

## FACTEURS DE NON ADHÉRENCE AU TRAITEMENT ANTIRÉTROVIRAL AU CHU DE YOPOUGON, ABIDJAN

A.K. MAHASSADI <sup>1</sup>, F.M. BATHAIX <sup>1</sup>, S. KISSI Y.H.<sup>1</sup>, S.A DOFFOU <sup>2</sup>, DA. BANGOURA <sup>3</sup>, A.K. ATTIA<sup>4</sup>,

1- Maître assistant

2- Assistant chef de clinique

3- Interne des hôpitaux

Service de médecine et d'hépatogastroentérologie, CHU de Yopougon (Pr N'DRI-YOMAN TH.)

Abidjan, Côte d'Ivoire.

**correspondance** : A.K. Mahassadi

Service de médecine et d'hépatogastroentérologie, CHU de Yopougon

21 BP 632 Abidjan 21, Tel : 23537550,

E-mail : mahassadi@yahoo.com

---

### RÉSUMÉ

**Contexte** : L'adhérence au traitement antirétroviral (ARV) des patients vivant avec le VIH/SIDA et pris en charge en milieu hospitalier a été insuffisamment étudiée

**But** : était de déterminer les facteurs de non adhérence au traitement ARV des patients adultes dépistés VIH positif hospitalisés ou suivi au centre hospitalier et universitaire de Yopougon.

**Matériels méthodes** : Tous les patients provenant des services de médecine et d'hépatogastroentérologie, de néphrologie, d'hématologie, de neurologie et d'endocrinologie au CHU de Yopougon de 2005 à 2008 et traités pour VIH-SIDA étaient éligibles. Les patients étaient jugés non adhérent, recevaient un traitement ARV pendant au moins 6 mois, et avaient eu un mois de retard au renouvellement des médicaments ARV.

**Résultats** : Au total 2908 patients (âge médian : 37 ans, femmes : 63,3%) parmi lesquels 1651 (56,8 %) patients étaient VIH positif, 927 (31,9%) traités par ARV dont 430 ayant plus de 6 mois de traitement. Le taux de non adhérence au traitement ARV était de 55,8% et le taux global d'adhérence était de 86 % (IC 95% : 82 - 89) à 6 mois et 17 % (IC 95 % : 9 - 27) à 42 mois. Les facteurs de non adhérence au traitement ARV étaient l'activité rémunératrice (OR = 0,59 ; IC 95 % = 0,38 - 0,91), les services de provenance : service d'endocrinologie et de néphrologie réunis (OR = 5,84 ; IC 95 % = 2,15 - 15,87) et le service d'hématologie (OR = 2,49 ; IC 95 % = 1,29 - 4,64).

**Conclusion** : le taux de non adhérence au traitement antirétroviral était élevé au CHU de Yopougon lié à l'absence d'une activité rémunératrice et le service de provenance du patient.

Mots clés : VIH, traitement antirétroviral, adhérence, hôpital, Afrique noire

### SAMMARY

**Background** : The adherence to antiretroviral therapy (ART) of adult patients living with HIV / AIDS, recruited and monitored in a hospital setting has been insufficiently studied.

**Objectives** : The aim of this study was to determine factors of non adherence to ART in adult patients hospitalized at the Teaching Hospital of Yopougon (Abidjan. Ivory Coast) newly diagnosed HIV positive.

**Materials and methods**: All adult patients HIV positive, attending the gastroenterology, nephrology, hematology, neurology and endocrinology units were studied retrospectively. Patients were considered non adherent if they were receiving ART for at least 6 months, had one month late for pharmacy appointment and not deceased, lost to follow up or referred to another care unit at the end point.

**Results** : A total of 2908 patients were enrolled (63.3% women, 36.7% males, median age: 37 years), 1651 (56.8%) were diagnosed HIV positive, 927 (31.9%) received ART and 430 had more than 6 months duration of treatment. The rate of non-

adherence to ART was 55.8% and the overall rate of adherence to ART during follow-up was 86% (95% CI [82-89]) at 6 months and then decreased to 17% (95% CI: 9 -27) at 42 months. In multivariate analysis; factors associated significantly with non adherence to ART were regular income (OR 0.59, 95 % IC = 0.38 – 0.91.45), patients from both endocrinology and nephrology units (OR = 5.84, 95% CI =2.15 – 15.87) and haematology unit (OR = 2.49, 95 % CI = 1.29 – 4.64).

