



Déterminants de la non observance du traitement antirétroviral chez les personnes vivant avec le VIH dans les villes de Bunia et Goma : une étude transversale analytique

Claude N. Mandro^{1,2}, Yves B. Tibamwenda², Trésor K. Mosomo³, Serge T. Wolyec²,
Zacharie T. Kibendelwa⁴, Stanis O. Wembonyama^{1,3}

¹ Ecole de Santé Publique, Université de Goma, Goma, République Démocratique du Congo.

² Faculté de Médecine, Université de Bunia, Bunia, République Démocratique du Congo.

³ Faculté de Médecine, Université de Lubumbashi, Lubumbashi, République Démocratique du Congo.

⁴ Faculté de Médecine, Université de Kisangani, Kisangani, République Démocratique du Congo.

Résumé

Introduction. L'observance étant un des éléments clés pour la réussite du traitement antirétroviral (TARV), cette étude visait à identifier les déterminants de la non observance du TARV à Bunia et Goma.

Matériels et Méthodes. Une étude transversale analytique a été menée de juin à août 2022 auprès des 639 personnes vivant avec le VIH (PVVIH) adultes, sous TARV depuis au moins trois mois, prises en charge dans les principales structures de prise en charge de Goma et Bunia et sélectionnés par échantillonnage probabiliste. L'observance était évaluée sur base de la déclaration des patients et du renouvellement d'ordonnances. Les déterminants de la non observance ont été recherchés par la régression logistique multiple sous SPSS 22.

Résultats. L'âge médian des enquêtés était de 40 ans (Intervalle Inter Quartile (IIQ) : 24-56 ans). La non-observance globale était de 21% avec une différence significative entre Bunia et Goma (28% vs 11,8%, $p = 0,000$). En analyse univariée : âge, sexe, religion, durée diagnostic - début du traitement, présence des effets secondaires, recours à un traitement alternatif et non appartenance à un groupe de soutien étaient liés à la non observance. Les raisons de non prises d'ARV évoquées par les enquêtés : l'oubli, le voyage et le manque de nourriture. Le sexe masculin (ORa : 1,7 ; IC 95% : 1,07 – 2,69 ; $p = 0,023$), la non appartenance à un groupe de soutien (ORa : 2,03 ; IC 95% : 1,28 – 3,23 ; $p = 0,003$) et le recours à un traitement alternatif (ORa : 1,8 ; IC 95% : 1,07 – 3,62 ; $p = 0,015$) étaient des déterminants de la non observance.

Conclusion. La prévalence de non observance du TARV dans ces deux villes était élevée. La mise en œuvre des stratégies correctrices basées sur les déterminants identifiés permettra d'améliorer l'observance des patients.

Mots-Clés : Déterminants, Non observance, ARV, Bunia, Goma.

Correspondance:

Claude N. Mandro, Ecole de Santé Publique, Université de Goma, Goma, République Démocratique du Congo.

Téléphone: +243 820 264 534 - Email: claudemandro@gmail.com

Article reçu: 18-01-2023 Accepté: 25-03-2023

Publié: 26-03-2023



Copyright © 2023. Claude N. Mandro. This is an open access article distributed under the Creative Commons Attribution License, which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.

Pour citer cet article: Mandro CN, Tibamwenda YB, Mosomo TK, Wolyec ST, Kibendelwa ZT, Wembonyama SO. Déterminants de la non observance du traitement antirétroviral chez les personnes vivant avec le VIH dans les villes de Bunia et Goma : une étude transversale analytique. Journal of Medicine, Public Health and Policy Research. 2023;3(1):34-42.

Introduction

Selon l'organisation mondiale de la santé (OMS) et ONUSIDA, à la fin de 2020, le nombre des personnes vivant avec le Virus de l'Immunodéficience Humaine (VIH) était estimé à 37,8 millions [33,3 millions – 43,1 millions] dans le monde dont plus des deux tiers (25,2 millions) vivaient dans la région africaine de l'OMS [1,2].

A la fin juin 2020, 27,2 millions de personnes vivant avec le VIH (PVVIH) avaient accès à un traitement anti-rétroviral (TARV) ; ce qui représente une augmentation de 7,8 millions [6,9 millions -7,9 millions] par rapport à 2010 [2]. L'observance étant la mesure dans laquelle une personne respecte les recommandations convenues avec un professionnel de santé sur la prise des médicaments, elle revêt une grande importance car elle est un élément clé du succès de la thérapie antirétrovirale d'où celle de l'amélioration de la qualité de vie des PVVIH [3,4].

