfants scolarisés avec un pourcentage de 71,7%.

Le niveau de scolarité nous montre le degré de compréhension des enfants qui est un facteur qui peut influencer l'inobservance au traitement. Dans notre étude, la prédominance de patients dont le niveau scolaire est primaire montre le faible degré de compréhension, l'échec scolaire et le retard scolaire qui ont comme conséquence l'inobservance au traitement ARV chez l'enfant et l'adolescent.

IV.2.4. L'annonce de la maladie

Dans notre série, 88,64% des patients ont déjà bénéficié de l'annonce définitive de leur maladie et 3 patients sont en cours d'être informés.

Dans notre étude, l'inobservance au traitement ARV chez les enfants n'est pas liée à l'annonce de la maladie.

L'annonce de la maladie reste un facteur incontournable dans la bonne observance au traitement ARV chez l'enfant. L'enfant a besoin de comprendre ce qui lui arrive, de mettre du sens sur les prises médicamenteuses quotidiennes. Les informations transmises pendant la préparation de l'annonce, et l'annonce du diagnostic du VIH en elle-même ont pour effet, généralement, d'améliorer l'observance [16].

L'annonce mal faite, faite en retard ou non faite est problématique pour l'enfant et surtout le jeune adolescent et se présente comme un des facteurs d'inobservance au traitement ARV [16].

Il faut aussi noter que l'accompagnement post annonce dont bénéficient les enfants suivis au CPAMP est un facteur de bonne observance car il est interdisciplinaire et aide les enfants à être plus observants au traitement.

IV.2.5. L'Education thérapeutique du patient (ETP)

Dans notre série, 88,64% des patients confirment avoir acquis des connaissances sur le VIH à travers l'ETP.

L'inobservance au traitement ARV chez les enfants et les adolescents suivis au CPAMP n'est pas liée à l'absence de l'ETP car l'ETP a été donnée pour la plupart de nos patients.

D'après la littérature, l'ETP permet le transfert d'informations qui doivent être régulièrement répétées, afin d'aider le parent et l'enfant à maintenir leur motivation, en particulier lorsque les circonstances extérieures (familiales, financières,…) sont défavorables.

En fonction de son âge, et au plus tard dès 7 ou 8 ans, l'enfant doit recevoir des explications sur sa maladie, les prises quotidiennes de traitements, en particulier lorsqu'il est en bonne santé [3].

IV.3. Situation familiale des patients

IV.3.1. La garde des enfants

Selon la garde des enfants, dans 72,73% des cas, la garde est assurée par les parents et dans 27,27% de cas ,la garde est assurée par le tuteur.

Dans la série de **Calixte IP** et **Coll** [38] au Cameroun en 2013, 67,1% des enfants sont gardés par leurs mères seules.

Dans la série d'**Issa IS** [26] en 2011 au Mali, 58,7% des cas les enfants étaient sous la garde des autres parents contre 41,3% par au moins un parent biologique.

Dans notre étude, la majorité de nos patients ont encore les deux parents en vie.

Dans la revue de la littérature, la garde de l'enfant peut influer sur l'inobservance au traitement car les enfants à la garde d'autres personnes que leurs parents sont souvent abandonnés à eux-mêmes et la surveillance de la prise des médicaments ne se fait pas de façon rigoureuse [37, 39, 26].

IV.3.2. La sérologie du père et de la mère

Dans notre série, 97,73% de nos patients ont des mères dont la séropositivité est connue. Par contre, Nous remarquons un chiffre élevé de cas de sérologie non connue chez le père qui s'élève à 38,64% des cas.

L'inobservance au traitement ARV chez l'enfant peut être due ici au fait qu'il y'a existence de couple séro-discordant qui oblige l'enfant à entrer dans un processus complexe d'intimité de prise médicamenteuse de peur d'être vu et ainsi révéler sa séropositivité a son parent séronégatif. Les secrets de famille s'ajoutent au secret sur la maladie [53].

IV.3.3. Le statut vital des parents

Selon le statut vital des parents dans notre étude, les enfants qui sont orphelins d'au moins un parent sont représentés par un pourcentage de 36,36%.

Ce résultat est différent des 60,9% de patients orphelins d'au moins un parent dans la série de **Trocme et al** [34] en France en 2002 et il est également différent de 69,5% de cas constatés dans la série de **Sylla et al** [29] au Mali. Dans la série de **Issa IS** [26], les enfants qui étaient orphelins d'au moins d'un parent dominent également avec 58,7% de cas.