**Conclusion :** the rate of non-adherence to ART was high involving the lack of regular income and patients referred care unit

**Key words :** HIV, highly active, antiretroviral therapy, Adherence, Hospital setting, Africa

## INTRODUCTION

L'adhérence au traitement antirétroviral (ARV) dont le taux varie entre 70 et 90 % en Afrique est une étape essentielle à la réussite du traitement ARV (1,11). En effet une bonne adhérence au traitement ARV permet une diminution de la charge virale, une augmentation significative du nombre des lymphocytes CD4 et de l'espérance de vie (15).

En Afrique, l'adhérence au traitement ARV découle de l'acceptation du statut sérologique par le patient, de la connaissance de la maladie VIH-SIDA, du soutien psychologique apporté au patient aussi bien par l'entourage et que par les conseillères des centres d'accueil, des contraintes liées à la prise des médicaments ARV et probablement de l'état clinique avant inclusion (2,8).

Plusieurs facteurs de non adhérence au traitement ARV ont été identifiés que sont le sexe masculin, la consommation d'alcool, le niveau socioéconomique ou le niveau d'instruction peu élevé (2). Les facteurs de non adhérence au traitement ARV des patients hospitalisés ou prise en charge en milieu hospitalier, vivant avec le VIH-SIDA nouvellement dépistés ont été insuffisamment étudiées.

Le but de ce travail était de déterminer le taux d'adhérence et les facteurs de non adhérence au traitement ARV des personnes vivant avec le VIH/SIDA et suivi au centre hospitalier et universitaire (CHU) de Yopougon.

## PATIENTS ET MÉTHODES

Dans le cadre de sa politique de diversification des centres de prise en charge dans toute la Côte d'Ivoire, l'organisation non gouvernementale (ONG) Aconda a implanté au CHU de Yopougon

en mai 2005, dans le service de médecine et d'hépto-gastroentérologie, une unité de prise en charge des patients adultes vivant avec le VIH. Cette unité prend en charge les patients adultes provenant des services médicaux du CHU de Yopougon et des patients référés par d'autres structures sanitaires extérieures.

### PATIENTS

Cette étude a été réalisée au CHU de Yopougon.

### Critères d'inclusion

Ont été inclus, tous les patients pris en charge par l'unité Aconda provenant uniquement des services de gastroentérologie, de néphrologie, d'hématologie, d'endocrinologie et de neurologie, du 13 mai 2005 au 31 décembre 2008

### Critères de non inclusion

Les patients décédés, perdu de vue ou adressés à un autre établissement de santé

Les femmes enceintes

Les enfants de moins de 16 ans

### MÉTHODES

#### Recrutement des patients

Les patients étaient adressés à l'unité Aconda pour la détermination de leur statut sérologique VIH après avoir eu un entretien avec leur médecin traitant. Les patients déclarés séropositifs pour le VIH avaient un second prélèvement sanguin pour la réalisation du bilan initial avant traitement. Ce bilan comprenait l'hémogramme, la détermination du nombre et du pourcentage des lymphocytes, le dosage de l'azotémie et des transaminases

Les patients étaient déclarés éligibles au traitement ARV lorsque les lymphocytes CD4 étaient inférieure à 350 éléments par microlitres ou avaient une immunodépression classée stade 2, 3, ou 4 de l'OMS selon les recommandations nationales sur la prise en charge des patients vivant avec le VIH en Côte d'Ivoire et mis à jour en 2009 (4).

#### Variables recueillies à l'inclusion

Les variables recueillies à l'inclusion étaient : l'âge, le sexe, la date d'inclusion, le statut VIH, le service de provenance, le niveau d'étude, l'activité rémunératrice, la sérologie VIH, le stade OMS, le nombre et le pourcentage des lymphocytes CD4, le traitement ARV reçu.

Les patients qui recevaient un traitement ARV étaient revus en consultation une fois par semaine

pendant les deux premières semaines. Un autre prélèvement sanguin était réalisé à la deuxième semaine pour déterminer les éléments du bilan initial hormis les lymphocytes CD4 puis, tous les 6 mois pour un autre bilan sanguin identique à celui du bilan initial dans le cadre du suivi.

### **Suivi des patients**

Un système de monitoring informatisé des patients permettait de suivre tous les patients pris en charge. La régularité des prises des médicaments ARV était appréciée sur la base des données informatisées individualisées pour chaque patient à la pharmacie gérée par le personnel travaillant pour l'ONG Aconda corrélées avec le nombre de jours de traitement prescrit à chaque visite du patient.

La durée du traitement correspondait au délai entre la date de début du traitement et la date du prochain rendez-vous consigné dans la base de données informatisées.