L'échec du traitement est principalement dû à une mauvaise observance du TARV. Ainsi la question d'observance du patient doit être abordée dès le début du traitement et à chaque rencontre [5].

De nombreuses études utilisant différentes méthodes ont évalué le niveau d'observance du TARV. Au Mali, une étude déterminant l'impact du partage du statut sérologique a montré une observance de 71,9% au TARV [6] pendant que dans une autre étude menée également au Mali au centre de santé de référence de Bougouni chez des patients venus renouveler leur ordonnance, l'observance au TARV a été notée chez 83,4% [7]. Par ailleurs une menée à Kinshasa a mis en évidence une fréquence de la non-observance objective de 29% contre 21% de non-observance subjective [8].

La plus part d'études menées en Afrique ont associé la non observance aux facteurs tels que le manque de nourriture, le ressenti, la rupture des antirétroviraux, l'influence des médias, des religieux et autres croyances traditionnelles, le recours au traitement traditionnel, la mauvaise interaction avec le personnel soignant, la non-participation à un groupe communautaire de soutien au traitement antirétroviral, la stigmatisation et l'auto-stigmatisation, le manque de moyen financier, le déni, l'altération de l'état général limitant les déplacements, les occupations professionnelles, niveau d'éducation plus faible, l'oubli et le voyage [9–14].

L'observance du traitement ARV reste à ce jour une préoccupation des professionnels de santé car elle constitue un des éléments clé de la réussite de la thérapie antirétrovirale. La présente étude vise à estimer la prévalence de la non observance du traitement ARV chez les patients pris en charge dans les principales structures

des soins aux PVVIH dans les villes de Bunia et de Goma, d'identifier les facteurs qui lui sont associés afin de mettre en place des interventions ciblées pour améliorer l'observance du traitement par les PVVIH.

Matériels et Méthodes

Cadre d'étude

Nous avons mené une étude transversale analytique de de juin à aout 2022 dans la ville de Bunia en province de l'Ituri et dans la ville de Goma dans la province du Nord-Kivu en République Démocratique du Congo (RDC) dans sa partie Est. Pour cette étude, trois structures de prise en charge de PVVIH étaient concernées à Bunia et quatre à Goma. Ces structures ont été sélectionnées par rapport à la taille de leur cohorte de PVVIH en file active donc représentatives des structures de ces villes.

Population d'étude

Toutes les PVVIH adultes sous traitement ARV de les villes de Bunia et Goma en file active durant la période d'étude ont constitué notre population d'étude.

Critères d'inclusion et de non inclusion

Tous les patients âgés d'au moins 18 ans révolus au moment de l'enquête, recevant un traitement ARV depuis au moins trois mois, suivis dans les principales structures de prise en charge de ces deux villes et sélectionnées de manière aléatoire ont été inclus dans cette étude.

Tous les patients âgés d'au moins 18 ans révolus au moment de l'enquête, recevant un traitement ARV depuis au moins trois mois, suivis dans les principales de prise en charge de ces deux villes et sélectionnées de manière aléatoire mais qui n'ont pas pu être joints ont été exclus de cette étude.

Calcul de la taille de l'échantillon et techniques d'échantillonnage

La taille de notre échantillon a été calculée à l'aide de la formule suivante :

$$n \geq \frac{Z_{\alpha}^2 * p * q}{d^2},$$

Avec n : la taille de l'échantillon, p : proportion des patients sous ARV n'observant pas le traitement =29% [8], q : proportion des patients sous ARV observant le traitement ARV : 1-p=1-0,29=0,71, α : risque de précision =0,05, Z_{α} = écart correspondant à un degré de confiance de 95%. La taille minimale de l'échantillon était de 317 patients.

En tenant compte d'un taux de non répondants de 5% [8], la taille minimale ajustée a été calculée à 349 patients. Afin d'augmenter la puissance de l'étude, la taille de l'échantillon a été majorée à 650 patients. La taille d'échantillon a été répartie par structure proportionnellement à la taille de la file active de chaque structure.

Un échantillonnage aléatoire simple a été réalisée sur base des dossiers des patients pris en charge dans les différentes structures sélectionnées en tenant compte du nombre initialement déterminé. Une liste linéaire des patients en file active a été dressée et 650 ont été sélectionnés à l'aide du générateur des nombres aléatoires du logiciel Open Epi 3.2.

