



**FACTEURS FAVORISANTS LA NON OBSERVANCE THERAPEUTIQUE DES PERSONNES
VIVANT AVEC LE VIH SUIVI A L'UNITE DE PRISE EN CHARGE DE L'HOPITAL DE
DISTRICT DE LA CITE DES PALMIERS.**

LINJOUOM ABDOU¹

Henri Lucien KAMGA²

ENOKA PATRICE³

1= Dr. LINJOUOM ABDOU : Délégation régional de la santé publique du littoral (CERPLE)

2= Prof. Henri Lucien KAMGA : Vice doyen de la Faculté de médecine S Université de Yaoundé I.

3= Dr. ENOKA PATRICE : Promoteur IPAF de BAFIA.

Reçu : 18 Juillet, 2022 ; Accepté : 01 août, 2022 ; Publié : 20 Septembre 2022

DOI : <https://doi.org/10.53236/27>

RÉSUMÉ

La présente étude porte sur les facteurs favorisant la non observance thérapeutique des personnes vivantes avec le VIH (PVVIH) suivi à l'unité de prise en charge (UPEC) de l'Hôpital de District de la Cité des palmiers (HDPC), pour mieux identifier les éléments pouvant empêcher une mauvaise adhésion au traitement antirétroviraux. L'objectif de cette étude était d'identifier les éléments liés à la non observance aux Traitement Antirétroviraux (TAR) des bénéficiaires de soins âgés de 15 ans au moins. Plus spécifiquement il s'agissait, de déterminer les facteurs sociodémographiques, les facteurs liés à la personne séropositive sous traitement antirétroviral et les facteurs liés à la formation sanitaire qui s'opposeraient à l'observance. Notre étude est quantitative à type descriptif. La collecte des données a duré deux semaines et s'est faite à l'aide d'un questionnaire. La méthode d'échantillonnage non probabiliste de choix raisonné a permis d'avoir un échantillon de 48 personnes. L'éthique de la recherche et les droits de l'homme ont été respecté à travers la délivrance des différentes autorisations d'enquête. Les collectes ont été dépouillées manuellement et traitées à l'ordinateur. Les résultats ont montré

malgré le taux de scolarisation élevé (97%), nous notons les critères tels que la distance maison-hôpital (62.5%), le refus de partager son statut sérologique (75%) et la non appartenance à une structure de dialogue (88%) sont des éléments importants en rapport avec les facteurs sociodémographiques. L'oubli (43.83%), le voyage (20.55%) et l'association d'un traitement alternatif aux ARV (87.5%) par le B.S influencent la non observance. Les problèmes liés à la structure sanitaire ne sont pas négligeables. Ainsi, nous avons constaté que les B.S ignorent l'existence d'un service social (70 %), certains trouvent le temps d'attente long (52.1%), d'autres ne sont pas à l'aise avec l'emplacement de la pharmacie (39.6%). Aux vues de ces résultats, des mesures ont été préconisées, aux PVVIH, aux responsables du service cible de notre lieu d'étude, aux responsables de l'HDPC et aux « paires éducateurs ».

Mots clés :

- Facteurs favorisants ;
- Non observance ;
- PVVIH.

Abstract

The present study focuses on the factors favoring the non-therapeutic observance of PLHIV followed by the UPEC of HDCP, to better identify the elements that can prevent poor adherence to antiretroviral treatment. The objective of this study was to identify the elements related to non-compliance with ART for care recipients aged 15 years and over. More specially, it was to determine the socio-demographic factors, the factors related to the HIV-positive persons on antiretroviral treatment, and the factors related to the health facility that would oppose compliance. Our study is quantitative descriptive type. The data collection lasted two weeks and was done using a questionnaire. The non-probability sampling method of reason choice made it possible to have a sample of 48 people. The ethics of research and human rights have been respected through the issuance of different investigative authorizations. Collections were manually stripped and processed by computer. The results showed

that despite the high rate of schooling (97%), we note criteria such as the distance between home and hospital (62.5%), the refusal to share its HIV status (75%) and the non-membership in a health facility. dialogue (88%) are important elements in relation to socio-demographic factors. Forgetting (43.83%), travel (20.55%) and the combination of an alternative treatment to ARVs (87.5%) by the B.S. influence non-compliance. The problems related to the health structure are not negligible. Thus, we found that the BS ignore the existence of a social service (70%), some find the waiting time is long (52.1%), others are not comfortable with the location pharmacy (39.6%). In the regard of these results, measures have been recommended for PLHIV, those responsible for the target service at our place of study, HDCP leaders and "peer educators".

Keywords :

- Favorable factors;
- Non-compliance ;
- PLHIV.

1-Introduction

La non-observance thérapeutique est la non-concordance entre le comportement du bénéficiaire de soin (B.S.) vis à vis de son traitement et les recommandations de son soignant. Elle concerne aussi bien la réduction de fréquence des prises, la réduction du nombre de médicaments pris, la mauvaise répartition des doses dans le temps et la non-observation des directives d'administration.

L'histoire de La non observance aux antirétroviraux illustre la rencontre de plusieurs dynamiques sociales, scientifiques et politiques. En effet, L'horaire et l'espacement des prises peuvent être particulièrement importants pour les inhibiteurs de protéases dont la concentration intracellulaire est très liée à la concentration plasmatique et qui ont une demi-vie plasmatique relativement courte. Une abondante littérature issue des études nous montre que, l'effet thérapeutique peut être compromis lorsque la personne soignée ne prend pas régulièrement ses médicaments, ne respecte pas les doses prescrites, l'horaire de la prise ou la nécessité de les absorber avant ou pendant les repas.

La non-observance est ainsi un phénomène multifactoriel et évolutif dans le temps. Le suivi extrêmement rigoureux imposé dans chaque cas de figure, limite certainement l'ampleur du phénomène de la non-observance aux traitements antirétroviraux (TARV). Plusieurs facteurs peuvent influencer l'adhésion au traitement : les caractéristiques liées aux bénéficiaires de soins, les particularités de la maladie, les modalités du traitement, les attitudes du soignant et l'organisation du système de santé (Scheen, 1999). Au regard de ces prédispositions, il nous revient donc de trouver les facteurs responsables de la non observance thérapeutique chez les PVVIH de l'HDCP.