Le statut du patient (vivant, décédé, perdu de vue ou transféré dans une autre structure de prise en charge) à la date du prochain rendez-vous était consigné dans la base de données informatisées.

#### **Définition de l'adhérence au traitement ARV**

**Patient adhérent :** Tout patient recevant un traitement ARV depuis plus de 6 mois et n'ayant pas eu un mois de retard au renouvellement du traitement depuis le début de sa mise en route, vivant, non perdu de vue et non transféré dans une autre structure de prise en charge.

**Patient non adhérent :** Tout patient recevant un traitement ARV depuis plus de 6 mois et ayant eu un mois de retard au renouvellement du traitement depuis le début de sa mise en route, vivant, non perdu de vue et non transféré dans une autre structure de prise en charge.

### **Critères de jugement**

#### **Critère de jugement principal**

Pourcentage des patients non adhérent au traitement ARV

#### **Critères de jugement secondaire**

Probabilité d'adhérence au traitement ARV au cours du suivi,

Facteurs de non adhérence au traitement ARV,

Analyses statistiques.

Les caractéristiques à l'inclusion ont été décrites d'abord globalement pour l'ensemble des patients inclus ensuite selon le groupe : Patients adhérent et non adhérent au traitement ARV. Le pourcentage des patients adhérent et non adhérent a été calculé selon la formule : nombre de patients adhérent ou non adhérent divisé par le nombre total des patients inclus. Les variables qualitatives ont été exprimées en nombre et en pourcentage puis comparées par un test de Chi 2. Les variables quantitatives ont été exprimées en médiane avec l'intervalle interquartile et comparées par un test de Mann et Whitney. La probabilité d'adhérence des patients au traitement ARV au cours de suivi a été déterminée par la méthode de Kaplan-Meier. Toutes les variables avec un  $p < 0,30$  en analyse univariée ont été introduites dans un modèle de régression logistique multivariée selon la procédure pas à pas descendant. Les analyses statistiques ont été réalisées avec le logiciel STATA, avec un risque alpha = 0,05 pour une formulation bilatérale.

### **RÉSULTATS**

Au cours de la période d'étude, 2908 patients (dont 63,3% de femmes) d'âge médian:37 ans ont été reçus, parmi lesquels 1651 (56,8 %) ont été dépistés séropositifs pour le VIH et 927 (31,9%) ont reçu un traitement ARV. Parmi les 927 patients qui recevaient un traitement ARV, on dénombrait 134 (14,5 %) décès, 201 (21,7 %) perdus de vue, 35 (3,8 %) transferts (figure n° I). La proportion cumulée des hommes dans le groupe de patients décédés, perdus de vue ou transférés était plus élevée que celle de la file régulièrement suivi dite active (48,1 % versus 32,5 %,  $p = 0,001$ ). En définitive 557 (60 %) patients appartenaient à la file active dont 430 patients ayant plus de 6 mois de traitement. Parmi ces patients, 190 (44,2 %) étaient jugés adhérent au traitement ARV contre 240 (55,8 %) non adhérents.

Les caractéristiques des patients à l'inclusion sont résumées au tableau n°I. Le nombre de paramètres non renseignés n'était pas différent entre le groupe de patients adhérents et non adhérents sauf pour le stade OMS (17,4% vs 31,3%;  $p=0,001$ ). Le régime de traitement ARV, le plus prescrit était l'association de deux inhibiteurs nucléosidiques de la reverse transcriptase (Zidovudine ou Stavudine + lamivudine associés) à un inhibiteur non nucléosidiques de la reverse transcriptase (névirapine ou efavirenz) dans 94,9 % des cas.

**Tableau n° I :** Caractéristiques sociodémographiques et clinico-biologiques des patients inclus, adhérent et non adhérent au traitement antirétroviral

