

Rechercher

Recherche dans les archives Transcriptases avec google.  
Les archives contiennent les articles parus dans les N° 1 à 137.  
Les articles des n° 138 et suivants sont publiés sur [www.vih.org](http://www.vih.org)

n°115 - avril/mai 04

VIH - AFRIQUE DU SUD

## Niveaux d'observance comparables au Sud et au Nord

Catherine Tourette-Turgis

Département des sciences de l'éducation, Université de Rouen ; Comment Dire  
(Paris)

**Adherence is  
not a barrier  
to successful  
antiretroviral  
therapy in  
South Africa**  
Orrell C.,  
Bangsberg  
D.R., Badri  
M., Wood R.  
AIDS, 2003,  
17, 1369-1375

**L'article de Orell et coll. paru dans *AIDS* décrit les résultats d'une étude mesurant le degré d'observance d'une cohorte de patients**

## **bénéficiant d'une thérapie antirétrovirale suivis dans un hôpital du Cap. Les mêmes taux d'observance que dans les pays industrialisés ont été retrouvés. Un plaidoyer à conserver...**

Les premières réactions à l'introduction des antirétroviraux dans les pays à ressources limitées consistaient à prédire l'incapacité des personnes vivant dans les pays à faible développement à atteindre le degré d'observance maximale requis par les antirétroviraux.

L'article de Orell et coll. paru dans *AIDS* décrit les résultats d'une étude mesurant le degré d'observance d'une cohorte de 289 patients suivis dans un hôpital du secteur public au Cap (Afrique du Sud) et ayant pu bénéficier d'une thérapie antirétrovirale par le biais d'un essai clinique multicentrique de phase III.

En Afrique du Sud, 4,7 millions de personnes sont infectées par le VIH, avec une prévalence d'environ 20%.

Les auteurs ont conduit une étude longitudinale d'une cohorte de patients "indigents" suivis entre 1996 et 2001 et bénéficiant de soins gratuits délivrés par les cliniques hospitalières universitaires du Cap.

Tous les patients à l'inclusion étaient naïfs de tout traitement. La gratuité des soins englobait les visites médicales de routine, les examens de laboratoire et la dispensation d'antirétroviraux. Les patients devaient financer les traitements et soins complémentaires qui ne faisaient pas partie du protocole clinique (maladies intercurrentes, infections opportunistes, médicaments ne faisant pas partie de la liste).

Le dispositif de suivi comprenait une visite d'une à deux heures sur le site tous les 2 à 3 mois ; il n'incluait aucun dispositif particulier de counseling ou d'intervention sur l'observance.

Les méthodes utilisées pour mesurer l'observance étaient le comptage des comprimés et le suivi du renouvellement des ordonnances sur une période de 12 mois. Les patients recevaient plus de comprimés que nécessaire (multiples de 30, alors que les visites étaient programmées par multiples de 28 jours). Il était demandé aux patients de rapporter tous leurs flacons à chaque visite ainsi que les médicaments non utilisés. Les patients n'étaient pas informés qu'on allait compter les comprimés qu'ils ramenaient.

Le calcul du degré d'observance était fait en utilisant la formule de soustraction suivante : la somme des comprimés dispensés moins la somme des comprimés ramenés par le/la patient(e) sur 12 mois consécutifs. Les patient(e)s qui ne parvenaient pas à prendre leur traitement sur une durée d'un mois étaient exclus de l'analyse et ceux qui avaient au moins 30 jours de traitement mais qui ne ramenaient pas leurs médicaments se voyaient attribuer un score d'observance égal à zéro.

Onze patients furent exclus de l'analyse, 6 par réfutation de leur

consentement, 5 pour des raisons d'arrêt de traitement au cours du premier mois lié à un problème de toxicité ; 36 patients interrompirent l'étude après le premier mois, mais furent néanmoins gardés dans l'analyse. L'âge moyen de la cohorte à l'inclusion était de 33,4 ans et les femmes étaient représentées à 43%. Seulement 20% des patient(e)s de la cohorte parlaient anglais, la majorité s'exprimant en xhosa ou en afrikaans.