Dans notre étude, la plupart de nos patients sont connus non orphelins. Cependant, il existe d'autres facteurs similaires comme les patients qui sont issus soit de couples séparés, soit de parents célibataires.

D'après la littérature, le statut d'orphelins et tout autre statut obligeant l'enfant sous traitement ARV à ne pas vivre avec ses parents biologiques sont parmi les causes d'inobservance au traitement ARV chez les enfants. Le statut d'orphelins expose l'enfant à la discrimination, au rejet, à la garde non parentale et aux autres facteurs aboutissant à l'inobservance [20].

IV.4. Situation selon les Facteurs liés à la maladie et à sa thérapie

IV.4.1. La ligne thérapeutique

Dans notre étude, 72,73% de notre population d'études sont sous traitement de 1ère ligne et ils représentent la majeure partie de notre échantillon.

Des résultats similaires ont été retrouvés chez d'autres auteurs.

Dans la série de **Nkurunziza B** [18] au Burundi en 2018 concernant l'échec thérapeutique chez l'enfant , 90,5% des patients étaient sous traitement de première ligne. Dans la série de **Ngabirano JE** [40] au Burundi en 2015, une série qui ne partage pas la même population d'étude mais qui parle de l'apport de la charge virale, 88% des patients étaient sur le traitement de première ligne. Dans la série d'**Issa IS** [26] au Mali en 2011, 89,1% des patients étaient sous traitement de première ligne.Dans la série de **Mamadou T** [39] au Mali en 2009, 99,1% des patients étaient sous traitement de première ligne.

Dans notre étude, la combinaison médicamenteuse d'ARV la plus utilisée dans la première ligne est le TLD, une combinaison thérapeutique de TDF+3TC+DLG à dose fixe à une prise unique par jour.

L'inobservance au traitement ARV conduit à l'échec thérapeutique et à l'émergence des résistances et le TLD se présente comme une molécule efficace dans la lutte contre les effets de l'inobservance. C'est une molécule nouvellement introduite dans les schémas thérapeutiques (2018) et reconnue pour son efficacité et sa tolérance.

Les études cliniques ont en effet démontré que les schémas thérapeutiques utilisant le Dolutégravir entraînent une suppression rapide de la charge virale, moins d'effets secondaires et d'interactions médicamenteuses, des taux plus bas d'arrêt de traitement, de même qu'une barrière génétique plus élevée contre la résistance aux médicaments en comparaison aux schémas actuels utilisés dans les pays à revenus faibles et dans les pays à revenus intermédiaires [10].

Le traitement de première ligne comprend des schémas thérapeutiques plus simplifiés avec un nombre de comprimés plus réduits par jour, ce qui favorise l'observance thérapeutique aux ARV [10].

IV.4.2. Les effets secondaires

Dans notre étude, 20,45% des patients ont déjà présenté des effets secondaires et 35 patients, soit 79,55% n'ont jamais présenté d'effets secondaires suite à la prise d'ARV.

Des résultats similaires ont été trouvés par **Issa IS** [26] au Mali en 2011 où 14,1% des patients ont présenté au moins un effet secondaire.

Ngabirano JE [40] au Burundi en 2015 et **Mamadou T [39]** au Mali en 2009 avaient noté que les effets secondaires sont citées par les patients comme raison d'inobservance.

Ceci s'explique par le fait que la survenue des effets indésirables du traitement favorise l'inobservance. L'existence des effets secondaires liés au traitement en cours peut conduire au refus ou à l'oubli des doses et ainsi aboutir à l'inobservance du traitement ARV chez les enfants et les adolescents [41].

IV.4.3. Oubli des doses

Dans notre série, 79,55% des patients signalent une notion d'oubli de dose.

Ces résultats sont comparables à ceux d'**Issa IS** [26] au Mali en 2011 où il note que les types d'inobservance sont dominés par les prises manquées à 76,9%.

Dans la série de **Trocme** et **al** [34]**,** les résultats trouvés sont comparables aux nôtres avec 72,5% de patients qui signalent une notion d'oubli des doses.

Ngabirano JE [40] au Burundi en 2015**, Oumar AA et Coll [5]** au Mali en 2016**, Vanthournout B et Coll [42], Sylla** et **Al [29] et Mamadou T [39]** au Mali en 2009 avaient également enregistré l'oubli comme cause d'inobservance dans leur série.