	Tous patients N=430	Adhérent n=190	Non adhérent n=240	P
Sexe (F) [n (%)]	296(68,8)	131(68,9)	165(68,8)	0,9
Age [n (%)]				1
<30 ans	112(26)	49 (25,8)	63(26,3)	
31-40 ans	164(38,1)	73(38,4)	91(37,9)	
41-50 ans	111(25,8)	50(26,3)	61(25,4)	
>50 ans	41(9,5)	18(9,5)	23(9,6)	
Nationalité [n (%)]				0,6
Ivoirienne	405(94,2)	181(95,3)	224(93,3)	
Non ivoirienne	20(4,7)	8(4,7)	12(5)	
Non renseignée	5(1,2)	1 (0,5)	4(1,7)	
Niveau d'étude [n (%)]				0,5
Jamais scolarisé	6(1,4)	1(0,5)	5(2,1)	
Primaire	77(17,9)	34(17,9)	43(17,9)	
Secondaire	160(37,2)	76(40)	84(35)	
Supérieure	56(13)	26(13,7)	30(12,5)	
Non renseigné	131(30)	53(27,9)	78(32,5)	
Situation matrimoniale [n (%)]				0,9
Marié ou concubinage	225(52,3)	100(52,6)	125(52,1)	
Non marié (célibataire, divorcé,)	182(42,3)	82(43,2)	100(41,7)	
Non renseignée	23(5,3)	8(4,2)	15(6,3)	
Activité rémunératrice [n (%)]				0,09
Oui	237(55,1)	112(58,9)	125(52,1)	
Non	155(36)	60(31,6)	95(39,6)	
Non renseignée	38(8,8)	18(9,4)	20(8,3)	
Sérologie VIH [n (%)]				0,5
VIH1	416(96,7)	185(97,4)	231(96,3)	
VIH2 ou VIH1-2	14(3,2)	5(2,6)	9(3,7)	
Stade OMS [n (%)]				0,5
Stade 1	27(6,3)	16(8,4)	11(4,6)	
Stade 2	69(16)	30(15,8)	39(16,3)	
Stade 3	192(44,7)	96(50,5)	96(40)	
Stade 4	34(7,9)	15(7,9)	19(7,9)	
Non renseigné	108(25,1)	33(17,4)	75(31,3)	
CD4 Nb [n (%)]				0,2
<200	308(71,6)	142(74,7)	166(69,2)	
≥200	119(27,7)	46(24,2)	73(30,4)	
Non renseigné	3(0,7)	2(11,1)	1(0,42)	
CD4 % en classe [n (%)]				0,7
<15%	372(86,5)	165(86,8)	207(86,3)	
≥15%	51(11,9)	21(11,1)	30(12,5)	
Non renseigné	7(16,3)	4(2,1)	3(1,3)	
Schéma ARV [n (%)]				1
Avec IP	9(2,1)	4(2,1)	5(2,1)	
Sans IP	421(97,9)	186(97,9)	235(97,9)	
Services [n (%)]				0,003
HG	276(64,2)	133(143)	143(59,6)	
ED et NP	35(8,1)	7(28)	28(11,7)	
HI	65(15,1)	22(43)	43(17,9)	
NE	54(12,6)	28(26)	26(10,8)	

IP : inhibiteur de la protéase, ED : service d'endocrinologie HG : service d'hépatogastroentérologie. HI : service d'hématologie-immunologie NE : service de neurologie NP : service de néphrologie \*effectif du service d'endocrinologie ajouté à celui du service de néphrologie. Seul le service de provenance était associé à l'adhérence au traitement ARV (p=0,003)

Le taux global (figure n° II) d'adhérence des patients au traitement ARV était élevé à 6 mois estimé à 86 % (IC 95% :81 – 86) puis diminuait au cours du suivi pour atteindre 17 % (IC 95 % : 9 -27) à 42 mois. En analyse multivariée (tableau n° II), les facteurs de non adhérence au traitement ARV étaient l'activité rémunératrice (OR =0,59 ; IC 95 % = 0,38 – 0,91) et le service de provenance des patients: les services d'endocrinologie et de néphrologie réunis (OR = 5,84 ; IC 95 % =2,15 – 15,87) et le service d'hématologie (OR = 2,49 ; IC 95 % = 1,29 – 4,64)

**Tableau n° II :** Facteurs de non adhérence au traitement antirétroviral des patients suivi en milieu hospitalier au CHU de Yopougon: analyse multivariée

	OR brut (IC à 95%)	P	OR ajusté (IC à 95%)	P
Sexe, féminin	0,99 (0,65-1,49)	0,965	-	-
Age		0,99		-
<30 ans	1			
31-40 ans	0,96 (0,59-1,57)		-	
41-50 ans	0,94 (0,55-1,61)		-	
>50 ans	0,99 (0,48-2,04)		-	
Niveau d'étude		0,464		-
Jamais scolarisé	1		-	
Primaire	0,25 (0,02-2,26)		-	
Secondaire	0,22 (0,02-1,93)		-	
Supérieure	0,23 (0,02-2,10)		-	
Situation matrimoniale, marié ou concubinage	0,97 (0,65-1,44)	0,9	-	
Activité rémunératrice, (oui vs non)	0,7 (0,46-1,06)	0,09	0,59 (0,38-0,91)	0,02
Sérologie VIH		0,51		-
VIH1	1		-	
VIH2 ou VIH1-2	1,44 (0,47-4,37)		-	
Stade OMS		0,844		-
Stades 1 et 2	1		-	
Stades 3 et 4	0,95 (0,59-1,53)		-	
CD4 Nb		0,165		0,09
<200	1		1	
≥200	1,35 (0,88-2,09)		1,51(0,941-2,429)	
Schéma ARV n(%)		0,98		-
Sans IP	1		-	
Avec IP	0,98 (0,26-3,73)		-	
Services		0,0018		0,002
HG	1		1	
ED et NP*	3,57 (1,57-8,80)		5,84 (2,15-15,87)	
HI	1,81 (1,03-3,20)		2,49 (1,29-4,64)	
NE	0,86 (0,48-1,55)		0,77 (0,42-1,45)	