Collecte des données

Les données ont été collectées auprès des patients répondant aux critères d'inclusion et ayant donné leur consentement éclairé. Un questionnaire structuré et pré-testé a été administré face à face, complété par la revue des fiches des malades. Le niveau d'observance a été évaluée sur base de la déclaration des patients par rapport au respect de la prise du traitement au cours des sept jours précédant l'enquête et du respect du rendez-vous de renouvellement d'ordonnance au cours des trois derniers mois précédant l'enquête. Ont été considérés non observants, les patients qui ont déclaré avoir manqué au moins une prise d'ARV durant les sept derniers jours et/ou ayant manqué au moins un rendez-vous de renouvellement d'ordonnance durant les trois mois précédant l'enquête.

Les variables indépendantes ci-après ont été collectées : socio démographiques (âge, sexe, situation professionnelle, état matrimonial, religion, niveau d'instruction), la qualité de l'offre de soins, les caractéristiques médicales et thérapeutiques (temps domicile-hôpital, niveau de satisfaction du patient, durée de la maladie, durée du traitement, durée diagnostic-début traitement, présence ou non des effets secondaires dus à la prise des ARV et l'utilisation d'un traitement alternatif), les facteurs liés à l'environnement du patient (appartenance à un groupe de soutien, peur du rejet/stigmatisation, présence d'un proche qui soutient le malade à suivre le traitement), les caractéristiques cliniques et thérapeutiques des patients (durée du traitement, présence d'effets secondaires, recours au traitement alternatif et présence d'infections opportunistes). Le bas niveau d'instruction était défini comme un niveau inférieur au baccalauréat.

Traitement et analyse des données

Les données ont été analysées en SPSS version 22.

Les fréquences relatives et absolues ont été calculées pour les variables qualitatives. La médiane et intervalle interquartile ont été calculés pour les variables quantitatives.

Analyse univariée : Le test Khi-2 de Pearson et le test exact de Fisher ont été effectués pour évaluer la dépendance des variables qualitatives à la non-observance.

Analyse multivariée : Les variables ayant présenté une association significative en analyse univariée ($p < 0,05$) ont été introduit dans le modèle de régression logistique multiple afin d'identifier les déterminants de la non observance du traitement ARV après ajustement des variables indépendantes les unes sur les autres.

Pour chaque variable indépendante retenue, nous avons calculé le rapport des cotes ajusté ou Odds ratio Ajusté (ORa) avec son intervalle de confiance à 95% ainsi que le p-value au seuil de signification α de 5%.

Considérations éthiques

Afin d'assurer le respect de la personne humaine, d'éviter la discrimination et la stigmatisation ; tout participant avait signé un formulaire de consentement éclairé soigneusement expliqué et traduit dans la langue qu'il maîtrise le mieux. En plus la participation à l'interview a été volontaire et le caractère confidentiel des informations recueillies a été garanti aux participants.

Résultats

Sur les 650 patients sélectionnés, 636 ont répondu à l'enquête soit un taux de participation de 97,8%.

Prévalence de la non observance

La non observance globale était estimée à 21% (18% - 24%). En outre, la prévalence de la non observance était plus élevée en Ituri : 28% (24% - 33%) vs 11,8% (8,5% - 16%) au Nord-Kivu ($p = 0.000$).

Globalement, La proportion d'hommes non observants était supérieure à celles des femmes (66% vs 34%, $p < 0.000$). La non observance par méthode de renouvellement d'ordonnance était de 27,2% vs 30% par déclaration des patients.

L'âge médian des patients était de 40 ans avec un intervalle interquartile (IIQ : 24-56 ans). La tranche d'âge la plus représentée était celle de 36 à 45 ans avec 207 (32,6%) d'enquêtés. Les femmes représentaient 323 (51%) d'enquêtés contre 313 (49,1%) d'hommes. Dans notre échantillon, les sans-emploi 370 (58,2%), les sujets avec bas niveau d'instruction 570 (89,6%), les célibataires

348 (54,7%) et les adeptes des églises de réveil 144 (22,6%) étaient les plus représentés (*Tableau 1*).