La revue de la littérature nous montre que l'oubli chez un adolescent est en fonction des circonstances, que ce soit en vacances, en weekend, ou encore des problèmes comparables à ceux de l'adulte.

L'oubli des doses conduit à l'inobservance au traitement ARV chez l'enfant ou l'adolescent en plusieurs étapes successives à savoir les sauts de doses, les interruptions et l'arrêt définitif de prises d'ARV [26].

IV.4.4. Prophylaxie au cotrimoxazole

Selon la prophylaxie au cotrimoxazole, tous les patients de notre échantillon reçoivent le cotrimoxazole comme traitement associé aux ARV.

Ce résultat est comparable à celui de **Nkurunziza B** [18] au Burundi qui avait noté 95,9% de patients recevant le cotrimoxazole.

Dans la série de **Tinto SM** [43] en 2013 tous les enfants bénéficiaient de la prophylaxie au cotrimoxazole

Dans la série de **Ndondonki MKE** [44] en 2012 en France, 90,8% des patients prenaient le cotrimoxazole.

Ceci s'explique par le fait que depuis le début de l'épidémie à VIH, la prophylaxie par le CTX est considérée comme une intervention faisable, bien tolérée et économique pour prévenir les infections opportunistes et les pathologies concomitantes chez les personnes vivant avec le VIH [45].

L'existence des infections opportunistes aboutit à l'inobservance au traitement ARV. De nouvelles données montrent qu'outre ses avantages connus sur le plan de la morbidité et de la mortalité, la prophylaxie par le CTX permet de prévenir le paludisme et plusieurs infections bactériennes chez l'adulte comme chez l'enfant sous TAR. Sur la base des nouvelles données, l'OMS recommande d'intégrer la prophylaxie par le CTX dans les soins du VIH dans les milieux où les ressources sont limitées [45].

IV.4.5. La charge virale

Dans notre série, 4,55% de notre population d'études possèdent une charge virale comprise entre 50 et 1000 copies/ml, 22,73% possèdent une charge virale comprise entre 1000 et 10.000 copies/ml, 56,82% possèdent une charge virale comprise entre 10.000 et 100.000 copies/ml tandis que 7patients possèdent une charge virale supérieure à 100.000 copies/ml soit 15,90% de la population totale de l'étude.

Dans la série de **Nkurunziza B** [18], 28,4% des patients possèdent une charge virale comprise entre 1000 et 10000 copies/ml ; 37,8% des patients possèdent une charge virale comprise entre 10000 et 100000 copies/ml et 33,8% des patients possèdent une charge virale supérieure à 100000 copies.

Dans la revue de la littérature, une bonne observance dans l'administration d'ARV entraîne une chute de la charge virale avec pour conséquence une restauration de l'immunité [46]. La charge virale est déclarée non détectable quand elle est en dessous de 50copies/ml [47].

L'inobservance au traitement ARV conduit à la survenue de l'échec virologique, immunologique et clinique et à la survenue des résistances [14,15].

IV.4.6. L'accès au CPAMP

Concernant l'accès au CPAMP, 42 patients se déplacent à pied soit 95,45% des cas.

D'après la littérature, le statut économique souvent caractérisé par un manque de moyen conduit à l'inobservance au traitement ARV surtout chez les enfants [20].

Ici pour notre cas, le manque de moyen est traduit par l'incapacité à se procurer un déplacement adéquat surtout pour les enfants qui habitent loin du CPAMP.

IV.5. Les causes psychosociales de l'inobservance.

IV.5.1. La suspicion de la maladie et la stigmatisation dans l'entourage

Dans notre série, 36,36% des patients signalent que leur séropositivité est suspectée par leur entourage et 31,82% des patients signalent qu'ils éprouvent un sentiment de rejet par l'entourage.

D'autres auteurs ont trouvé que la suspicion et la stigmatisation étaient parmi les causes identifiées de la non-observance.

Dans la série de **Ngabirano JE** [40] en 2015 au Burundi, la discrimination était citée par les patients comme raison d'inobservance.

Dans la série de **Mamadou T** [39] au Mali en 2009, la peur de stigmatisation a également été identifiée comme cause d'inobservance.

Dans la série de **Vanthournout et Coll** [42] la crainte d'être vue lors de la prise de médicament a été citée comme motif d'inobservance.

La stigmatisation, ou la crainte de la stigmatisation au sein de la famille ou dans la communauté, les difficultés à vivre avec le secret et la suspicion de la maladie dans l'entourage sont des facteurs conduisant le patient à l'inobservance au traitement. Elles conduisent aux problèmes psychosociaux que rencontrent tout patient non accompagné suffisamment et cela aboutit à l'incapacité du patient à adhérer au traitement [33].