IP : inhibiteur de la protéase, ED : service d'endocrinologie HG : service d'hépatogastroentérologie

HI : service d'hématologie-immunologie NE : service de neurologie NP : service de néphrologie\* effectif du service d'endocrinologie ajouté à celui du service de néphrologie. L'activité rémunératrice ( $p=0,02$ ) et le service de provenance ( $p=0,002$ ) étaient significativement associés à l'adhérence au traitement ARV en analyse multivariée

## DISCUSSION

Nous avons trouvé premièrement que 55,8 % des patients de la file active dans notre étude n'était pas adhérent au traitement ARV et le taux global d'adhérence qui était de 86% au cours des 6 premiers mois du traitement chutait à 17% à 42 mois (3 ans et demi). Deuxièmement l'absence d'une activité rémunératrice et le service de provenance des patients étaient des facteurs de non adhérence au traitement ARV au CHU de Yopougon.

La proportion des patients non adhérents au traitement ARV dans notre étude était similaire à celle observée à Abidjan dans le service des maladies infectieuses et tropicales au CHU de Treichville par Tanon et al ; (52%), et à l'hôpital du point G à Bamako par Oumar et al (58,5%) et ce, malgré une définition de l'adhérence différente d'une étude à l'autre (10,12).

Cependant, le taux d'adhérence au traitement ARV observé à 6 mois dans notre étude était plus élevé que celui rapporté par Tanon et al. à 7 mois estimé à 61%. Néanmoins à 24 mois, notre étude montrait un taux d'adhérence (40%) sensiblement identique à celui rapporté par la même équipe au CHU de Treichville (44%). Toutefois la méthode de calcul utilisée dans cette étude était différente de la notre (12). Ce constat suggère probablement une gestion différente des patients issus d'une base opérationnelle d'un hôpital à un autre.

En effet, l'action des conseillères lors du dépistage et de la mise en route du traitement, dans la motivation des patients à être adhérent au traitement ARV, associée à la volonté de ceux-ci à recouvrer une meilleure santé le plus rapidement possible, contribueraient à une meilleure adhérence dont l'effet se fait ressentir lors des premières mois du traitement ARV (8,9). Toutefois selon nos résultats le taux d'adhérence au traitement ARV diminuerait au fil du temps. Ce constat vraisemblablement multifactoriel serait lié au relâchement observé par rapport à l'adhérence au traitement ARV chez nos patients lorsque le bénéfice escompté du traitement était atteint dans les 6 premiers mois et, à d'autres facteurs tels que l'existence d'une activité rémunératrice et le service de provenance.

En effet en analyse multivariée les patients ayant une activité rémunératrice étaient plus adhérents à leur traitement (OR: 0,59;  $p = 0,018$ ). L'activité rémunératrice comme facteur déterminant l'adhérence au traitement antirétroviral est également rapporté par Rougemont et al. au Cameroun et Diabaté et al. en Côte d'Ivoire (3,11).

Nous avons montré que le service de provenance du patient était un facteur de non adhérence au traitement antirétroviral probablement à cause de la maladie sous jacente ayant motivé l'hospitalisation du patient dans son service d'origine et qui agirait comme facteur de comorbidité non forcément liés à la maladie VIH-SIDA. D'un autre côté, la quantité des médicaments à prendre pour traiter à la fois la maladie sous jacente et l'infection VIH-SIDA et les effets secondaires liés aux interactions médicamenteuses possibles expliqueraient également les difficultés d'adhérence au traitement ARV des patients vivant avec le VIH-SIDA recrutés en milieu hospitalier. En effet il a été démontré que les prises médicamenteuses très fréquentes (plus de deux fois par jour) et leurs effets secondaires sont des facteurs de non adhérence au traitement ARV (2,7). Cela expliquerait en partie que les patients provenant du service d'endocrinologie et néphrologie réunis, et d'hématologie ayant manifestement d'autres affections soient non adhérents au traitement ARV dans notre étude comparés aux patients provenant du service de médecine et d'hépto-gastroentérologie.