1-1-Justification de l'étude

La non-observance thérapeutique n'est pas un phénomène nouveau. Depuis l'arrivée en 1996 des traitements antirétroviraux hautement actifs (HAART), la question de la non-observance est devenue un enjeu crucial pour les personnes soignées atteintes par l'infection

à VIH, ainsi que pour les soignants (Tourette et Rebillon. 2000). Pour certains psychosociologues, ce phénomène de la non-observance est le « problème le plus sérieux auquel la pratique médicale moderne ait à faire face » (Dunbar, 1990). Les recherches montrent une corrélation significative entre l'observance déclarée par les personnes soignées et leur charge virale (Andréo, Ouhnik, Soletti, Oertholon, Moatti, *et al*, 2001).

La version 2002 du rapport Delfraissy consacre un chapitre à l'observance en rappelant que 95 à 100% d'observance est nécessaire pour garantir une efficacité maximale des traitements au plan virologique. Selon Le BOT, en 1999, le nombre de patients non observant ou mauvais observant serait compris en moyenne entre 30 et 60 %. La compréhension du traitement est alors un facteur primordial pour avoir à nouveau le sentiment de reprendre le contrôle de sa vie.

Plusieurs auteurs pensent que ce phénomène est lié à des facteurs qui peuvent être à la fois « cognitifs, comportementaux, sociaux et émotionnels... » (Scheen, 2010), spécifiquement, différents facteurs constituent clairement des obstacles à l'observance PVVIH : absence de logement stable, faible niveau de revenus, absence de travail, signes de dépression, consommation de tabac, alcool ou stupéfiants, des enfants en charge.

1-2- Objectifs de recherche

1-2-1- Objectif général:

Déterminer les éléments liés à la non-observance aux ARV des PVVIH de l'UPEC de l'HDCP.

1-2-2- intérêt de la recherche

L'intérêt de l'étude se définit comme étant ce qui est profitable ou bénéfique pour notre étude. Notre intérêt portera donc sur plusieurs aspects :

- **Intérêt scientifique**

Notre étude pourra apporter des éléments nouveaux dans la recherche pour combler certaines défaillances sur la prise en soins (PES) des PVVIH. Elle aidera à allier la partie théorique à la pratique afin de renforcer les techniques de PEC des PVVIH et pour tous ceux qui consulteront cette étude.

- **Intérêt clinique**

Évaluer la chaîne de PES des PVVIH

Apporter une contribution à l'amélioration de cette UPEC.

- **Intérêt pratique**

Le résultat de notre recherche va fournir des informations fiables et pertinentes qui pourront permettre à tous les personnels médicaux sanitaires de l'UPEC et à tous les niveaux du système de la santé de comprendre les raisons de la non observance chez les bénéficiaires de soins et cela permettra d'améliorer les moyens de la prise en charge et la prise en soin.

- **Intérêt personnel**

L'étude sur les PVVIH nous a semblé particulièrement intéressante dans la mesure où elle permet de comprendre d'avantage et d'analyser les problématiques de la non-observance thérapeutique chez les PVVIH.

Notre souci majeur étant de contribuer à l'amélioration de la PEC des PVVIH dans notre pays.

- **Intérêt professionnel**

Il portera sur l'amélioration de la qualité d'approche des PVVIH, avec beaucoup de tact pour gagner la confiance du BS. Ceci dit, cette confiance fera de nous, le confident du bénéficiaire des soins. D'où la coopération soignant-soigné et un transfert positif entre les deux. Cette recherche permettra de contribuer à la hausse de niveau de connaissance en matière d'éducation thérapeutique et de promotion de la santé de toute personne vivant avec une maladie chronique tel que le VIH/SIDA de leurs entourages. Ainsi nous aurons moins d'échec thérapeutique.

2-Methodologie

2-1. Justification du choix du lieu d'étude

Nous avons choisi L'HDCP comme lieu d'étude pour des raisons suivantes :

Il est l'un des hôpitaux de district classé sous contrat du financement basé sur la performance (PBF) et l'un des plus sollicité vu la capacité d'accueil et le plateau technique ;

- Du fait de son emplacement au milieu de la cité, il est également la structure de référence pour les centres intégrés de son aire et reçoit les malades de toutes couches sociales avec une accessibilité facile à tous ;
- Enfin, il a un UPEC assez fréquenté.

2-2. Description du lieu d'étude

2-2-1. Historique

L'hôpital de district de la Cité des Palmiers est un établissement hospitalier créé en 1990 comme centre de santé et érigé en 1993 en Hôpital de District suite au décret présidentiel portant création de District de santé au Cameroun. Il est situé dans la Région du Littoral, département du Wouri et arrondissement de Douala V. Comme son nom l'indique, il s'agit de l'hôpital de référence du District de Santé de la Cité des Palmiers et se situe dans l'aire de santé portant le même nom.

Depuis février 2011, il est devenu Hôpital PBF, projet de Financement basé sur les résultats, appuyé par la Banque mondiale à travers l'Agence de Contractualisation et de Vérification (ACV) du Fond Spécial pour la Promotion de la Santé du Littoral (FSPSL).

En juin 2015, l'HDCP passe de l'offre des soins PMA (Paquet Minimum d'Activités) à l'offre des soins PCA (Paquet Complémentaire d'Activités).

2-2-2. Situation sanitaire et géographique

- Situation sanitaire

L'HDCP est un hôpital de référence du District de santé de la Cité des Palmiers et se situe dans l'aire de santé portant le même nom.

2-3-Type d'étude et méthode de recherche

Notre étude est quantitative à type descriptif.

2-3-1-Durée d'étude et d'enquête

Notre étude a duré 6 mois de Novembre 2020 à Avril 2021. L'enquête a été menée pendant deux semaines (du 02 au 16 Avril 2021) à L'UPEC de l'Hôpital de District de la Cité des Palmiers.

2-3-2- Méthode d'échantillonnage

2-3-2-1. Population cible

Notre étude s'est faite sur les bénéficiaires des soins de l'UPEC tout sexe confondu, dont l'âge est supérieur ou égale à 15 ans, ayant interrompu à un moment donné le traitement antirétroviral, ceux qui sont suivie régulièrement à l'UPEC de l'HDCP.

2-3-2-2. Choix de la technique d'échantillonnage

Nous avons utilisé dans le cadre de notre étude, la technique d'échantillonnage non probabiliste dite de choix raisonné. Ici les bénéficiaires (traité) sont choisis en fonction de la caractéristique dominante que le chercheur veut explorer (Nkoum, 2005). Pour notre étude, nous avons utilisé deux techniques à savoir :

- Pendant le tri, le personnel responsable nous faisait part d'une éventuelle inobservance
- Pendant que le chef de l'unité de soins enregistrait les carnets des BS, il nous passait le carnet des non-observant et nous faisons entrer le BS, pour l'entretien.

2-3-2-3. Taille d'échantillon

Pendant ces deux semaines, nous avons pu contacter 48 personnes.

