



Article Original

L'Observance du Traitement Antirétroviral chez les Enfants Infectés par le VIH à l'Hôpital de Sikasso

Adherence to antiretroviral medications in children with HIV infection at Sikasso Hospital

Cissouma A¹, Kassogué D², Dembéle G³, Traoré M¹, Haidara D¹, Poma H¹, Kelema P¹, Diallo F¹, Dicko-Traoré F⁴, Sacko K⁴, Koné N⁵, Traoré SA¹, Mariko M¹, Goita D¹, Traoré AK¹

RÉSUMÉ

- (1) Services, Hôpital de Sikasso, Mali;
- (2) Service de pédiatrie, Hôpital de Tombouctou, Mali;
- (3) Service, Hôpital du Mali, Bamako, Mali;
- (4) Département de pédiatrie du CHU Gabriel Touré, Bamako, Mali;
- (5) Haut Conseil National de Lutte Contre le VIH, Bamako, Mali.

Auteur correspondant :

Dr Assetou CISSOUMA

Adresse e-mail: cis_astou@yahoo.fr

Boite postale : 82 Sissako, Mali

Tel: (00223)76 41 95 75/69 79 31

30

Mots-clés : VIH, Traitement antirétroviral, Enfant.

Keywords: HIV, Antiretroviral Treatment, Children.

Introduction. Le traitement antirétroviral est pour l'heure l'une des principales ripostes contre l'infection à VIH, mais ce traitement est complexe avec nombreuses contraintes. L'objectif de notre étude était d'évaluer l'observance au traitement ARV et d'identifier les facteurs pouvant l'influencer chez les enfants infectés par le VIH. **Patients et Méthodes.** Il s'agissait d'une enquête réalisée pendant 6 mois (de Janvier à Juin 2020) au service de pédiatrie de l'hôpital de Sikasso. Nous avons sélectionné un échantillon de 40 enfants parmi 75 enfants suivis et sous traitement ARV sur des critères de résidence et de régularité aux consultations antérieures. Le questionnaire sur l'observance pré-établi en français était lu ou traduit en langue locale Bamanan aux parents ou tuteurs. Les données ont été saisies et analysées avec le logiciel EPI info version 7.2. **Résultats.** La population d'étude était constituée de 23 garçons et 17 filles âgés de 3 ans à 15 ans. Les enfants avaient les deux parents vivants dans 55 % de l'effectif. Au début de l'enquête ils étaient majoritairement symptomatiques dans 67,5%. Trente-cinq (35) enfants étaient sous première ligne de traitement, la durée moyenne du traitement était de 51 mois. Le taux moyen de bonne observance était de 76,2%. Les prises manquées ont été la principale forme d'inobservance. Les causes d'inobservance des enfants étaient principalement l'oubli, non disponibilité de la personne ayant la garde de l'enfant, L'incompréhension de la prescription par les parents ou tuteurs. 55% des enfants avaient une charge virale indétectable. Le taux de ceux dont le taux de CD4 était inférieur à 200/mm³ a connu une amélioration au moment de l'enquête. **Conclusion.** La prise en charge du VIH/sida pédiatrique est un enjeu dans nos pays à ressources limitées ; l'observance constitue un défi du fait de la complexité de la durée du traitement.

ABSTRACT

Introduction. Antiretroviral treatment is currently one of the main responses to HIV infection, but this treatment is complex with many constraints. The objective of our study was to measure adherence to ARV treatment and to identify factors that can influence it in HIV-infected children. **Patients and Methods.** This was a survey carried out for 6 months (from January to June 2020) in the pediatric department of the Sikasso hospital. We selected a sample of 40 children from 75 children followed and on ARV treatment on criteria of residence and regularity at previous consultations. The pre-established adherence questionnaire in French was read or translated into the local Bamanan language to parents or guardians. Data were captured and analyzed with EPI info software version 7.2. **Results.** The study population consisted of 23 boys and 17 girls aged 3 to 15 years. Both parents were living in 55% of the workforce. At the beginning of the survey they were mostly symptomatic in 67.5%. Thirty-five (35) children were on the first line of treatment and 5 on the second line, the average duration of treatment was 51 months. The average rate of good compliance was 76.2%. Missed catches were the main form of non-compliance. The causes of non-compliance of children were mainly forgetting, the unavailability of the person having custody of the child, incomprehension of the prescription by the parents or guardians. More than half of the children, or 55%, had an undetectable viral load. The rate of those with CD4 levels of less than 200/mm³ improved at the time of the survey. **Conclusion.** The management of pediatric HIV/AIDS is an issue in our countries with limited resources; adherence is a challenge because of the complexity of the duration of treatment.