Tableau 1 Caractéristiques sociodémographiques des répondants

Variable	Effectif	Pourcentage
Médiane 40 ans (IIQ : 24-56 ans)		
Tranches d'âges (ans)		
18 - 24	43	6,8
25 - 35	188	29,6
36 - 45	207	32,6
≥ 46	198	31
Sexe		
Féminin	323	51
Masculin	313	49
Situation Professionnelle		
Sans emploi	370	58,2
Avec emploi	266	41,8
Etat matrimonial		
En union	288	45,3
Célibataire	348	54,7
Réligion		
Eglise de réveil	144	22,6
Catholique	118	18,6
Protestante	103	16,2
Musulmane	31	4,9
Autres	11	17,4
Aucune	129	20,3
Niveau d'instruction		
Bas niveau	570	89,6
Niveau élevé	66	10,4

En ce qui concerne les caractéristiques socio-démographiques, l'analyse uni variée a montré que l'âge ($p=0,023$), le sexe ($p=0,000$), la religion ($p=0,003$) étaient liés à la non observance du traitement ARV (*Tableau 2*).

La non observance du traitement ARV était liée à la durée entre le diagnostic positif au VIH et le début du traitement ($p=0,000$), la présence des effets secondaires des ARV ($p=0,005$) et l'utilisation d'un traitement alternatif aux ARV ($p=0,000$) (*Tableau 3*).

La non observance était liée à la non appartenance à un groupe de soutien ($p=0,000$) (*Tableau 4*). Les raisons de non prise d'ARV évoquées par les enquêtés étaient : l'oubli (35%), le voyage (24%), le manque de nourriture et la rupture de stock/retard d'approvisionnement (12%), l'occupation (6%), la négligence (6%), le jeune de prière (3%), la maladie (3%), l'ivresse (1%) et les autres causes (1%) (*Figure 1*).

La régression logistique multiple a montré qu'être de sexe masculin (ORa : 1,7 ; IC 95% : 1,07 – 2,69 ; $p=0,023$) exposait près de deux fois à la non observance, la non appartenance à un groupe de soutien multipliait par deux le risque de non observance au traitement ARV (ORa : 2,03 ; IC 95% : 1,28 – 3,23 ; $p=0,003$) et le recours au traitement alternatif ou de substitution augmentait près de deux fois le risque de non observance (ORa : 1,8 ; IC 95% : 1,07 – 3,62 ; $p=0,015$) (*Tableau 5*).

Discussion

Cette étude avait comme objectifs d'estimer la prévalence de la non observance du traitement ARV chez les patients pris en charge dans les principales structures des soins aux PVVIH dans la ville de Bunia et de Goma; et identifier les facteurs associés à la non observance du traitement ARV.

Prévalence de la non observance

Le niveau de non observance globale était de 21% (18 %-24%). Ce résultat est similaire à celui trouvé à Kimpese en République Démocratique du Congo (RDC) où 23 % des patients étaient non-observant [9] et proche à ceux trouvés à Kinshasa où 25,5% d'enquêtés étaient non-observance [8]. En revanche, ce résultat est différent de celui obtenu lors d'une étude menée au centre de santé de référence de Bougouni au Mali où l'inobservance au TARV était de 16,6% [7]. La similitude des résultats observés dans d'autres enquêtes réalisées en RDC peut s'expliquer par le fait ces études ont été réalisées auprès des personnes vivant les mêmes réalités en plus du fait que les méthodes utilisées étaient également similaires.

Les patients de la ville Goma ont présenté un faible taux de non observance du traitement ARV comparé à ceux de Bunia (11,8% vs 28% ; $p=0,000$).

Caractéristiques sociodémographiques

Dans notre étude, le jeune âge des patients était associé à la non observance du traitement ARV, résultat similaire à celui de Fikadu *et al.* en Ethiopie où une forte association était mise en évidence entre le jeune âge et la non observance [15,16].

Le sexe masculin était plus exposé à la non observance du traitement. Alassane *et al.* avait également trouvé que les hommes étaient plus susceptibles d'être moins observants que les femmes probablement parce que les femmes ont plus de facilité à suivre les orientations des soignants [17].