41,5% des personnes de la cohorte avaient un traitement comprenant un inhibiteur de la protéase, 32,5% un traitement comprenant un INNTI, 10% avaient un traitement composé de trois INTI, et les 15,6% restants, qui avaient commencé un traitement en 1996, avaient une bithérapie composée de deux INTI. 55% de tous les patients avaient plus de 10 comprimés par jour à prendre, et 41% devaient respecter des prescriptions diététiques liées à la composition de leur traitement. Parmi les patients, 16,2% arrêterent leur traitement au cours des 48 premières semaines ; on note chez ceux-ci une charge virale plus élevée à l'inclusion, des CD4 plus bas et leur âge est significativement moins élevé que dans l'ensemble de la cohorte.

A 48 semaines, le score global d'observance de la cohorte (N=278) était de 93,5% avec une moyenne de 87,2%, mais seulement 63% des patients maintinrent une observance supérieure à 90%. L'étude ne montre aucune différence significative dans l'observance en fonction de la composition des traitements avec antiprotéase ou non nucléosidiques. Les variables indépendantes associées avec le degré d'observance sont le nombre de prises et le fait de parler anglais à la maison. Le statut socio-économique, le stade de la maladie, le nombre de comprimés et les contraintes de type alimentaire ne sont pas associés de manière significative au degré d'observance.

Le degré d'observance est associé de manière significative, à 48 semaines, à une réduction de la charge virale, avec un meilleur résultat virologique pour ceux qui bénéficiaient d'une trithérapie.

Parmi ceux dont le score d'observance était supérieur à 95% à 48 semaines, 73,4% avaient une charge virale inférieure à 400 copies/ml, alors que pour ceux qui avaient un score d'observance inférieur à 95%, seulement 61% d'entre eux avaient une charge virale inférieure à 400 copies/ml.

Les auteurs en concluent qu'on observe les mêmes taux d'observance dans les pays à faible développement que dans les pays industrialisés, et qu'il est prématuré, au vu de ces résultats, d'anticiper la nécessaire mise en place de dispositifs tels que le dispositif DOT (directly observed therapy). Il est possible aussi, selon les auteurs, qu'il y ait eu un biais dans la sélection des patients qui leur étaient adressés par les autres centres de soin. Par ailleurs, le protocole n'avait pas prévu d'intervention spécifique sur l'observance mais, de fait, les médecins et les conseillers

ont régulièrement prodigué des informations et des encouragements.

Si les scores d'observance semblent les mêmes dans les pays à ressources limitées que dans le pays du Nord, les stratégies thérapeutiques diffèrent (absence d'IP dans les pays du Sud), ainsi que les causes de non observance. Malgré l'absence d'études socio-comportementales menées sur l'observance dans les pays du Sud (la majorité des études portent sur la mesure du degré d'observance sans perspectives d'intervention), les causes de non observance citées par les personnes en traitement sont: l'épuisement des ressources financières lorsque les personnes (et/ou leur entourage) ont la charge de leur traitement, la difficulté des transports lorsque les centres d'approvisionnement se trouvent à des heures de route de leur domicile, la mobilité des populations liée à la précarité, les ruptures de stock lorsque les centres dispensateurs eux-mêmes rencontrent des difficultés d'approvisionnement.

Ainsi, dans tel pays, c'est un container de génériques qui reste bloqué dans un port pour des raisons administratives (absence d'autorisation d'importer, taxe douanière prohibitive, conflits d'intérêts commerciaux). Dans un autre pays, c'est le fabricant de génériques lui-même qui n'arrive plus à suivre l'intensité des commandes ; dans d'autres, c'est un laboratoire pharmaceutique qui se retire du programme sans information préalable ; ailleurs enfin, c'est la guerre qui bloque tout approvisionnement. **Bien souvent, la rupture de l'accès aux médicaments l'emporte sur les ruptures d'observance.**

Par ailleurs, pour des raisons de coût et de faisabilité, les outils de mesure de l'observance ne sont pas les mêmes dans les pays du Nord que dans les pays du Sud. Au Nord, on recommande l'usage d'au moins deux outils corrélés, un outil de mesure bioclinique comme la charge virale et un outil de mesure comportementale comme un auto-questionnaire validé. De plus, d'autres items sont la plupart du temps introduits dans la construction d'un score d'observance - par exemple, les délais dans l'intervalle des prises, qui sont impossibles à mesurer par le comptage des comprimés.