INTRODUCTION

Au Mali, 16000 [13000- 20000] enfants de 0 à 14 ans vivaient avec le VIH en 2019 et la couverture du traitement antirétroviral chez cette tranche d'âge était de 23% [18 -29] (ONUSIDA/OMS, 2019) [1]. Au Mali, la cinquième enquête démographique et de santé (EDS M-V), réalisée en 2012- 2013 a montré une baisse du taux de prévalence de 1,3% à 1,1% faisant du Mali un pays à faible prévalence avec une tendance à la stabilisation et [2]. Le traitement antirétroviral est pour l'heure l'une des principales ripostes contre l'infection à VIH, mais ce traitement est complexe avec nombreuses contraintes [3].

L'observance au traitement antirétroviral (ARV) est le respect par le patient de la prescription médicamenteuse et désigne le degré de concordance entre les recommandations du médecin et les comportements des malades [4]. Cette observance ne peut être parfaite sans l'adhésion de l'enfant ou de son tuteur. Des études occidentales ont montré que les enfants sont plus susceptibles d'avoir des problèmes d'observance [5]. La disponibilité des médicaments ARV pédiatriques ne constitue plus l'obstacle majeur dans la plupart des pays, le traitement des enfants reste lié à des contraintes, notamment les horaires de prise, certaines formulations, les effets indésirables et surtout l'adhésion des parents ou tuteurs [6].

L'observance étant la clé de la réussite du traitement antirétroviral, L'objectif de notre étude était de mesurer l'observance au traitement ARV et d'identifier les facteurs pouvant l'influencer chez les enfants infectés par le VIH, suivis dans le service de pédiatrie de l'hôpital Sikasso, Mali.

PATIENTS ET MÉTHODES

Il s'agissait d'une enquête réalisée pendant 6 mois (de Janvier à Juin 2020) au service de pédiatrie de l'hôpital de Sikasso.

Nous avons sélectionné un échantillon de 40 enfants parmi 75 enfants sous traitement ARV sur des critères de résidence et de régularité aux consultations antérieures.

Le suivi ambulatoire des enfants sous ARV était mensuel la 1^{ère} année (M0, M1.....M12) de traitement, puis trimestriel. Le questionnaire sur l'observance pré-établi en français était lu ou traduit en langue locale Bamanan aux parents ou tuteurs. Les entretiens ont été réalisés par le même enquêteur à l'inclusion puis à 1, 2, 3 et 6 mois. Il n'existait pas de programme d'éducation thérapeutique.

Nous avons considéré comme mauvaise observance toute prise inférieure à 95 % de la dose au cours du mois précédent. Les autres paramètres (socio-démographiques, cliniques, biologiques et thérapeutiques) ont été collectés à partir des dossiers de suivi des patients.

Les données ont été saisies et analysées avec le logiciel EPI info version 7.

L'assentiment éclairé des parents des enfants ou ceux qui en ont leur garde a été obtenu pour chaque patient et la confidentialité des données a été respectée.

RÉSULTATS

La population d'étude était constituée de 23 garçons et 17 filles âgés de 3 ans à 15 ans avec un âge médian de 8 ans.

Onze enfants avaient perdu 1 parent et 5 étaient orphelins de père et de mère. Vingt-deux enfants, soit 55 % de l'effectif, avaient les deux parents vivants. Treize enfants, soit 32,5 % de l'effectif, étaient sous la garde d'un autre membre de la famille, les enfants étaient scolarisés dans 70%; les caractéristiques sociodémographiques sont détaillées au tableau I. Au début de l'enquête les enfants étaient majoritairement symptomatiques avec 30% au stade II, 25% au stade III et 12,5 % au stade IV.

Tableau I: Profil socio-épidémiologique

Variables	n	%
Tranches d'âge		
1 - 4 ans	2	5
5 - 9ans	10	25
10 - 15 ans	28	70
Sexe		
Féminin	17	42,5
Masculin	23	57,5
Scolarisation		
Préscolarisés	3	7,5
Scolarisés	28	70
Non scolarisé	4	10
Déscolarisés	5	12,5
Statut social		
Orphelins de père	5	12,5
Orphelins de mère	6	15
Orphelins des deux parents	7	17,5
Les deux parents vivants	22	55
Garde des enfants		
Père et mère	17	42,5
Mère seule	8	20
Père seul	2	5
Autres parents	13	32,5
Étiologies du traumatisme		
Accident de la voie publique	93	75
Agression	11	8,89
Chute de hauteur	9	7,25
Accident domestique/travail	5	4,03
Rixes	5	4,03
Fractures iatrogènes	1	0,8

La durée moyenne du traitement était de 51 mois (12mois à 90 mois). Au cours de l'étude, le taux de bonne observance a été en moyenne de 76,2 % avec des variations de 52,5 % à l'inclusion à 90 % au 3e mois. Au 6e mois, le taux était de 71,2 % de l'effectif (tableau II).