Tableau 2. Relation ente les caractéristiques sociodémographiques et la non observance

Variables	Non observants n (%)	Observants n (%)	p-value
Tranches d'âges			0.023
18 - 24 ans	9 (21)	31 (79)	
25 – 35 ans	46 (25)	142 (75)	
36 – 45 ans	51 (25)	156 (75)	
≥ 46 ans	27 (14)	171 (86)	
Sexe			0.000
Féminin	45 (14)	278 (86)	
Masculin	88 (18)	255 (72)	
Situation Professionnelle			0.361
Sans emploi	82 (22)	288 (78)	
Avec emploi	51 (19)	215 (81)	
Etat matrimonial			0.282
En union	66 (23)	222 (77)	
Célibataire	67 (19)	281 (81)	
Religion			0.003
Eglise de réveil	34(24)	110(76)	
Catholique	16(14)	102(86)	
Protestante	12(12)	91(88)	
Musulmane	5(16)	26(84)	
Autres	27 (24)	84 (76)	
Aucune	39 (30)	90 (70)	
Niveau d'instruction			0.125
Bas niveau	124(22)	446(78)	
Niveau élevé	9(14)	57(86)	

Raisons de non prise d'ARV

Les principales raisons de non observance évoquées par les patients étaient: l'oubli, le voyage, le manque de nourriture et la rupture de stock/retard d'approvisionnement, l'occupation et la négligence. D'autres auteurs ont trouvé des résultats similaires à Kinshasa, Bamako et à Douala [8,10,18].

Relation entre la qualité de l'offre de soins, caractéristiques médicales, thérapeutiques des patients et la non observance. La présence d'effets secondaires dus à la prise des ARV influençait négativement l'observance du traitement ARV. D'autres auteurs ont trouvé des résultats similaires [8,19-21]. Cela s'explique par le fait que l'inconfort causé par les effets secondaires découragent les patients à prendre le traitement de manière continue. L'utilisation d'un traitement alternatif aux ARV a été associée à la non observance.

Ce résultat a été corroboré par plusieurs auteurs dont Bukenya *et al.* [22]. Nous pensons qu'utiliser un autre

traitement pourrait avoir un impact sur la prise des ARV car cela prouve à suffisance que le patient n'a pas totalement confiance au traitement ARV, chose assez fréquente en Afrique où la maladie est souvent associée aux faits surnaturels d'où le recours à d'autres moyens de prise en charge.

Facteurs associés à la non observance

En analyse multivariée, après ajustement des variables les unes par rapport aux autres, notre étude a montré que les patients n'appartenant pas à un groupe de soutien de PVVIH étaient moins observants. Les travaux de beaucoup d'auteurs corroborent ce résultat [8,23-25]. En effet, l'appartenance à un groupe de soutien est un élément important dans le processus d'observance du traitement ARV car cela suppose que le patient accepte son statut sérologique et l'assume. En plus, le partage d'expérience de chaque PVVIH par rapport à la prise du traitement est une source d'encouragement pour les autres.

Tableau 3. Relation entre la qualité de l'offre de soins, caractéristiques médicales, thérapeutiques des patients et la non observance

Variables	Non observants n (%)	Observants n (%)	p-value
Temps domicile- hôpital			
≥ 1 heure	70(22)	253(78)	0,697
< 1 heure	63(20)	250(80)	
Satisfaction du patient			
Non	3(17)	15(83)	0,778
Oui	130(21)	488(79)	
Durée de la maladie			
≤ 36 mois	53(20)	214(80)	0,622
> 36 mois	80(22)	289(78)	
Durée du traitement			
≤ 36 mois	59(21)	228(79)	0,845
> 36 mois	74(21)	275(79)	
Durée diagnostic-début traitement			
>1 mois	68(33)	138(67)	0,000
≤ 1 mois	65(15)	365(85)	
Effets secondaires			
Oui	34(31)	76(69)	0,005
Non	99(19)	427(81)	
Traitement Alternatif aux ARV			
Oui	35(35)	66(65)	0,000
Non	98(18)	437(82)	
Présence d'infections opportunistes			
Oui	48(48,4)	118(39,2)	0,106
Non	51(51,5)	183(60,7)	

Tableau 4. Relation entre la non observance au TARV et l'environnement du patient

Variables	Non observant n (%)	Observant n (%)	p-value
Appartenance à un groupe de soutien			
Non	36 (13)	250 (87)	0,000
Oui	97 (28)	253 (82)	
Peur du rejet (stigmatisation)			
Non	79 (19)	341 (81)	0,080
Oui	54 (25)	162 (75)	
Présence d'un proche qui soutient le malade à suivre le traitement			
Non	56 (24)	177 (76)	0,157
Oui	77 (19)	326 (81)	

Tableau 5. Analyse multivariée, déterminants de la non observance du traitement ARV