IV.5.2. Usage des substances psychoactives et recours au tradi-praticiens

Dans notre série, concernant le recours au tradi-praticien, aucun de nos patients ne se fait soigner chez les tradi praticiens. Concernant l'usage de substance psychoactives ou consommation d'alcool, aucun de nos patients ne consomment de substances psycho actives ou consommation d'alcool.

Le recours au tradi-praticien et l'usage de substances psychoactives sont des freins à la bonne observance thérapeutique de l'enfant et surtout de l'adolescent [20].

La dépression et l'usage de substances psychoactives peuvent être la cause de difficultés vis-à-vis de l'observance chez les adolescents [48].

L'ETP et les groupes de parole jouent un rôle important dans la sensibilisation des patients contre les dangers que représentent l'usage de ces substances et le recours au tradi-praticiens [49,50].

V. CONCLUSION ET SUGGESTIONS

V.1. Conclusion

Les facteurs d'inobservance au traitement ARV chez les enfants sont nombreux et variés. Ces facteurs sont liés soit au patient, soit à son entourage ou soit la thérapie elle-même.

Les principaux facteurs d'inobservance au traitement ARV liés au patient sont surtout l'âge avec une grande prédominance des adolescents, le niveau bas de scolarité, le nombre d'enfants séropositifs dans la fratrie et la personne responsable de la garde de l'enfant.

Les principaux facteurs d'inobservance au traitement ARV liés à la thérapie du patient sont surtout l'oubli de dose, la non-participation dans les groupes de parole, l'accès au CPAMP pour la récupération des ARV, les refus de doses et les effets secondaires à la prise d'ARV.

Les principaux facteurs d'inobservance au traitement ARV liés à son entourage sont entre autre la suspicion du VIH dans l'entourage, le sentiment de rejet par la société et l'interdiction de prise médicamenteuse par la croyance.

A la lumière de ces résultats, il reste beaucoup de choses à faire pour atteindre l'objectif 90-90-90. Ainsi donc, nous formulons les suggestions suivantes :

V.2. Suggestions

Au personnel médical,

- Etablir une relation de confiance pour aider l'enfant et sa famille à parler du VIH le plus possible et le plus tôt possible.
- Assurer la continuité d'une bonne approche dans l'annonce et l'éducation thérapeutique du patient.
- Etre particulièrement attentif aux plaintes des patients en période d'adolescence.
- Prévoir une stratégie d'approche psychothérapeutique à la personne assurant la garde de l'enfant.
- S'assurer que les patients prennent les ARV régulièrement comme prescrit.

Aux personnes assurant la garde de l'enfant,

- Motiver le patient à être conscient de l'impact de l'inobservance au traitement sur sa séropositivité surtout pour les enfants qui sont les seuls à avoir le statut de séropositif dans la fratrie.
- Assurer le secret médical et la confidentialité entre l'enfant et la personne à sa garde afin de lutter contre la discrimination, la stigmatisation et le sentiment de rejet.
- Communiquer régulièrement avec l'enfant surtout dans la période d'adolescence.

Aux autorités sanitaires,

- Décentraliser les centres d'approvisionnement afin d'améliorer l'accès au médicament pour tous.
- Assurer une formation de qualité aux équipes médicales responsables du suivi des patients.

A la population en générale,

- Faire un dépistage régulier surtout pour les populations à risque.
- Se faire dépister avant la conception.

-Faire le suivi régulier de la grossesse et la PTME jusqu'au moment de la fin de la PTME si la mère est séropositive.

- Connaître les méfaits du rejet, de la discrimination et de la stigmatisation d'autrui à cause de sa sérologie car être séropositif n'est pas une fatalité mais un état qui peut être contrôlé.