Si on ne peut donc pas comparer les études faites dans les pays du Nord et dans les pays du Sud, cela n'a pas vraiment d'importance si on adopte le seul principe devant être appliqué : toute personne doit, à un moment ou à un autre, pouvoir bénéficier d'un soutien dans la prise de son traitement et son suivi de soin. Si on s'en tient aux études les plus récente<sup>1</sup>, il est important de consacrer des ressources à la mise en place et au soutien de l'observance au cours des trois premiers mois de l'initialisation d'un traitement, dans la mesure où le succès virologique obtenu au cours de cette période est un facteur prédictif de l'efficacité virologique ultérieure.

Si on a vu apparaître, au cours des derniers mois, plusieurs études portant sur la mesure des taux d'observance et de ses déterminants<sup>2</sup>, le temps est venu de mettre en place des dispositifs pour initialiser, maintenir ou renforcer l'observance thérapeutique car ces dispositifs ont prouvé au Nord leur efficacité et leurs bénéfices, à la fois pour les patients mais aussi pour les équipes de soin - lorsque les actions d'observance étaient conçues comme des actions de soutien et non comme des modes de contrôle.

### **Il est humainement évident que les personnes du Sud trouveront des bénéfices dans les programmes de soutien et d'accompagnement**

**thérapeutique**, comme cela a été montré au Maroc<sup>3</sup>. En effet, les malades au Sud doivent faire face à des situations sur lesquelles les experts en sciences cliniques et sociales du Nord n'avaient aucune expertise antérieure lorsqu'ils ont commencé à travailler en partenariat avec des équipes du Sud (stigmatisation beaucoup plus élevée, spoliation des biens de la femme lors du décès de son mari, accusations de sorcellerie, dispensation de traitement à un enfant mais pas à sa mère, existence de critères d'éligibilité psychosociaux pour l'accès aux traitements, nombre croissant d'orphelins du sida, fratries séparées, conflits armés et guérillas...).

L'ouverture d'espaces de dialogue, l'écoute dans un climat de confidentialité, l'aide apportée par les pairs ont des effets thérapeutiques en termes de réduction du degré d'anxiété et de souffrance psychique, mobilisation des capacités à faire face, reprise de la confiance en soin, amélioration de l'estime de soi, réduction du stress, retour de l'espoir, mise en commun des connaissances sur des sujets soumis au silence obligé. Toutes ces composantes, comme les études en psychologie de la santé<sup>4</sup> l'ont maintes fois montré, contribuent au bien-être, à la santé et à la qualité de vie.

En conclusion, cette étude est à classer dans les documents de plaidoyer à conserver tant qu'il sera scandaleusement demandé aux experts de la prise en charge - au Nord et, plus récemment, au Sud - de faire la preuve que la dispensation d'un traitement antiviral à une personne malade qui en a besoin pour ne pas mourir a un effet salutogène immédiat.

---

1 - Carrieri MP, Raffi F, Lewden C et al.

"Impact of early versus late adherence to highly active antiretroviral therapy on immunovirological response : a 3-year follow-up study"

Antivir Ther, 2003, 8, 6, 585-94

2 - Lanièce I, Cissé M, Desclaux A et al.

"Adherence to HAART and its principal determinants in a cohort of Senegalese adults"

AIDS, 2003, 17, suppl 3, S103-S108

3 - Marchand C, Gagnayre R

Recommandations pour la mise en œuvre de programmes d'éducation thérapeutique pour les patients atteints d'infection par le VIH dans des pays à ressources limitées, à partir d'une expérience pilote réalisée au CHU Ibn Rochd à Casablanca  
ed Fondation GlaxoSmithKline, 2003

4 - Bruchon-Schweitzer M

Psychologie de la santé, modèles, concepts et méthodes  
Dunod, 2003