Variables	Non observant n (%)	Observant n (%)	ORa	IC à 95%	p-valeur
Sexe					0,023
Masculin	88 (18)	255 (72)	1,7	1,07 – 2,69	
Féminin	45 (14)	278 (86)			
Appartenance à un groupe de soutien					0,003
Non	36 (13)	250 (87)	2,03	1,28 – 3,23	
Oui	97 (28)	253 (82)	1		
Recours au traitement alternatif/ de substitution aux ARV					0,015
Oui	35 (35)	66 (65)	1,8	1,07 – 3,62	
Non	98 (18)	437 (82)	1		

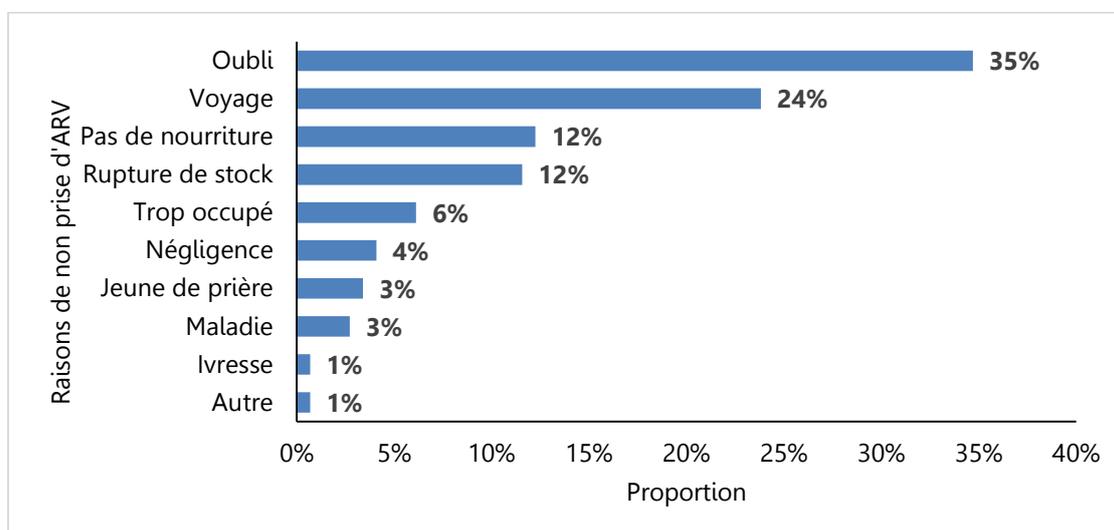


Figure 1 Raisons de non observance

Le recours à un traitement alternatif ou de substitution aux ARV favorisait la non observance du traitement. D'autres auteurs sont aboutis aux mêmes conclusions [14,22]. En effet, lorsqu'un patient fait recours à une autre prise qu'elle soit médicamenteuse ou non, il ne pourra plus suivre correctement la prescription du médecin. En outre, cela est un signe de manque de confiance aux ARV ce qui conduira à la non observance du traitement. Tout comme l'étude de Chime OH *et al*, nous avons trouvé que le sexe masculin était associé à la non observance [14]. Cela s'explique par le fait que les hommes ont souvent du mal à se soumettre à une certaine discipline.

Force de l'étude : La force de l'étude vient du fait que les structures sélectionnées sont représentatives de toutes les structures des villes concernées par l'étude.

Faiblesse de l'étude : La méthode d'évaluation de la non observance par déclaration des patients pourrait introduire un biais lors de l'évaluation.

Limites

Le type d'étude constitue une limite car une étude transversale ne permet pas d'établir une séquence temporelle entre l'exposition et l'issue. L'absence des mesures biologiques est aussi une limite.

Conclusion

L'atteinte de l'observance optimale du traitement ARV reste un problème pour les PVVIH de les villes de Bunia et Goma. Le sexe masculin, la non appartenance à un groupe de soutien et le recours a un traitement alternatif

ont été identifiés comme des facteurs indépendamment associés à la non observance du traitement ARV.

L'observance du traitement étant un des éléments clés pour obtenir la suppression de la charge virale. La mise en place d'une d'évaluation biologique de l'observance du traitement permettra au programme de lutte contre le VIH de suivre objectivement le niveau d'observance des PVVIH. Des stratégies devront également être mises en place pour amener les PVVIH à adhérer aux groupes de soutien et la mise précoce sous traitement devrait être encouragée. Le recours au traitement alternatif/ de substitution aux ARV devrait être fortement découragé par des sensibilisations des PVVIH. Vu la situation

sécuritaire instable de ces deux provinces en particulier et de l'Est de la RDC en général particulière, une étude pour identifier les stratégies spécifiques de rétention des PVVIH sous traitement ARV devrait être menée.