Tableau II: Répartition des enfants selon l'évolution de l'observance du traitement ARV au cours de l'étude

Observance	T0	M1	M2	M3	M6
Bonne	21	33	34	36	29
n (%)	(52,5)	(82,5)	(85)	(90)	(71,2)
Mauvaise	19	7	6	4	11
n (%)	(47,5)	(17,5)	(15)	(10)	(27,5)

Trente-cinq (35) enfants étaient sous première ligne de traitement et recevaient une combinaison comportant 2 inhibiteurs nucléosidiques plus 1 inhibiteur non nucléosidique de la transcriptase inverse, et 5 enfants étaient sous deuxième ligne de traitement et recevaient 2 inhibiteurs nucléosidiques plus un inhibiteur de protéase. Les prises manquées ont été la principale forme d'inobservance: 12 cas à M0, 4 à M3 et 11 à M6. Le non-

respect des doses (15 cas à M0, 1 cas à M3 et 5 cas à M6) et des horaires de prise (4 cas à M1, 1 à M3 et 1 à M6) a été également observé tableau III.

Tableau III: Répartition des enfants selon le type d'observance du traitement ARV

Observance	T0	M1	M2	M3	M6
Prises manquées n (%)	12 (32,5)	6 (40)	4 (40)	4 (66,6)	11 (65)
Doses insuffisantes n (%)	15 (40,5)	5 (33,3)	4 (40)	1 (16,6)	5 (29,5)
Non-respect des horaires n (%)	10 (27)	4 (26,6)	0	1 (16,6)	1 (5,8)
Arrêt du traitement n (%)	0	0	0	0	0

Les causes d'observance des enfants étaient principalement l'oubli (7 cas à M0, 1 à M3 et 3 à M6) et le non disponibilité de la personne ayant la garde de l'enfant (6 fois à M0, 5 à M3 et 9 à M6). L'incompréhension de la prescription par les parents ou tuteurs, le refus de l'enfant (2 cas) et les contraintes scolaires (1 cas) ont aussi été évoqués tableau IV.

Les effets secondaires étaient dominés par les troubles digestifs (vomissements, nausées, diarrhée); 4 cas de prurit et 1 cas d'éruption ont aussi été signalés. Ces effets ont nécessité un changement de protocole dans 4 cas.

55% des enfants (22 enfants) avaient une charge virale indétectable au cours de l'étude, dix enfants soit 25% avaient une charge virale détectable et 8 enfants n'avaient pas eu de charge virale.

Les enfants ayant un taux de CD4 supérieur à 500/mm3 étaient représentés à 61,85% au moment de l'enquête et 39,31% à l'initiation. Le taux de ceux dont le taux de CD4 était inférieur à 200 cellules/mm3 a connu une amélioration allant de 10,98% à l'initiation à 27,751% au moment de l'enquête.

La garde de l'enfant par un parent biologique, la tolérance et la durée du traitement n'ont pas influencé significativement l'observance.

Tableau IV: Répartition des enfants selon les causes d'observance du traitement ARV

Causes d'observance	T0 n=13	M1 n=1	M2 n=2	M3 n=7	M6 n=15
Refus de l'enfant n (%)	0	0	2 (100)	0	0
Oubli n (%)	7 (54)	0	0	1 (14)	6 (40)
Indisponibilité de la personne qui a la garde de l'enfant n (%)	6 (46)	1 (100)	0	5 (71)	9 (60)
Contraintes scolaires n (%)	0	0	0	1 (14)	0

DISCUSSION

Il a été montré chez l'adulte que l'observance est un phénomène dynamique lié à des situations de vie et variable au cours de la durée du traitement. Nous avons effectué une mesure de l'observation par entretien dirigé avec les parents ou tuteurs chargés de l'administration du médicament pour apprécier cette observance à un moment

précis du traitement ARV. Pendant l'étude des difficultés ont été rencontrées l'irrégularité de certains enfants aux visites; l'indisponibilité temporaire de certains examens complémentaires: taux de CD4, charge virale.