REFERENCES

[1] WHO, Principaux repères sur le VIH/SIDA disponible sur .who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/hiv-aids [consulté le 30/01/2020]

[2] OMS, les enjeux de la stratégie mondiale du secteur de la santé contre le VIH,2016-2021 disponible sur https://apps.who.int/iris/handle/10665/250576 [consulté le 29/01/2020]

[3] Sidaction, Définitions, Inobservance totale et échec thérapeutique et Les trois déterminants de l'observance du document http: //www.grandir.sidaction.org/documents/fiche-pratique-24-observance-et-inobservance-definitions-diagnostic-et-consequences/ consulté le 30/01/2020

[4] D.L.Dahourou, V.Leroy, **Défis et perspectives de l'observance du traitement antirétroviral pédiatrique en Afrique subsaharienne. Médecine et maladies infectieuses Vol 47, issue 8, Décembre 2017, p511-518.**

[5] Oumar A, Katile D, Maiga B, Toure A, et Coll 2016. **Evaluation de l'observance thérapeutique aux antirétroviraux chez l'enfant à Segou, Mali. Anthropo 2016,35,83-89).**

[6] Rosenheim M. et **Kapita BM**. SIDA infection VIH, aspect en zone tropicale. Med trop. Edition Marketing-Ell, pes, 1999, 68-71.

[7] ONUSIDA, STATISTIQUES MONDIALES SUR LE VIH disponible sur http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/UNAIDS_FactSheet_fr.pdf consulté le 03/02/2020.

[8] ONUSIDA, Rapport ONUSIDA sur l'épidémie mondiale du SIDA en 2015

[9] MINISTERE DE LA SANTE ET DE L'HYGIENE PUBLIQUE. REPUBLIQUE DE COTE D'IVOIRE. Directives Nationales de Prévention de la transmission Mère-Enfant du VIH et du traitement ARV chez les enfants et adolescents vivant avec le VIH en Côte d'Ivoire, 2019

[10] MSPLS, PNLS. Addendum aux Directives Nationales d'utilisation des Antirétroviraux pour la prévention et le traitement du VIH au Burundi, Juillet 2018

[11] WHO, updated recommendations on first-line and second-line antiretroviral regimens and post-exposure prophylaxis and recommendations on early infant diagnosis of HIV, supplement to the 2016 consolidated guidelines on the use of antiretroviral drugs for treating and preventing HIV infection, December 2018.

[12] MSPLS, PNLS. Directives nationales d'utilisation des antirétroviraux pour la prévention et le traitement du VIH au Burundi, Novembre 2016

[13] WHO, update of recommendations on first- and second-line antiretroviral regimens, July 2019.

[14] WHO. Clinical guidelines: Antiretroviral therapy. Sources: Guideline on when to start antiretroviral therapy and on pre-exposure prophylaxis for HIV. Geneva: 2015 disponible:

http:/www.who.int/hiv/guidelines/earlyrelease-arv/en.

Consulté le 13/02/2018

[15] André SL. L'enfant en Afrique au risque du VIH/SIDA : Observance chez l'enfant et l'adolescent. 8èmes rencontres Nord-Sud, Mardi 26 Novembre 2013.

[16] Grandir 2017 ; Quelques grands repères de « Guide sur l'annonce du VIH à l'enfant et à l'adolescent » Manuel pratique à destination des soignants en Afrique disponible sur http://www.grandir.sidaction.org/wp-content/uploads/2017/05/Grandir-Guide-Annonce-2017.pdf

[17] Yeni P., Prise en charge MEDICALE des personnes infectées par le VIH. Paris, 2010, pp. 32–60.

[18] Nkurunziza B. Echec thérapeutique chez les enfants infectés par le VIH sous traitements antiretroviraux. Cas du CHUK, SWAA BUJUMBURA et Centre TURIHO (ANSS BUJUMBURA). Mémoire de spécialisation& Ped. Université du BURUNDI. Bujumbura, 2018.

[19] Yeni P. Prise en charge des personnes infectées par le VIH. Flammarion, Edition 2009 Paris ; p.384

[20] Formation en counseling du VIH/SIDA : manuel de référence JHPIEGO Mars 2005

[21] OMS Initiative VIH/SIDA et infections sexuellement transmissibles. Sécurité et efficacité des traitements antirétroviraux chez l'adulte plus particulièrement en situation de ressources limitées. WHO/HSI/2000.

[**22] Eholié SP, N'Dour CT, Cissé M, Bissagnene E, Girard PM.** L'observance aux traitements antirétroviraux : particularités africaines .Méd. Mal Infect 2006,36 :443-448 .

[23] ONUSIDA. HIV and AIDS Estimates, Burundi 2017 Latest Global And Regional HIV Statistics. Disponible: aidsinfo.unaids.org consulté le 29/8/2018

[24] Oumar D. Résistance aux Antirétroviraux chez les enfants et adolescents infectés par le VIH, suivis au service de pédiatrie du CHU Gabriel Touré. Thèse de pharmacie, université de BAMAKO, Aout 2014.