Remerciements

Nos Remerciements s'adressent aux autorités de l'Université de Bunia, Université de Goma et celles du consortium des universités UNIGOM-UOB-UCG.

Conflicts d'intérêt : Aucun.

Références

1. Organisation Mondiale de la santé. VIH et sida : Principaux faits. <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/hiv-aids#:~:text=On%20estimait%20%C3%A0%2037%2C7,R%C3%A9gion%20africaine%20de%20l'OMS.> Consulté le 30 novembre 2022.
2. ONUSIDA. Fiche d'information - Journée mondiale du sida 2020. https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/UNAIDS_FactSheet_fr.pdf. Consulté le 30 novembre 2022.
3. Mekies C. Observance dans la SEP, Mars 2015, <https://www.arsep.org/library/media/other/Publications/Brochures/Observance-dans-la-SEP-mars-2015.pdf> Consulté le 30 novembre 2022.
4. ONUSIDA et Unicef. Accélérer la cadence : Vers une génération sans sida en Afrique de l'Ouest et du Centre. Avril 2018 https://www.childrenandaids.org/sites/default/files/2018-04/UNICEF%20Step%20Up%20the%20PACE%20WCAR%20-%20FR%20-%20April%202018%20Update_0.pdf. Consulté le 30 novembre 2022.
5. Elizabeth Glaser Pediatric AIDS Foundation. Gestion de l'échec thérapeutique chez les patients pédiatriques et adolescents, 2017, https://www.pedaids.org/wp-content/uploads/2019/04/TreatmentFailureResource_French.pdf. Consulté le 02 décembre 2022.
6. Maiga B. Impact du partage du statut sérologique sur l'observance du traitement ARV chez les adultes séropositifs suivis à l'USAC du CNAM. 2019. Thèse de doctorat. USTTB.
7. Dagnogo B. Observance au traitement antirétroviral chez les PVVIH adulte suivies au centre de sante de référence de Bougouni. 2019. Thèse de doctorat. USTTB.
8. Izizag BB., Situakibanza H., Kiazayawoko F. *et al.* Déterminants de la non-observance au traitement antirétroviral chez l'adulte à Kinshasa. *The Pan African Medical Journal*, 2020, vol. 37.
9. Mabakutuvangilanga N. S.D. *et al.* Freins à l'observance au traitement antiretroviral en milieu rural de la République Démocratique du Congo et regard sur l'alliance thérapeutique dans le circuit des soins, DOI: <https://doi.org/10.18192/aporia.v12i1.4832>.
10. Berthé A. Prévalence et déterminants des perdus de vue des personnes vivant avec le VIH à l'hôpital de Sikasso. 2020. Thèse de doctorat. Université des Sciences, des Techniques et des Technologies de Bamako.
11. Filimão DBC, Moon TD, Senise JF, Diaz RS, Sidat M, Castelo A. *PLoS One*. 2019 Mar 25;14(3):e0213804. doi: 10.1371/journal.pone.0213804. eCollection 2019. PMID: 30908522.
12. Mongo-Delis A, Mombo LE, Mickala P, Bouassa W, Bouedy WS, M'batchi B, Bisseye C. Factors associated with adherence to ARV treatment in people living with HIV/AIDS in a rural area (Koula-Moutou) in East Gabon. *Afr J AIDS Res*. 2019 Mar;18(1):51-57. doi: 10.2989/16085906.2018.1552878. PMID: 30880584.
13. Jones HS, Floyd S, Stangl A, Bond V, Hoddinott G, Pliakas T, Bwalya J, Mandla N, Moore A, Donnell D, Bock P, Fidler S, Hayes R, Ayles H, Hargreaves JR; HPTN 071 (PopART) Study Team. Association between HIV stigma and antiretroviral therapy adherence among adults living with HIV: baseline findings from the HPTN 071 (PopART) trial in Zambia and South Africa. *Trop Med Int Health*. 2020