Nous avons trouvé une bonne observance c'est à dire une prise supérieure ou égale à 95 % des doses prescrites chez 76,2% des enfants. Ce résultat est comparable aux données de la littérature [7, 8] et même à ceux des cohortes adultes [9, 10]. Nous remarquons cependant que pendant l'étude l'observance a été meilleure au cours de l'évaluation mensuelle (90 % à M3); une baisse du taux à 71,2 % a été retrouvée à M6 après 2 mois de non évaluation. Il faut noter que notre étude a été réalisée dans un contexte de suivi sans programme d'éducation thérapeutique. Un accompagnement à l'observance pourrait donc améliorer la prise en charge des enfants dans notre service. Notre faible effectif ne nous a pas permis d'analyser certains facteurs déterminants. Selon d'autres études, la méconnaissance du VIH et du sida, le non-partage de l'information sont des facteurs négatifs aggravés par le statut d'orphelin de l'enfant; le coût et le type de traitement sont aussi en cause [9]. De même, les problèmes familiaux et psychologiques, la stigmatisation, les nombreuses prises de médicament compliquent l'administration du traitement [8].

Les enfants ayant un taux des lymphocytes T CD4 supérieur à 500/mm3 étaient les plus représentés à l'initiation ainsi qu'au moment de l'étude, le taux de ceux dont le taux de CD4 était inférieur à 200 cellules/mm3 a connu une amélioration. Ce résultat prouve qu'il y a eu une amélioration de l'état des enfants au moment de l'enquête. Plus de la moitié, soit 55%, des patients avaient une charge virale indétectable. Cela prouve que ces derniers sont en succès thérapeutique ; la charge virale étant le principal facteur déterminant l'efficacité du traitement antirétroviral. Ces résultats sont comparables à l'étude effectuée par Samba Louaka. C et Coll qui a trouvé 88,12% de charge virale indétectable et 11,82% détectable [11].

CONCLUSION

En conclusion nos résultats révèlent que l'évaluation de l'observance au cours de la consultation doit être régulière, mais également qu'un encadrement du tuteur ou du parent est indispensable pour la prise des traitements de l'enfant. Nous recommandons la formation du personnel et la mise en place d'un programme d'éducation thérapeutique pour les enfants et leurs parents ou tuteurs. La prise en charge du VIH/sida pédiatrique est un enjeu dans nos pays à ressources limitées; l'observance constitue un défi du fait de la complexité de la durée du traitement.

Conflits d'intérêts

Les auteurs ne déclarent aucun conflit d'intérêts.

Contributions des auteurs

Tous les auteurs ont contribué à la réalisation de ce travail. Tous ont lu et approuvé la version finale du manuscrit.

RÉFÉRENCES

1. ONU-SIDA 2019. Fiche d'information, Novembre 2019 ; <http://www.unaids.org/fr/resources/fact-sheet>.
2. EDS-MV. Enquête Démographique et santé (EDSM V) 2012/2013 (FR286).

3. Oumar AA, DAO S, Diamoutene A et al. Les facteurs associés à l'observance du traitement antirétroviral à l'hôpital du point G .Mali Med 2007 22: 18-22.
4. Trocme ´N, Vaudre G, Dolfus C, et al. Observance au traitement antirétroviral de l'adolescent séropositif pour le VIH. Arch Pediatr 2002;9:1241–7.
5. Kissougle Nkongo AF, Tietche F, Tene G. Evaluation de l'observance du traitement antirétroviral chez les enfants de 0 à 15 ans infectés par le VIH. Etude menée au Cameroun sur des enfants traités au centre Mère et Enfant de la Fondation Chantal Biya à Yaoundé. Sidanet ,2007 ; 4 (5):1001 consulté le 24 mai 2007.
6. Van Dyke RB, Lee S, Johnson GM, et al. Reported adherence as a determinant of response to highly active antiretroviral therapy in children who have human immunodeficiency virus infection. Pediatrics 2002;109:e61.
7. Thanyawee P, Aurmporn O, Noppadon A, et al. Efficacy of highly active antiretroviral therapy in HIV-infected children participating in Thailand's national access to antiretroviral program. Clin Infect Dis 2005;41:100–4.
8. Simoni JM, Montgomery A, Martin E, et al. Adherence to antiretroviral therapy for pediatrics HIV infection: a qualitative systematic review with recommendations for research and clinical management. Pediatrics 2007;119:e1371–83.
9. Laniece I, Ciss M, Desclaux A, et al. Adherence to HAART and its principal determinants in a cohort of Senegalese adults. AIDS 2003;17:S103–8.
10. Mouala C, Kaba-Mebri J, Wata JB, et al. Facteurs associés à une bonne observance thérapeutique chez les patients infectés par le VIH à Bangui. Santé 2006;16:119–30.
11. Samba Louaka C, Mabilia Babela JR, Mouko A, Senga P. 2009. Evaluation de l'observance thérapeutique aux traitements antirétroviraux chez l'enfant à Brazzaville. Arch Pediatr, 16:486-488.