[25] MSF. Faire de la charge virale un suivi de routine : Réussites et défis de l'utilisation en routine du suivi de la charge virale. Disponible sur www.msfaccess.org/makingviralloadroutine 2016

consulté le 14/4/2018

[26] Issa IS. Evaluation du niveau de l'observance au traitement ARV chez les enfants à l'hôpital de Sikasso. Thèse Médecine, Université de Bamako, 2010.

[27] David M et Laurent H, Véronique S, Guide de prise en charge de l'infection à VIH chez l'enfant et l'adolescent. 2ème édition (2013). Article disponible sur www.grandir.sidaction.org

Consulté le 27/12/2019

[28] Malik C. Prise en charge précoce de l'infection par le VIH du nourrisson de deux ans en Afrique de l'Ouest : accessibilité, acceptabilité, observance et efficacité du traitement antirétroviral de première ligne basé sur le lopinavir et ses déterminants dans la cohorte initiale MONOD ANRS 12206. Santé publique et épidémiologie. Université de Bordeaux, 2015.

[29] Sylla M, Dicko, Traoré F, Oumar A et al. Adherence to antiretroviral medications in children with HIV infection. Arch Ped, 16 Jun 2008, 15(8):1356-1357.

[30] Ndondoki MKE. Recherche et évaluation des stratégies de prise en charge précoce de l'enfant infecté par le VIH en Afrique de l'Ouest : Accès, efficacité et déterminants. Thèse de Santé publique, université Bordeaux Segalen, Mars 2012.

[31] Grandir 2017, Observance et inobservance : Définition, diagnostic et conséquence.
Disponible :www.grandir.sidaction.org/WP
Content/uploads/2017/01/fiche pratique 24.

[32] Carriéri P, Marcellin F, Spire B, Méthodes pour apprécier l'observance au traitement antirétroviral. Développement et Santé 2007 N°187. 12 NOVEMBRE 2007.

[33] Kathleen B, et David G, Accompagnement du patient enfant infecté par le VIH. MSF-OCB Septembre 2008

[34] Trocmé N. , **Vaudre G. , Dollfus C. , Leverger G.** Observance du traitement antirétroviral de l'adolescent séropositif pour le VIH. December 2002. Archives de Pédiatrie 9(12):1241-1247

[35] Samba Louaka S, Mabiala Babela JR, Mouko A, Senga P. Evaluation de l'observance thérapeutique aux antirétroviraux chez l'enfant à Brazzaville. Archives de pédiatrie 2009,16:486-488.

[36] -Kissougle Nkengo A F, Tietche Felix, Tene Gilbert. Evaluation de l'observance au traitement antirétroviral chez les enfants de 0-15 ans infectes par le VIH. Etude menée au Cameroun sur les enfants traités au centre mère-enfant de la fondation Chantal Biya a Yaoundé. Sidanet, 2007,4(5) :1001.

[37] Kouéta F, Yé D, Zoungrana A, Sacko A, Ouédraogo-Traoré R, Kafando E. Failure of first-line antiretroviral therapy in HIV-infected Children in Ouagadougou, Bukina Faso.Med Trop (Mars) 2010; 70(5-6):517-23.

[38] Callixte IP, Francine SB, Danielle KM, Else CEM et **Coll.** Echecs thérapeutiques chez les enfants infectés par le VIH en suivi de routine dans un contexte à ressources limitées au Cameroun. Pan African Medical. Journal.2013 ;15 :80.

[39] Mamadou T. Echec virologique à six mois de traitement antirétroviral dans le service de Pédiatrie du CHU Gabriel Toure. Thèse de médecine, Université de Bamako 2009.

[40] Ngabirano JE. Apport de la charge virale dans le suivi biologique des PVVIH sous traitement ARV. Thèse de Médecine, Université du Burundi, décembre 2015

[41] Dr David Misdrahi. L'observance thérapeutique, disponible sur le site

https://www.lareponsedupsy.info/ObservanceTherapeutique consulté le 21/4/2020

[42] Vanthournout B., Van Der Kelen E, Elate D, Goetghebuer T, Hainaut M, Levy J. Evaluation clinique de l'adhésion au traitement antirétroviral chez les adolescents infectés par le VIH depuis la petite enfance. Arch ped, 2013, Vol20/pages 348-355

[43] Tinto SM. Echec thérapeutique au cours du suivi des enfants sous triatement antiretroviral au Centre Hospitalier Universitaire Souro Sanou de Bobo Dioulasso ; incidence et facteurs associés. Thèse de Médecine, IN.S.SA, Burkina Faso, Novembre 2013.