- Oct;25(10):1246-1260. doi: 10.1111/tmi.13473. Epub 2020 Aug 26. PMID: 32745296; PMCID: PMC7590062.
14. Chime OH, Ndibuagu EO, Orji CJ. Rates and predictors of adherence and retention for antiretroviral therapy among HIV-positive adults in Enugu, Nigeria. *Malawi Med J.* 2019 Sep;31(3):202-211. doi: 10.4314/mmj.v31i3.7. PMID: 31839890; PMCID: PMC6895390.
 15. Nigusso FT, Mavhandu-Mudzusi AH. Magnitude of non-adherence to antiretroviral therapy and associated factors among adult people living with HIV/AIDS in Benishangul-Gumuz Regional State, Ethiopia. *PeerJ.* 2020 Aug 11;8:e8558. doi: 10.7717/peerj.8558. PMID: 32864199; PMCID: PMC7427540.
 16. Mabunda K, Ngamasana EL, Babalola JO, Zunza M, Nyasulu P. Determinants of poor adherence to antiretroviral treatment using a combined effect of age and education among human immunodeficiency virus infected young adults attending care at Letaba Hospital HIV Clinic, Limpopo Province, South Africa. *Pan Afr Med J.* 2019 Jan 18;32:37. doi: 10.11604/pamj.2019.32.37.17722. PMID: 31143342; PMCID: PMC6522179.
 17. Alassane OA, Diawara SI, Mbaga MC, *et al* Observance thérapeutique des antirétroviraux chez les patients suivis au chu du point g: comparaison de deux méthodes de mesure, objective et subjective. *Revue Malienne de Science et de Technologie*, 2019, no 21, p. 95-108.
 18. Essomba EN, Adiogo D, Koum DC, Amang B, Lehman LG, Coppieters Y. Facteurs associés à la non observance thérapeutique des sujets adultes infectés par le VIH sous antirétroviraux dans un hôpital de référence à Douala [Factors associated with non-adherence of adults infected with HIV on antiretroviral therapy in a referral hospital in Douala]. *Pan Afr Med J.* 2015;20:412. Published 2015 Apr 27. doi:10.11604/pamj.2015.20.412.5678.
 19. Neupane S, Dhungana GP, Ghimire. Adherence to antiretroviral treatment and associated factors among people living with HIV and AIDS in CHITWAN, Nepal.HC.*BMC Public Health.* 2019 Jun 10;19(1):720. doi: 10.1186/s12889-019-7051-3.PMID: 31182074.
 20. Kioko MT, Pertet AM. Factors contributing to antiretroviral drug adherence among adults living with HIV or AIDS in a Kenyan rural community. *Afr J Prim Health Care Fam Med.* 2017 Jul 31;9(1):e1-e7. doi: 10.4102/phcfm.v9i1.1343. PMID: 28828875; PMCID: PMC5566123.
 21. Ranganath TS, Kishore SG, Reddy R, Murthy HJD, Vanitha B, Sharath BN, Shewade HD, Shekar NS. Risk factors for non-adherence among people with HIV-associated TB in Karnataka, India: A case-control study. *Indian J Tuberc.* 2022 Jan;69(1):65-72. doi: 10.1016/j.ijtb.2021.03.003. Epub 2021 Mar 11. PMID: 35074153.
 22. Bukenya D, Mayanja BN, Nakamanya S, Muhumuza R, Seeley J. What causes non-adherence among some individuals on long term antiretroviral therapy? Experiences of individuals with poor viral suppression in Uganda. *AIDS Res Ther.* 2019 Jan 21;16(1):2. doi: 10.1186/s12981-018-0214-y. PMID: 30665440; PMCID: PMC6340167.
 23. Mbengue MAS, Sarr SO, Diop A, Ndour CT, Ndiaye B, Mboup S. Prevalence and determinants of adherence to antiretroviral treatment among HIV patients on first-line regimen: a cross-sectional study in Dakar, Senegal. *Pan Afr Med J.* 2019 Jun 10;33:95. doi: 10.11604/pamj.2019.33.95.17248. PMID: 31489073; PMCID: PMC6711689.
 24. Adeniran A, Odugbemi BA, Fisher OO, Atilola O. Determinants of Adherence among Patients on Highly Active Anti-Retroviral Therapy in Lagos State, Nigeria. *West Afr J Med.* 2021 Jun 26;38(6):520-525. PMID: 34174178.
 25. Mukumbang FC, van Wyk B, Van Belle S, Marchal B. Unravelling how and why the Antiretroviral Adherence Club Intervention works (or not) in a public health facility: A realist explanatory theory-building case study. *PLoS One.* 2019 Jan 16;14(1):e0210565. doi: 10.1371/journal.pone.0210565. PMID: 30650129; PMCID: PMC6334969.