2-3-2-4. Critères de sélection

- **Critères d'inclusion**

- ✓ Notre étude portait sur les bénéficiaires des soins de l'UPEC répondant aux critères du non observance thérapeutique sans distinction de sexes ;
- ✓ Qui sont suivis régulièrement à l'UPEC de l'HDPC dont l'âge minimum est 15ans ;
- ✓ Qui ne respectent pas les heures de prise des médicaments ;
- ✓ Qui ont eu à interrompre à un moment donné leur TAR ;

- **Critères de non inclusion**

Ne seront pas pris en compte pour notre étude tous les BS suivants :

- ✓ Qui n'ont jamais connu l'interruption de leur traitement ;
- ✓ Toute personne qui n'est pas enregistrée comme BS régulier à l'UPEC de l'HDPC ;
- ✓ Perdu de vue.

2-4- Collecte des données

2-4-1. Présentations de l'outil des collectes des données

La production des données repose sur plusieurs techniques de collecte. Dans notre étude, nous avons choisi d'utiliser un questionnaire.

A partir de notre question de recherche, il s'est dégagé le déroulement des concepts clés dans le chapitre précédent. Le déroulement de concepts a permis d'aboutir à des indicateurs sur lesquels nous nous sommes basés pour élaborer cet outil de collecte d'information qui se structure comme suit :

- La première partie sur les facteurs sociodémographiques constitués de 10 questions ;
- La deuxième partie portant sur les éléments pouvant être en rapport avec le bénéficiaire de soin soit 06 questions ;
- La dernière partie sur les facteurs liés à la formation sanitaire comportant 06 questions.

2-4-2 Technique de collecte des données

- Déroulement enquête.

Après dépôt et obtention d'une autorisation d'enquête au sein de l'hôpital, nous nous sommes dirigés vers la surveillante générale (SG), qui nous a conduits chez le chef d'unité de soins de l'UPEC. Nous avons pris contact avec le personnel en place. Afin d'avoir le consentement, nous leurs avons assuré la confidentialité et l'anonymat de l'identité de leurs BS. Nous avons présenté notre questionnaire au chef d'unité de soins du service.

Après l'entrée en contact avec le document, il nous a proposé une méthode de travail, nous avons donné notre point de vue. Nous nous sommes convenu d'une stratégie favorable pour tous. Une table et deux chaises ont été mises à notre disponibilité, non loin du chef d'unité de soins. C'est ainsi que nous recevons un B.S après l'autre d'une manière très discrète.

Après une brève salutation et l'installation du bénéficiaire de soins, vient notre présentation. L'entretien se poursuit par une causerie avec le BS afin de gagner sa confiance. Une fois que nous rendons compte que le transfert est positif entre nous, vient l'explication du but de notre travail et par la suite, la présentation du questionnaire accompagnée d'une note à leur attention afin d'assurer d'un libre consentement. Après l'obtention de leurs consentements, nous passons au remplissage du questionnaire.

Ici, le remplissage se fait de deux manières :

- Ceux qui sont scolarisés et qui sont en mesure de remplir, le font seuls.
- Par contre, ceux qui ne peuvent pas ou qui ne sont pas scolarisés, nous

remplissons à leur place en fonction de leurs réponses.

Après récupération des questionnaires, nous apportons des solutions aux préoccupations posées ou descellées pendant toute la période d'entretien. Enfin, nous leurs encourageons à bien prendre soin d'eux, leurs remercions de leurs participations avant de prendre congé d'eux.

- **Dépouillement et traitement des données**

Le dépouillement des données est fait manuellement et à l'aide d'une calculatrice scientifique. Le traitement des données est fait à l'aide des logiciels WORD et EXCEL 2010 via un ordinateur. Les résultats obtenus sont exprimés en pourcentage et sont représentés sous forme de tableaux et de figures.

2-5- Considérations éthique

Pour le plus grand respect de l'éthique de la recherche, nous avons obtenu par le biais de notre administration une autorisation d'enquête signée par :

- Le Délégué Régional de la Santé du Littoral ;
- Le Directeur de L'HDCP ;
- Note explicative à l'attention des répondants pour leurs garantir de l'anonymat et la liberté de choix dans cette participation.

3-Résultats et Discussions

A l'issu de l'enquête menée, nous présentons dans cette partie des résultats obtenus. Ces résultats sont présentés sous deux grandes thématiques : Le premier est en rapport avec la présentation des données et là à la présentation discussions des données importantes.

3-1- Résultats

3-1-1 - caractéristiques socio- démographiques des répondants

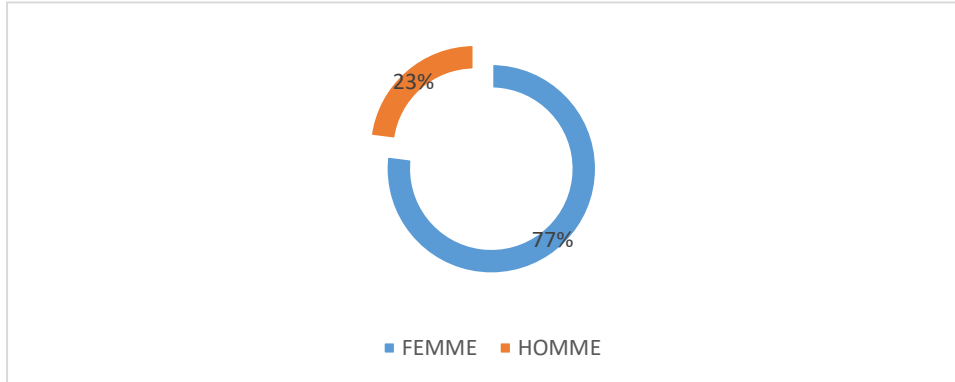


Figure 1 : Anneau représentant la distribution des répondants selon leur sexe. Cette figure montre que sur 48 participants,

- La majorité 37 soit (77%) de nos répondants sont des femmes.