Néanmoins il n'est pas exclu que le facteur humain puisse introduire un biais de sélection vu que l'unité de prise en charge des patients adultes vivant avec le VIH-SIDA au CHU de Yopougon est localisée dans le service de médecine et de gastroentérologie, pourvoyeur de 64 % des patients inclus dans cette étude (6). Nous pensons que ces patients et probablement ceux provenant du service de neurologie étaient plus facilement accessibles, et motivés sur l'importance de l'adhérence au traitement ARV pendant leur hospitalisation ou au cours du suivi par le corps médical et les conseillères qui y travaillent plus que ceux provenant des autres services. En effet le service de neurologie qui n'apparaît pas significatif dans notre étude, est situé sur le même palier que le service de médecine et d'hépto-gastroentérologie. Les patients du service de neurologie ont probablement bénéficié de cette proximité géographique d'avec l'unité de prise en charge des patients adultes vivant avec le VIH-SIDA.

Le niveau d'étude n'était pas associé à l'adhérence au traitement ARV dans notre étude probablement en raison du grand nombre de données manquantes (5).

Il s'agissait d'une étude longitudinale réalisée sur une cohorte hospitalière en Côte d'Ivoire. Elle a permis d'étudier l'adhérence des patients au traitement ARV sur une période de trois ans et demi contrairement aux résultats d'enquêtes transversales réalisées en Côte d'Ivoire ou au Mali qui n'ont montré qu'une vision instantanée du phénomène étudié. Ces études ont pour la plupart mesuré l'adhérence à partir d'un auto questionnaire réputé peu sensible, sujet à un biais de mémorisation et qui fait appel à l'honnêteté du patient (2,6).

Contrairement aux études antérieures en Côte d'Ivoire et au Mali, nous avons utilisé une méthode basée sur la fréquence de la délivrance des médicaments à la pharmacie du CHU de Yopougon corrélée au nombre de visite des patients à l'hôpital dans le cadre du suivi.

Cette étude qui a la force d'avoir été réalisée sur une cohorte hospitalière en Côte d'Ivoire, sur une base opérationnelle, présente cependant des limites. Les limites sont en grande partie liées à la gestion d'une base opérationnelle sujette à un renseignement peu exhaustif des paramètres. Le nombre de paramètres non renseignés était parfois élevé (10 à 30 %) limitant la portée de notre étude. Cependant nous avons trouvé un taux d'adhérence proche du chiffre décrit dans la littérature en Afrique suggérant la pertinence de la mesure de l'adhérence au traitement ARV que nous avons jugé pragmatique dans un contexte d'exercice en milieu africain, dès lors qu'elle éliminait un biais de mémorisation et n'était pas sujette à l'opinion du patient car, basé sur les informations recueillies à la pharmacie.(2,6). Néanmoins elle ne traduit pas ipso facto, une prise régulière des médicaments telle que l'aurait montrée un pilulier électronique (13).

## CONCLUSION

Au CHU de Yopougon, la proportion des patients non adhérant au traitement ARV était élevée atteignant plus de 50% des patients traités Les facteurs de non adhérence au traitement ARV étaient l'absence d'une activité rémunératrice et le service de provenance du patient