[44] Ndondonki MKE. Recherche et évaluationdes stratégies de prise en charge précoce de l'enfant infecté par le VIH en Afrique de l'Ouest : Accès, efficacité et déterminants. Thèse de Santé publique, Université Bordeaux Segalen, Mars 2012.

[45] Prophylaxie au cotrimoxazole contre le paludisme et les infections bactériennes chez les personnes infectées par le VIH**, disponible sur https://www.who.int/hiv/topics/arv/cotrimoxazole_factsheet_dec2014/fr/ consulté le 19/4/202**

[46] Paiardini M, Müller-Trutwin M Immunol Rev HIV-associated chronic immune activation. *Immunological Reviews 2013 Jul; 254(1):78-101.*

[47] Clinique l'actuel affilié à l'université Montréal. La charge virale ; disponible sur https://cliniquelactuel.com/vivre_avec_VIH_test_charge_virale_clinique-medicale-l-actuel.html consulté le 23/4/2020

[48] WHO. Observance du traitement antirétroviral, Article disponible sur le site

https://www.who.int/hiv/pub/guidelines/arv2013/operational/arv2013_chapter09_fr.pdf consulté le 1/5/2020

[49] PNLS Togo, guide national de l'éducateur thérapeutique pour adulte, enfant et adolescent vivant avec le VIH ; Avril 2016.

[**50] Dr Cécile BRUNET-CARTIER, M. Pascal MALO**. L'éducation thérapeutique collective. Palais du grand large, Saint-Malo. 18è JNI, juin 2017.

[51] Annabelle B et Anne S, Adolescence et VIH. L'information psychiatrique 2009: Vol85/(3) : 241- 245.

[52] Elizabeth Glaser Pediatric Aids foundation, Annoncer à un enfant ou un adolescent sa séropositivité au VIH – Boîte à outils ; Document consulté le 04/5/2020. Disponible sur

https://www.pedaids.org/wpcontent/uploads/2019/01/NewHorizonsDisclosureToolkit_FR_Digital.pdf

[53] CNS et ANRS, Prise en charge des enfants et adolescents infectés par le VIH disponible sur

https://cns.sante.fr/wpcontent/uploads/2018/02/expertsvih_pediatrie.pdf

ANNEXES

Fiche d'enquête sur les facteurs d'inobservance au traitement ARV chez les enfants et les adolescents suivis au CPAMP

1. Identité du patient

0. Nom et prénom :
1. Sexe : Masculin ☐ Féminin ☐
2. Age :
3. Adresse :
4. Tranches d'âge : - 9ans ☐ 10ans-19ans ☐
5. ID du patient :
6. Niveau de scolarité : Universitaire ☐
   Année académique ☐
   Secondaire ☐
   Année scolaire ☐
   Primaire ☐
   Année scolaire ☐
   Aucun ☐

2. Facteurs liés à la famille restreinte.

7. Parents : Habitent ensemble ☐ Divorcé ☐ ne sont pas mariés ☐
8. Fratrie : Nombre de naissance ☐
   Nombres d'enfants vivants ☐
   Nombres d'enfants décédés ☐
   Nombre d'enfants séropositifs ☐
9. Statut social : Orphelin de père ☐
   Orphelin de mère ☐
   Orphelin de père et de mère ☐
   Non orphelin ☐
   Habite Chez le Tuteur ☐
10. Situation sérologique des parents et/ou des tuteurs :
    Père : positive ☐

Négative ☐
Ne sait pas ☐

Mère : positive ☐
Négative ☐
Ne sait pas ☐

Les deux parents et /ou des tuteurs : positive ☐
Négative ☐
Ne sait pas ☐

11. Annonce de l'infection VIH faite : oui ☐ à quel âge :
Non ☐

12. Annonce : Partielle ☐
Définitive ☐

13. Mode de transmission : Mère-enfant ☐ Transfusion ☐
Inconnu ☐

3. Facteurs liés à la maladie, aux CAP et à la thérapie

1. Nombre de fois où l'enfant a été hospitalisé:
2. Effets indésirables des ARV : oui ☐
Non ☐

3. Oubli des doses par complexité de la posologie, schémas thérapeutiques ou nombre de comprimés à prendre : oui ☐
Non ☐

4. Refus des doses :
Oui
Motif :
Non :

5. Molécules ARV prise : Première ligne ☐
durée ☐

Deuxième ligne ☐

durée ☐

Troisième ligne ☐

durée ☐

6. Combien d'années sous ARV ? ☐
7. Traitements associés : a.

b.