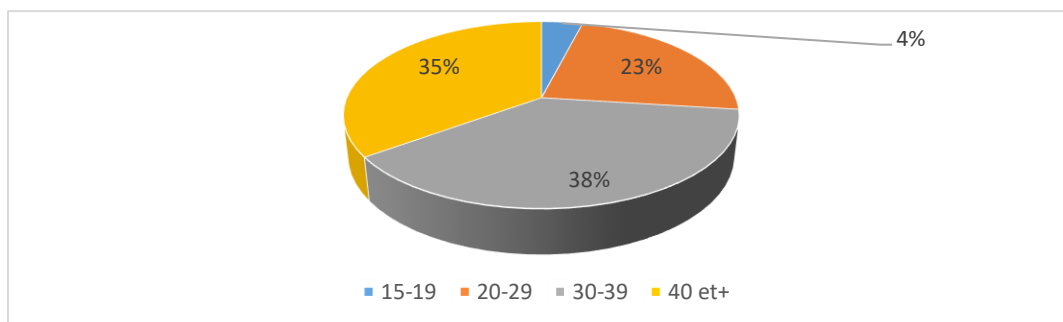


Figure 2 : Camembert représentant les tranches d'âges des répondants. Cette figure nous montre que, sur 48 participants

- La majorité de nos enquêtés 18 soit 37% sont dans la tranche d'âge 30-39 ans et 17 soit 35% ont au moins 40 ans.

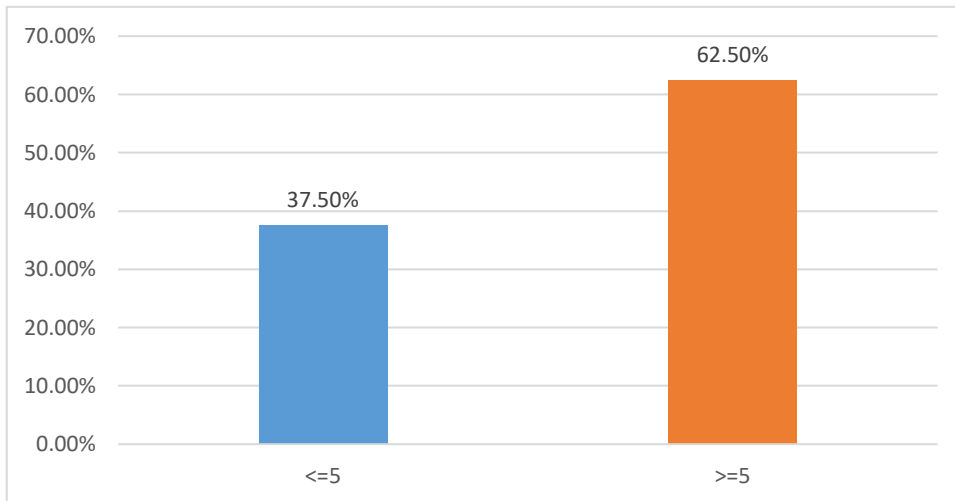


Figure 3 : Histogramme représentant la distance hôpital-maison des enquêtés. Cette figure montre que :

- La majorité de nos répondants 30 soit 62.5% habite à au moins 5 km de F HDCP

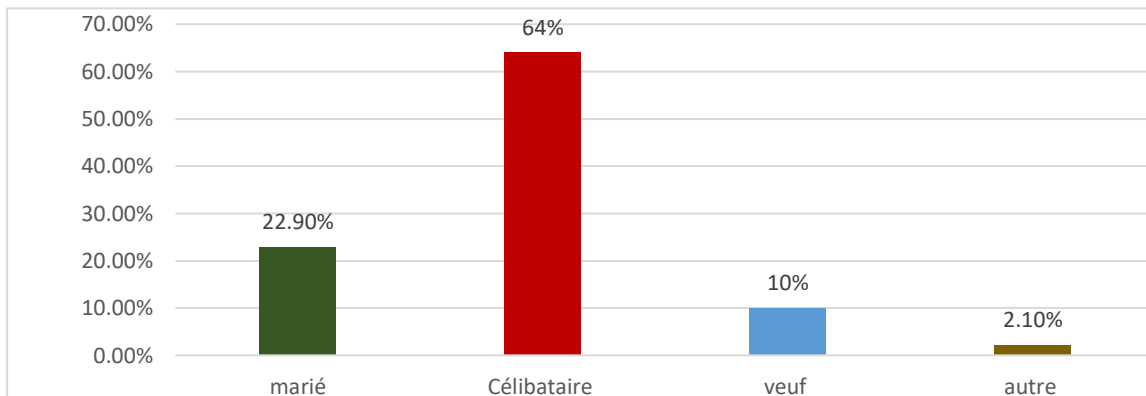


Figure 4 : Histogramme représentant la situation matrimoniale des répondants. Il ressort de ce tableau que :

- 31 soit (64.6%) des répondants sont célibataires

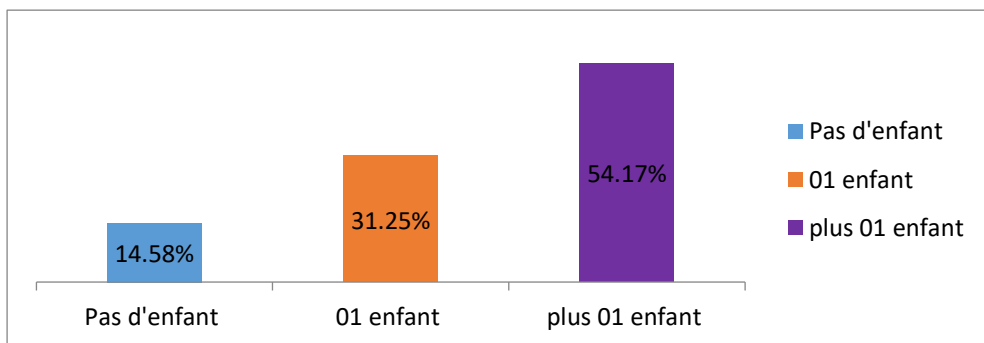


Figure 5 : Conne représentant le nombre d'enfant en charge. Il ressort de cette figure 3

- 26 des répondants soit (54.17%) ont plus d'un enfant, 15 soit (31.25%) des répondants ont un enfant

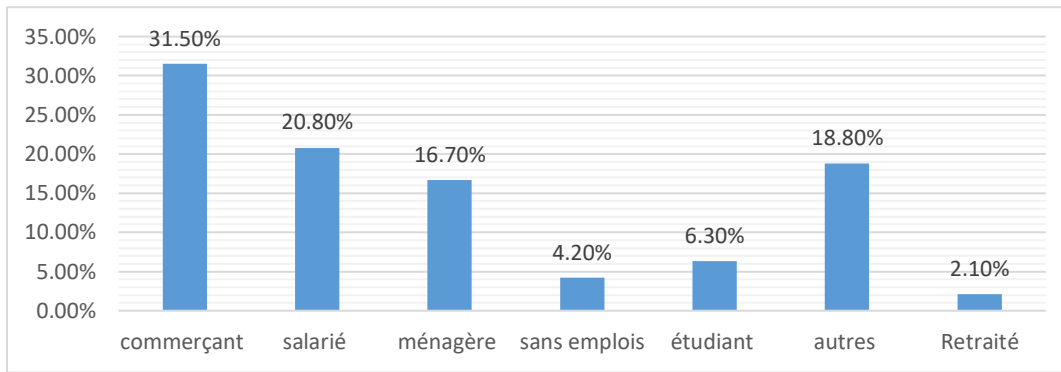


Figure 6: Histogramme en rapport avec la profession des répondants

Il ressort de cette étude que :

- 15 soit 31.5% sont des commerçants.