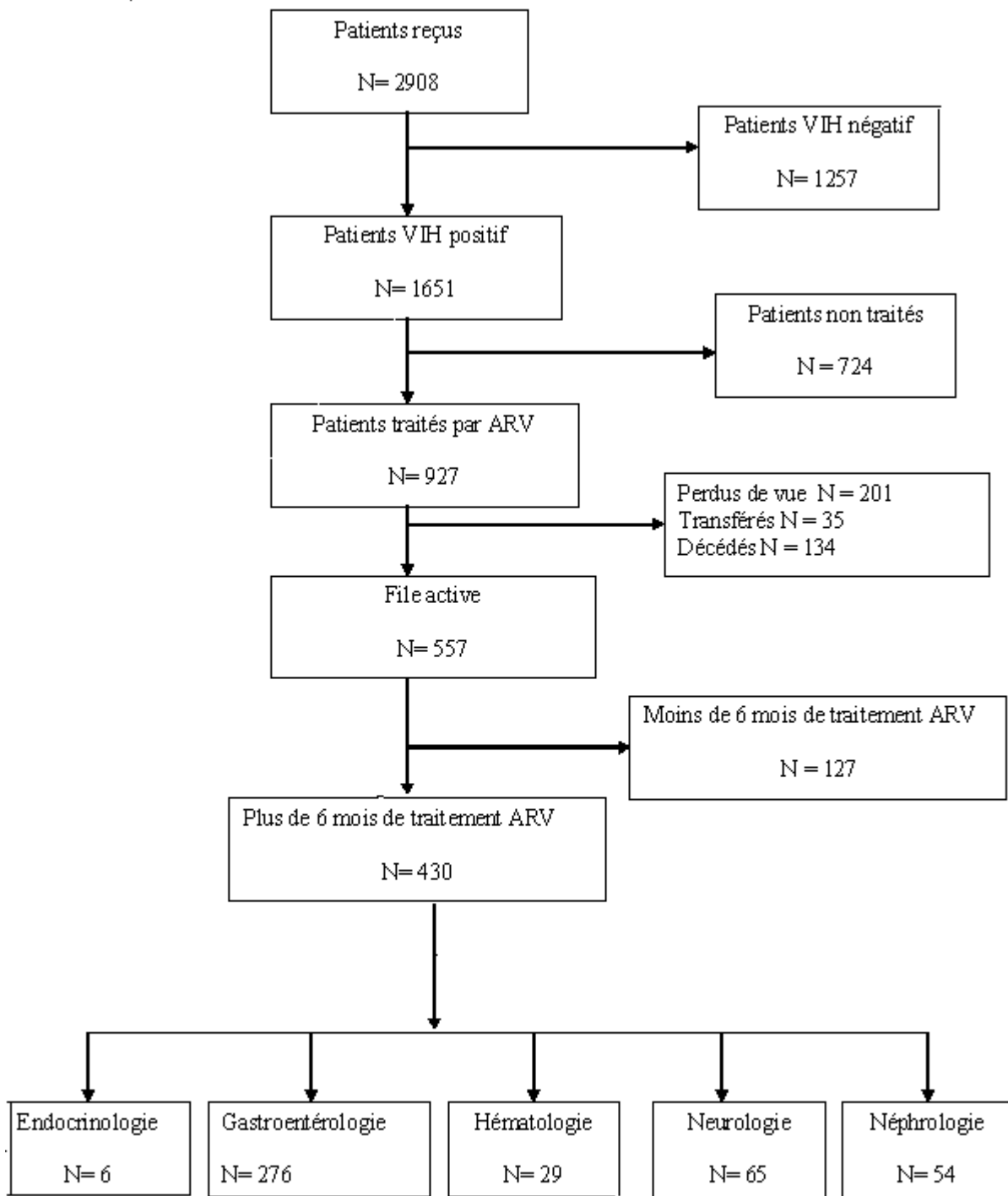
## REMERCIEMENTS

Les auteurs tiennent à remercier les acteurs de la prise en charge des patients adultes vivant avec le VIH/SIDA au CHU de Yopougon notamment les chefs de services et en particulier l'ONG

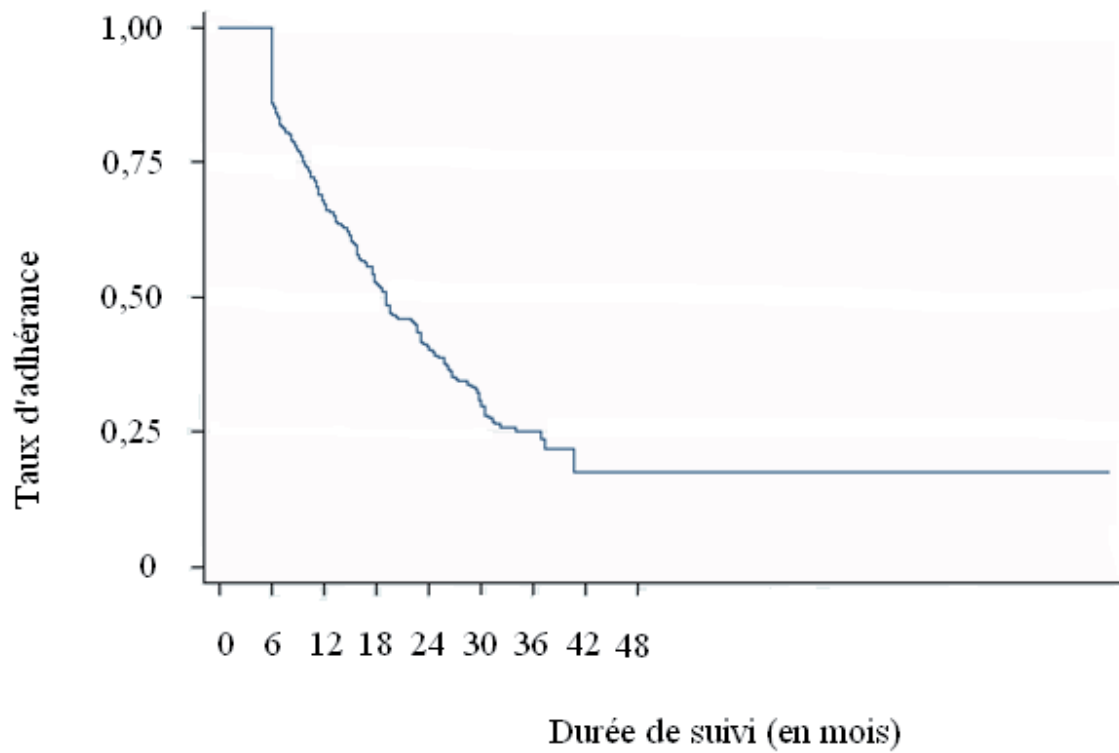
Aconda-VS qui reçoit des subventions offert par *President's Emergency Plan for AIDS Relief* (PEPFAR).

## RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- 1- Amberbir A, Woldmichael K, Gatechew S (2008) Predictors of adherence to antiretroviral therapy among HIV-infected persons: a prospective study in southwest Ethiopia. *BMC Public Health* 8:265
- 2- Chesney M. Factors affecting adherence to antiretroviral therapy. *Clin Inf Dis*, 2000;30:S171-6
- 3- Diabaté S, Alary M, Koffi CK (2007) Determinants of adherence to highly active antiretroviral therapy among HIV-1 infected patients in Côte d'Ivoire. *AIDS* 21:1799-803
- 4- Eholié SP, Girard PM (2009) Memento thérapeutique du VIH-SIDA en AfriqueEds doin, France,pp336
- 5- Falagas ME, Zarkadoulia EA, Pliatsika PA (2008) Socio-economic status as determinant of adherence to treatment in HIV infected patients: a systematic review of the literature. *Retrovirology* 5:13
- 6- Hennekens CH, Buring JE (1987). *Epidemiology in medicine* 1 th edition. Little Brown and Company,Boston, pp382
- 7- Juurlink DN, Mamdani M, Kopp A et al (2003) Drug-drug interactions among elderly patients hospitalized for drug toxicity. *JAMA* 289:1652-58
- 8- Marazzi MC, Bartolo M, Gialloreti LE, Germano P, Guidotti G, Liotta G et al. Improving adherence to highly active antiretroviral therapy in Africa: the DREAM programme in Mozambique. *Health Education Research* 21:34-42
- 9- Mills EJ, Nachega JB, Bangsberg DR et al (2006). Adherence to HAART :a systematic review of developed and developing nation patient-reported barriers and facilitators. *Plos Medecine* 3:2039-64
- 10- Oumar AA, Dao S, Diamoutene A, Coulibaly S et al.( 2007) Les facteurs associés à l'observance du traitement antirétroviral à l'hôpital du point G. *Mali Med* 22:18-21
- 11- Rougemont M, Stoll BE, Elia N, Ngang P (2009) Antiretroviral treatment adherence and its determinants in Sub-Saharan Africa: a prospective study at Yaounde Central Hospital, Cameroon. *AIDS Res Ther*:21
- 12- Tanon A, Polneau S, Aba T et al.( 2006) L'observance au traitement antirétroviral chez les patients adultes VIH positifs à Abidjan de mars à septembre 2002. *Rev Int Sc Med* 8:53-8
- 13- Vriesendorp R, Cohen A, Kristanto P et al.( 2007) Adherence to HAART therapy measured by electronic monitoring in newly diagnosed HIV patients in Botswana. *Eur J Clin Pharmacol* 63:1115-21
- 14- Ware NC, Idoko J, Kaaya S et al.( 2009). Explaining adherence success in Sub-Saharan Africa: an ethnographic study. *Plos Medecine* 6:39-47
- 15- Wood E, Hogg RB, Yip B et al.( 2003) Effect of medication adherence on survival of HIV-infected adults who start highly active antiretroviral therapy when the CD4+ cell count is 0.200 to 0.350X10<sup>9</sup> cells/L. *Ann Inter Med*139:810-16



**Figure n°1** : Diagramme de flux des patients adultes inclus dans l'étude ARV : traitement antirétroviral



**Figure n°2 :** Courbe de survie globale des patients adhérents au traitement antirétroviral