8. As-tu des connaissances acquises au cours d'une formation en rapport avec le VIH ?

9. Tu participes dans les groupes de parole organisés par le CPAMP ?

10. La période maximale passée sans prendre de médicaments.

11. Difficulté d'accès au centre CPAMP : Transport, Ecole Internat, manque d'accompagnant au centre, autres

12. Soucis rencontrés dans la prise médicamenteuse :

4. Facteurs psychosociale

1. Est-ce que dans l'entourage on suspecte la maladie ? oui ☐

Non ☐

2. Sentiment de rejet par la société ou de discrimination

Oui ☐

Non ☐

3. Est-ce que votre religion interdit la prise de médicaments ? oui ☐

Non ☐

4. Recours au tradipraticien : oui ☐

Non ☐

5. Usage de substances psycho actives ou consommation d'alcool de la part du parent

Oui ☐

Non ☐

6. Usage de substances psycho actives ou consommation d'alcool de la part du patient.

SERMENT DE GENEVE

Au moment d'être admis au nombre des membres de la profession médicale,

Je prends l'engagement solennel de consacrer ma vie au service de l'humanité,

Je garderai à mes maîtres le respect et la reconnaissance qui leur sont dus,

J'exercerai mon art avec conscience et dignité,

Je maintiendrai dans toute la mesure de mes moyens l'honneur et les nobles traditions de la profession médicale,

Mes collègues seront mes frères,

Je ne permettrai pas que les considérations de religion, de race, de parti ou de classe sociale viennent s'interposer entre mon devoir et mon patient,

Je garderai le respect absolu de la vie humaine dès sa conception,

Même sous menace, je n'admettrai pas de faire usage de mes connaissances médicales contre les lois de l'humanité,

Je fais ces promesses solennellement, librement, sur l'honneur.

RESUME

Les facteurs d'inobservance au traitement ARV sont nombreux et diversifiés. L'attitude du patient face à son traitement, son entourage familial et son entourage médical définissent largement la qualité d'observance. L'objectif de cette étude est de contribuer à l'étude des facteurs d'inobservance au traitement ARV chez les enfants et les adolescents suivis au Centre de prise en charge en ambulatoire et multidisciplinaire des personnes vivant avec le VIH (CPAMP).C'est une étude prospective descriptive qui s'est faite de Janvier 2019 à Décembre 2019 au CPAMP et qui intéressait les enfants et les adolescents dont l'âge est inférieur ou égal à 19 ans et qui avaient une charge virale détectable.

Durant la période de notre étude, sur 178 enfants suivis au centre CPAMP, 24,8% des patients ont été identifiés comme inobservants. La tranche d'âge la plus représentée était celle de 10 à 19ans. L'âge moyen était de 14,31ans ±3,7 avec un sex ratio de 1,44 en faveur du sexe masculin. Les patients scolarisés étaient au nombre de 41 soit 93,18% des cas. Trente-neuf patients soit 88,64% des cas avaient bénéficié de l'annonce définitive. Les patients ayant contacté le VIH par transmission verticale étaient au nombre de 43 soit 97,73% de cas. Dans notre série, 63,64% des patients avaient les deux parents en vie. Les enfants dont la garde est assurée par les parents étaient au nombre de 32, soit 72,73% de cas. Dans notre série, 79,55% des patients signalaient une notion d'oubli de dose et 36,36% des patients avaient connu une notion de refus de médicaments. Dans notre série, 77,28% des patients prenaient les médicaments par eux même. Trente-deux patients soit 72,73% de notre population d'études étaient sous traitement de 1ère ligne. Dans notre série, 20,45% des patients avaient déjà présenté des effets secondaires. Dans notre série, 88,64% des cas

signalaient avoir des connaissances acquises sur le VIH à travers l'ETP et 54,55% de patients participaient régulièrement au groupe de parole. L'entourage ne suspectait pas la maladie dans 63,64% des cas. Aucun de nos patients ne se faisait soigner chez les tradi praticiens.

En conclusion, l'inobservance au traitement ARV est une préoccupation importante chez les enfants séropositifs et surtout chez les adolescents. L'identification des différents facteurs d'inobservance est capitale pour éviter les résistances et autres complications liées au VIH/SIDA chez les PVVIH.

Mots clés : VIH, enfants et adolescents, facteurs d'inobservance