Tableau I: Répartition des répondants relative aux raisons du non partage de leur statut.

Réponses sexe	Rejet		Honte		Chosification		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Masculin	02	5.56	02	5.56	03	8.33	07	19.44
Féminin	14	38.8	09	25	06	16.6	29	80.56
Total	16	44.4	11	30.5	09	25	36	100

Ce tableau révèle :

- 16 soit 44.44% des répondants ont peur du rejet social ;
- 11 soit 30.56% des répondants ont honte d'en parler ;

Tableau II: Résultats des répondants à leur appartenance à une religion.

Réponses sexe	protestant		catholique		musulman		autres		TOTAL	
	N	%	N%	%	N	%	N	%	N	%
Masculin	02	4.17	05	10.4	00	00	04	8.33	11	22.92
Féminin	12	25	15	31.25	02	4.17	08	16.67	37	77.08
Total	14	29.17	20	41.66	02	4.17	12	25	48	100

Ce tableau montre :

- 14 soit (29.17%) des répondants sont protestants ;
- 20 soit 41.66% des répondants sont catholiques ;
- 12 soit 25% sont dans autres.

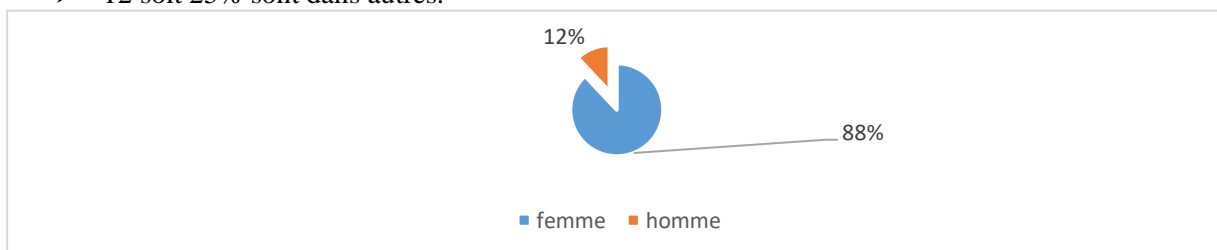


Figure 8 : Camembert représentant la répartition des répondants à la relative à leur appartenance à une structure de dialogue.

Ce diagramme circulaire révèle que :

- 42 soit 88 % des répondants n'appartiennent à aucune structure de dialogue.

III- Bénéficiaires de soins.

Tableau III : Répartition des répondants relative aux raisons du non-respect des heures de prise des ARV.

Réponses	15-19		20-29		30-39		40 et plus		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Ages										
Oublie	01	1.36	11	15.07	11	15.07	09	12.34	32	43.83
Rupture des ARV	00	00	01	1.36	06	8.21	02	2.73	09	12.33
Voyage	01	1.36	05	6.84	05	6.84	04	5.47	15	20.55
Occupations	00	00	00	00	02	2.73	06	8.21	08	10.96
Effet	00	00	01	1.36	01	1.36	00	00	02	2.73
Déni	00	00	00	00	00	00	00	00	00	00
Autres	00	00	02	2.73	01	1.36	04	5.47	07	9.59
Total	02	2.73	20	27.40	26	35.62	25	34.25	73	100

Ce tableau montre que sur 48 participants :

- 32 soit 43.83% des répondants témoignent que c'est du à l'oublie ;
- 15 soit 20.55% des répondants ont dit que c'est en rapport avec le voyage ;

Tableau VI : Distribution des répondants relative aux effets secondaires des ARV.

Réponses sexes	Oui		Non		Total	
	N	%	N	%	N	%
hommes	04	8.33	07	14.58	11	22.91
Femmes	21	43.75	16	33.33	37	77.08
Total	25	52.08	23	47.91	48	100

Ce tableau montre que sur 48 participants

- 25 soit 52.8% présentent des effets secondaires ;
- 23 soit 47.91 % n'ont pas d'effets secondaires.

Tableau V : Répartition des répondants relative aux types d'effets secondaires.

sexes raisons	Hommes		Femmes		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%
vomissement	01	1.89	03	5.66	04	7.55
Fatigue	03	5.66	14	26.41	17	32.07
Vertiges	01	1.89	13	24.53	14	26.41
Maux-tête	0	00	05	9.43	05	9.43
Diarrhée	0	00	04	7.55	04	7.55
Sommeil	02	3.77	03	5.66	05	9.43
Prise de poids	01	1.89	03	5.66	04	7.55
Total	08	15.09	45	84.90	53	100

Ce tableau montre que :

- 17 soit 32.07% des enquêtés ressentent la fatigue;
- 14 soit 26.41 % des répondants ont des vertiges;

IV- Formation sanitaire

Tableau VI: Répartition des répondants à la disponibilité du personnel

Réponses	Hommes		Femmes		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%
toujours disponible	03	6.25	07	14.57	10	20.83
Jamais disponible	02	4.16	06	12.5	07	14.57
Parfois disponible	06	12.05	13	27.08	18	37.5
Total	11	22.92	37	77.08	48	100

Ce tableau montre que sur 48 participants :

- 18 soit 37.5 % des enquêtés montrent que le personnel est parfois disponible.

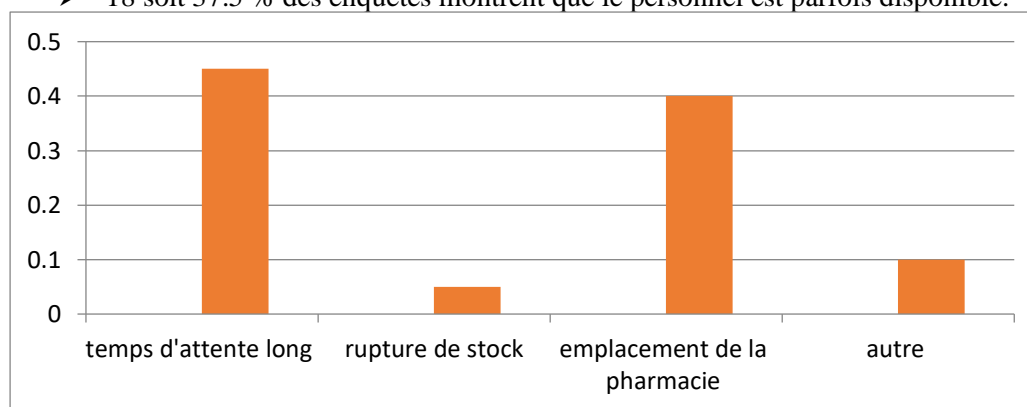


Figure 10 : Conne relative aux difficultés rencontrées pendant le ravitaillement des ARV à la pharmacie de l'UPEC.

Il ressort de cette figure que :

- 25 soit 52.1% des répondants trouvent qu'ils mettent trop du temps à l'hôpital pour être servi.
- 19 soit 39.6% sont dérangé par rapport à l'emplacement de la pharmacie.

3-2-Discussions

Dans le cadre de cette rubrique, il sera question pour nous de faire une analyse de nos données recueillies dans la partie précédant, afin de faire une interprétation de la situation de notre problématique.

3-2-1-Données sociodémographiques :

Identification des répondants

Concernant la distribution de nos résultats statistiques ,11 soit 22.9% figure 1 sont les hommes. Dans le cadre de notre analyse, le sexe dit « fort » besogneux, toujours pressé, se définissant par sa force dans la gestion des émotions. Pour ce dominant « inconscient et négligent », l'état de maladie est juste une faiblesse, pire un échec. Plusieurs études sociologiques ont montré que les hommes sont retissant à reconnaître qu'ils ont un problème de santé, ce qui pose une complication dans leur prise en soin.

S'agissant de la distribution selon le sexe dans le cadre de notre thème d'étude, il en ressort que : 37 soit 77.08% sont les femmes, ceci se justifie d'abord par le fait que la population féminine est largement majoritaire en Afrique et spécifiquement au Cameroun. En plus, toutes les données statistiques de ces dernières années sur le SIDA montrent que cette population est la plus exposée et vulnérable. Dans le prisme de notre étude, elles sont mères, sœurs, épouse parfois « père ». Elles sont multitâches, portent toute la charge de la famille. Ce sur poids de la vie et les circonstances, les exposent à l'oubli à l'épuisement et à la négligence de leur être dans le monde.

La tranche d'âge moyenne de nos répondants est de 18 ans, soit un âge relativement jeune dynamique et actif sur le plan socio- économique. Ainsi sur les 48 personnes qui ont bien voulu participer à notre étude, 2 soit 4% ont un âge compris dans l'intervalle de 15-19 ans ; et 11 soit 22% sont dans

l'intervalle de 20-29 ans (figure 2). En relation avec notre problématique, la population de cette tranche d'âge constitue le fer de lance de la nation. C'est l'âge auquel, les perceptions sociales sont les plus ressenties. Elle est active et sujet à une grande mobilité, souvent fort insoucieuse, dans une moindre mesure négligente sur leur propre santé. C'est aussi un âge où le besoin éducationnel est le plus réceptif, un atout pour une communication pour le changement de comportement.

Par ailleurs, 18 soit 37% de nos répondants ont un âge compris entre 30-39ans. C'est l'âge de la raison, aussi période où, le poids des responsabilités est important. Cette tranche d'âge est victime de toutes les pressions socio-économiques et politiques. Les individus de cette tranche d'âge portent une très grande attention sur l'image de soi et sur leur rôle social.

Par contre 17 soit 35 % se sont les adultes leur niveau de conscience est un atout pour s'auto-gérer. En effet, les populations de cette tranche d'âge savent que leur état de santé dépend de leur famille, emploi, position sociale.

3-2-2-Données relatives aux bénéficiaires de soins :

En ce qui concerne la figure 3, 30 soit 62.5% habitent à au moins cinq kilomètres pour atteindre l'hôpital. Ceci suppose que les distances deviennent un obstacle à un recourt rapide. L'éloignement des services, le mauvais état des routes et le manque de moyen pour le déplacement sont aussi des facteurs qui favorisent la non-observance au traitement ARV.

En ce qui concerne le statut matrimonial, l'exploitation de nos analyses montre que, 31 répondants soit 64.6% sont célibataires (figure 4). Ceci laisse à croire que ces personnes sont souvent seules et abandonnées à elles-mêmes. L'implication du conjoint est capitale dans la mesure où, il soutient tout en encourageant son compagnon de vie dans le respect de prescription des soignants surtout, sur la pratique des conseils dispensés. Ce sont des actes qui redonnent confiance et favorisent une bonne action. Dans notre contexte, ceci peut s'expliquer par la solitude et un manque d'organisation et aussi par l'estime de soi.

L'analyse qui se dégage de la question 5 relative au nombre d'enfants en charge. Nos résultats sur 26 répondants soient 54.2% (figure 5) avec plus d'un enfant à leur charge par contre, 22 soit 46.4% avec au minimum un enfant. Lorsque la taille de la famille est grande et que le revenu financier n'est pas suffisamment en cas de maladie, le dilemme entre la santé et les besoins familiaux se présentent. Quand bien même la santé se prononce comme une priorité, la durée et l'exigence des traitements antirétroviraux présentent encore un autre problème. C'est presque toujours une réalité dans toutes les pathologies chroniques.

Sur le plan professionnel, on note 15 soit 31.5% des commerçants et que 10 soit 20.8% de salarié par contre 8 soit 16.7% des ménagères, 2. soit 4,1% sans emploi et 1 soit 2.1% de retraité (figure 6). Le pourcentage dominant ici est la population avec un revenu financier. Nous savons que, pour avoir un bon suivi de traitement, il faut une certaine autonomie financière. Or, dans notre contexte c'est tout le contraire. Ces répondants avec une source de revenue sont 33 soit 68.75%, cette tendance à la non observance, par la non conscience de ses B.S. PVVIH sur la délicatesse de leur suivi. Combiner une activité professionnelle et le suivi mensuel n'est pas une chose aisée, surtout que, en matière de VIH, il y a le regard de l'autre qui peut faire facilement que l'on perde son emploi.

Concernant l'aspect éducationnel de nos répondants, nous notons que la majorité, 47 soit 97.9% des répondants sont instruits, contre 1 soit 2.1% qui est non scolarisé. La scolarisation peut être un facteur important, dans la mesure où elle nous offre la disposition intellectuelle de mieux se prendre en soins en intégrant tous les principes de base de l'observance. Dans notre contexte, il s'avère que cette forte scolarisation des PVVIH présente un taux élevé dans la non-observance.

A la question relative à l'existence d'un confident, il ressort que 36 soit 75% des répondants (figure 7), ont affirmé avoir confié leur statut sérologique à une personne de confiance ; et 12 soit 25% ont fait le choix de garder le secret. Les motivations de ces choix diverses. 7 soit 41.17% par peur du rejet, 6 soit 35.29% par honte de leur sérologie et 4 soit 23.53% pensent que la population va les chosifier. Or, prendre un traitement suppose de faire état de sa maladie, de nombreux BS ne peuvent prendre leur traitement ouvertement et rencontrent les difficultés d'observance.

En rapport avec la religion tableau II, il en ressort que 20 soit 41.66% sont de religion catholiques, 14 soit 29.17% sont de confession protestante, 12 soit 25% pour autres sensibilités et 2 soit 4.2% sont musulmans. L'économie de ses résultats montre un partage des valeurs entre la foi et la science « Jésus sauve et guérit ». Nous pouvons dire que les PVVIH ont des croyances et des dogmes définissant leurs liens avec des pratiques, rites propres à chacune de leur croyance. Il est indéniable que les confessions religieuses

proposent des itinéraires thérapeutiques en dehors de la médecine moderne comme prière et rite. Dans le même sens Liege, (2010) affirme que les connaissances et les croyances du patient, mais aussi de son entourage, peuvent également jouer un rôle important dans l'observance thérapeutique.

L'économie des résultats de la figure 8, nous montre que 42 soit 88% de nos répondants ne font pas partie d'une structure de dialogue. En rapport avec notre étude les femmes plus que les hommes 33 soit 68.75 % contre 2 soit 4.17% sont les plus concernées. Selon les travailleurs sociaux, il est bénéfique de partager son expérience au sein d'un groupe de personnes partageant la même souffrance. La solitude est un facteur déterminant dans la non observance. Les personnes qui n'appartiennent pas à un groupe de dialogue sont plus susceptibles à la non observance.

Le tableau III nous regroupe les raisons du non-respect des heures de prise des ARV. 32 soit 43.83% des répondants témoignent que c'est du à l'oubli; 15 soit 20.55% des répondants ont dit que c'est en rapport avec le voyage. Dans le même sens, une étude menée à Douala par Emmanuel, Essomba, Adiogo et al en 2015 ressort l'oubli 32,9%, les occupations 12,8%. Le Docteur Debra (2005), a trouvé l'oubli (45,6 %) comme élément de la non observance au TARV et a suggéré un changement du style de vie quotidienne pour s'accommoder au traitement. Si l'oubli est un phénomène naturel qui peut se survenir à tout âge et à tout moment, dans notre étude il est considéré comme un facteur très gênant pour l'observance à un traitement antirétroviral. C'est dans cet esprit que, lorsque le bénéficiaire des soins ne se trouve pas chez lui aux heures de prise de ces ARV, il se sent obligé de renvoyer cette prise ou alors, il oublie. Il finit par conclure que, après l'heure idéale il ne le prend plus.

Nous notons que de tous nos répondants de tout âge 48 soit 100% ne prennent pas leur ARV tous les jours à la même heure. et 34 soit 70.82% prennent avant de dormir. Le respect de la prise régulière de son traitement à la bonne heure tous les jours est un facteur déterminant dans la réussite ou l'échec de son traitement. Dans le cadre de notre étude c'est la non observance médicamenteuse la variance la plus importante et déterminante afin d'éviter les complications .

3-2-3-Données relative à la formation sanitaire :

La question relative à la disponibilité des soignants dans le centre de prise en soins , il ressort que 18 soit 37.5% trouvent le personnel est parfois disponible quand ils viennent pour leur suivie et 7 soit 14.7% (tableau VIII) des répondants n'ont jamais été satisfait à cause de la non disponibilité des soignants. Les victimes de la maladie de « la honte » sont très susceptible par l'attitude du personnel de santé, s'il les gronde ou lance « un regard qui en dit long », ce qui n'est pas bénéfique dans l'encadrement psychologique et montre de plus en plus que le manque de coordination entre les différents partenaires de santé représente un obstacle majeur à la bonne observance des mesures thérapeutiques de la part des soignés. Le personnel de santé en général doit occuper une position centrale dans la prise en soins des PVVIH comme l'a si bien affirmé l'OMS : « Au vu de l'importance du défaut d'observance thérapeutique en pratique clinique quotidienne, il faut donc que cette problématique soit prise en compte dans l'organisation des soins de santé, notamment dans une prise en charge spécifique des maladies chroniques (dont une approche multidisciplinaire) ».

Parlant des difficultés des répondants lorsqu'il faut s'approvisionner en médicament, figure 10 nous révèle que sur 48 enquêtés, 25 soit 52.1% trouvent qu'ils mettent trop du temps à l'hôpital pour être servi ; 19 soit 39.6% sont dérangés par rapport à l'emplacement de la pharmacie. Ces éléments conduisent directement à la non-observance au TARV. La majorité des PVVIH ne veulent pas s'exposer, ni se sentir discriminer.

Dans la synthèse et discussion il ressort plusieurs facteurs pouvant entraver l'observance des PVVIH sous traitement ARV. Beaucoup d'efforts supplémentaires devraient être fournis à plusieurs niveaux (dans la société, la personne sous TARV, la structure sanitaire) pour assurer une information suffisante et des conseils adéquats pendant toute la période de suivi du traitement.

Le bénéficiaire de soins devrait être conscient de son statut sérologique afin de mieux suivre son traitement. Il devrait être en mesure de détecter tout élément pouvant nuire à son TARV. Et par la suite adapter des solutions optées à sa vie quotidienne d'où le changement de style de vie. Il doit accepter inclure les membres de la famille les plus proches afin de pouvoir être mieux suivis sur les heures de prise de ses médicaments, tout comme le soutient psycho-social. La base de changement de vie quotidienne se trouve à l'hôpital à travers l'équipe soignant. Il est primordial d'éduquer le B.S sans se fatiguer, d'être à son écoute sans le juger, être en mesure d'apporter toujours un plus dans sa vie quotidienne.

4-Conclusion et Recommandations, perspectives

4-1-conclusion

Au terme de ce travail dont l'objectif était d'identifier les facteurs favorisant la non observance thérapeutique des PVVIH suivi à l'UPEC de L'H.D.C. P, nous avons obtenu les résultats suivants. Les données liées aux facteurs socio-économiques montrent que les B.S habitant à plus de 5 km de l'HDPC (62.5%), d'autres refusent de partager leur statut sérologique (75%) et la non- appartenance à une structure de dialogue (88%). Malgré le taux de scolarisation élevé de ces B.S, il en ressort que l'oubli (43.83%), le voyage (20.55%) et la pratique d'un traitement alternatif (87.5%) sont les éléments fortement liés au B.S. S'agissant, les problèmes liés à la structure sanitaire sont entre autres l'ignorance de l'existence d'un service social (70%), les difficultés rencontrées pendant le ravitaillement des ARV sont pour certains la longue attente (52.1%) et il s'avère que pour d'autre l'emplacement de la pharmacie (39.6%) soit gênant. Aux vues de ces problèmes, nous avons suggéré quelques axes d'amélioration.

4-2-Recommandations

Au regard de tout ce qui précède, l'engagement du patient lui-même (l'auto soins) à suivre son traitement est le principal déterminant de l'observance, suivi des facteurs institutionnels comme l'illustre l'insuffisance d'informations fournies au PVVIH d'où les suggestions suivantes. :

Nous formulons les recommandations suivantes à l'endroit du :

Ministère de la santé publique

Une politique de décentralisation des dispensations des ARV au niveau périphériques c-a-d des centres de santé.

Mise sur pied d'une politique de dispensation communautaire par les agents santé communautaires.

A l'endroit de la direction de hôpital, combiné la pharmacie de l'UPEC à la pharmacie de l' hôpital .

A l'endroit des personnels soignants, bien sensibiliser les patients sur la nécessité d'avoir un réveil sur son portable pour palier le problème d'oubli .

Encourager les PVVIH à éviter la solitude, à intégrer les associations et mutuel de santé.

Réserver un accueil chaleureux pour les patients reçus dans les UPEC.

4-3-Perspectives

Nous envisageons dans l'avenir de mener cette étude dans toutes les dix régions du pays

Référence Bibliographiques

1. Ankri, J., Disert, D., Henrard, J.,C (1995). Comportements individuels face aux médicaments: de l'observance thérapeutique à l'expérience de la maladie, analyse de la littérature. Santé Publique.
2. Bouhnik, A., Soltti, J. (2001). Face à l'échec p. 9,13,14.
3. Delfraissy, J.,F. (1999). Prise en charge thérapeutique des patients infectés par le VIH. Recommandations du Groupe d'experts. Paris : Flammarion.
4. Dunbar, J. (1990). Predictors of patient adherence: patient characteristics. The handbook of health behavior change, ed. S. Shumaker and coll., New- York: Springer Pub Co, chapitre 1 p 1.
5. Emmanuel, N., Essomba, D., Adiogo et al. (2015). Les facteurs associés à la non observance thérapeutique des sujets adultes infectés par le VIH sous traitement dans un hôpital à Douala. Pan Afr Med J.
6. Flavien, N., anthropologue et chargé du volet sida du programme Santé/SIDA de la coopération internationale allemande - GTZ.
7. Folefack, G., Tengomo. (2003). Les déterminants de la non observance a thérapie antirétrovirale par les patients adultes infectés par le VIH et suivis au CNHU Mémoire N° 23 / IRSP / 2003.
8. Fred, E., A. (2010). Accès décentralisé au traitement du VIH/SIDA L 'articulation du national et de l 'international : Bref historique de l 'accès aux antirétroviraux au Cameroun.p 1-2. Science sociales et sida édition EDK
9. Khastrissios, H., Blachke, T. (1997). Medication compliance as a feature in drug development. Annu Rev pharmacol Toxicol.

10. Kondji, K., D. (1995). « Réorientation des soins de santé primaires au Cameroun » ; Module de formation du personnel sanitaire collection santé publique Pp 23-27.
11. Le Bot, M., (1999). Dossier observance. Rev Prat (Med Gen).
12. Mbopi-Keou, F., X., Dempouo, Djomassi, L., F. (2012). Etude des facteurs liés à l'observance au traitement antirétroviral chez les patients suivis à l'Unité de Prise En charge du VIH/DIDA de l'Hôpital de District de Dschang, Cameroun.
13. Médicaments essentiels à l'usage des médecins, pharmaciens et auxiliaires de santé - 4eme édition, 2006. P 15.
14. Mills, E., J., Nachega, J., B., Bangsberg, et al. (2006). Adherence to HAART: a systematic review of developed and developing nation patient-reported barriers and facilitators. PLOS, p 3.
15. Nkoum, (2005)
16. OMS, (2005). Programmes Nationaux de Lutte Contre le SIDA. Guide des indicateurs de suivi et d'évaluation des traitements antirétroviraux. Genève.
17. OMS, (2016). Profil sanitaire analytique Cameroun.
18. ONU/SIDA, (2017). Fiche d'information-journée de lutte contre le SIDA. Mettre fin à l'épidémie de SIDA.
19. ONUSIDA, (2011). Le VIH en Afrique subsaharienne: Le point sur l'épidémie et les progrès du secteur de la santé vers l'accès universel. Rapport de situation.
20. ONUSIDA, 2009, 2013, 2018
21. Orrel, C., Wood, R. (2001). Initial data on antirétroviral adherence in Cape Town, South Africa.
22. Paule, C., Severin, C. (2010), p 213
23. Rapport d'activité (2015) sur la riposte au SIDA dans le monde/ ONUSIDA, p 97
24. Scheen, A., J. (2010). La non observance thérapeutique. Rev Med Liège, p 241. sous traitement antirétroviral. Paris, p72.
25. Spire, O. (2001). La non-observance des patients infectés par le VIH, soutenues par une association communautaire. Revue santé publique.
26. Tourette, T., C., Rebillon, M. (2000). Accompagnement et suivi des personnes
27. www.legifrance.gouv.fr. « Décret n° 2010-904 du 02 Août 2010 relatif aux compétences requises pour dispenser l'éducation thérapeutique du patient », consulté en Mai 2013».
28. Zoung, K., Abena, M., Peter, T., Bella, A. et Al, (Février 2010), p 6, 49, 210

Webographique:

- <http://www.hiroiisse.rr/dictionnaires/lraneais/factciir/32600> 28/04/18 à 02h 40min 31s
- <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/> 10/01/ 2018 22h20mn23.
- <https://dictionnaire.reverso.net> PVVIH 11/01/2018 19h52mn
- http://www.who.int/chronic_conditions/adherencereport/en/ 8/01/2018 21h41mn1s
- <http://santé-médecine.journaldecsremmes.IV> 10/02/ 2018 23h54mn31 s
- <https://WWW.researchmatc.net/piublication/32968150> 24/01 /2018 2h55mn3 s
- <https://santé-medecine.ioiurnaldecsfemmes.IV> 7/04/2018 11h52mn33s
- <https://www: plateforme-elsa.org> 2018/04/22 à 23 h55mn 4 s