

Résumé

INTRODUCTION: La prévention de la transmission mère-enfant (PTME) est aujourd'hui une priorité dans la lutte contre le VIH/SIDA, notamment en Afrique. Les recommandations de 2010 de l'OMS concernant l'alimentation des nourrissons nés de mère séropositive préconisent l'allaitement maternel exclusif les six premiers mois, l'introduction progressive d'autres aliments puis l'arrêt définitif à douze mois. Pour prévenir la transmission postnatale du VIH, il est recommandé soit une prophylaxie ARV pour la mère soit ou une prophylaxie péri-exposition (PEP) pour le nourrisson. L'adhérence à l'une des deux options sera déterminante. S'il semble bien documenté que les femmes enceintes ont une adhérence suboptimale, l'adhérence de la prophylaxie pédiatrique est très peu étudiée.

OBJECTIFS ET METHODES: L'objectif de ce travail était d'estimer l'adhérence des patients au cours de la PEP pédiatrique de l'essai PROMISE-PEP ANRS 12174 (3TC 2 doses/j vs LPV/r 2doses/j) et de comparer plusieurs méthodes d'estimation. L'adhérence a été évaluée de juin à septembre 2012 pour 38 couples mère/enfant au travers de 3 méthodes: la pesée des bouteilles de sirop, la déclaration de la mère sur le nombre de doses manquées lors des visites de suivi (VS) et l'analyse d'un auto-questionnaire sous forme de pictogramme à remplir à chaque administration du traitement. Des groupes de discussion et entretiens ont permis d'approfondir les problèmes d'adhérence rencontrés par les femmes et de recueillir leur ressenti sur les différentes méthodes utilisées.

RESULTATS: 74 questionnaires et 111 VS ont permis l'estimation de l'observance de la cohorte. La moyenne de l'observance pondérée par le nombre de visite par patients est de 98,85% (IC_{95%} [98,17%; 99,53]) avec les pictogrammes, de 95,88% (IC_{95%} [92,61%; 99,15%]) avec les VS et de 102,58% (IC_{95%} [99,47% ; 105,68%]) avec les pesées des bouteilles. Le pourcentage de la population adhérente (défini par une observance >95%) est estimé à 84,85%, 73,68% et 68,42% respectivement pour le pictogramme, VS et pesée des bouteilles. L'étude de la concordance entre nos méthodes n'a pas relevé d'accord entre pesée des bouteilles et pictogramme (Kappa= 0.0704) et un accord modéré entre VS et pesée des bouteilles (Kappa= 0.65). De plus, les cas de vomissement ou régurgitation, les bouteilles cassées ou oubliées compliquent grandement la mesure de l'adhérence. Les entretiens individuels et les focus groupes ont mis en évidence un problème de compréhension d'heure de prise des médicaments et les cas de non adhérence sont des cas ponctuels ce qui prouve la fluctuation de cette mesure au cours du temps.

DISCUSSION: Nos résultats confirment la complexité d'estimer l'adhérence lors de l'utilisation de sirop pédiatrique. Cependant, quelque soit la méthode, l'adhérence moyenne est optimale (>95%). Ce résultat est certainement dû à la qualité de la prise en charge de l'équipe soignante de l'essai. Entre 68,42% et 84,85% de notre population a une adhérence cumulée optimale (>95%) sur quatre mois. Ce résultat peut s'expliquer par le manque de puissance de notre étude et la définition rigoureuse de l'adhérence. Par ailleurs, il a été mis en évidence une différence significative de l'adhérence entre nos sirop Y et Z (p=0,044 avec la pesée des bouteilles) ce qui illustre l'importance de l'acceptabilité du traitement.

CONCLUSION: Cette étude a permis d'illustrer que, dans le cadre de la PEP, le pourcentage de la population adhérente était supérieure à ce que l'on pouvait retrouver dans la littérature concernant l'adhérence des mères lors de l'allaitement. Envisager cette prophylaxie comme option supplémentaire de la PTME post-natale serait tout à fait envisageable au Burkina Faso.

Abstract

INTRODUCTION: Prevention of mother to child transmission (PMTCT) is now a priority to combating HIV/AIDS, especially in Africa. The recommendations of the 2010 feeding infants born to HIV-positive mother recommend exclusive breastfeeding for the first six months, progressive introduction of other foods and permanent stop to twelve months. To prevent postnatal HIV transmission, it is recommended ARV prophylaxis for the mother or peri-prophylaxis (PEP) for the infant. Adherence to one of the two options will be decisive. It seems well documented that pregnant women have suboptimal adherence, adherence prophylaxis in children is poorly studied.

OBJECTIVES AND METHODS: Objectives of this study was to evaluate patient adherence in the pediatric PEP to clinical trial PROMISE-PEP ANRS 12174 (3TC 2 doses/d vs LPV/r 2 doses/d) and to compare several methods for estimating. Adherence was measured from June to September 2012 with 38 mother/child pairs through three methods: weighing bottles of syrup, mother's declaration on number of missed doses during follow-up visits (VS) and study of self-administered questionnaire as a pictogram to complete whenever infants receives treatment. Focus groups and interviews were used to study the adherence problems faced by women and to collect their feelings about the different methods used.

RESULTS: 74 questionnaires and 111 VS allowed the estimation of the observance of the cohort. The mean adherence weighted by number of visits per patient was 98.85% ((IC_{95%} [98.17%; 99.53]) with pictograms, 95.88% (IC_{95%} [99.47%; 105.68%]) with VS and 102.58% (IC_{95%} [92.61%; 99.15%]) with weighing bottles. The percentage of the adherent population is estimated to 84.85%, 73.68% and 68.42% respectively for pictogram, VS and weighing bottles. Correlation's study between our methods found no agreement between weighing bottles and pictogram (Kappa=0.0704) and a moderate agreement between VS and weighing bottles (Kappa=0.65). In addition, vomiting or regurgitation, broken bottles or forgotten greatly complicate the measurement of adherence. Individual interviews and focus groups revealed a problem understanding of time and taking medication nonadherence cases are isolated cases which show the fluctuation of this measure over time.

DISCUSSION: Estimate average adherence of patients is not easy as shown little agreement obtained between our methods. However, whatever method, average adherence is optimal (> 95%). This result is probably due to the quality of the management of the healthcare team PROMISE. Between 68.42% and 84.85% of our population has a cumulative maximum adherence (> 95%) over four months. This result can be explained by the lack of power of our study and the strict definition of adherence. Furthermore, it was revealed a significant difference of adherence between our syrup Y and Z (p = 0.044 with weighing bottles) which illustrates the importance of treatment acceptability.

CONCLUSION: This study illustrates that, in the context of the PEP, the percentage of the adherent population was greater than what could be found in the literature concerning the adherence of mothers during breastfeeding. Consider this prophylaxis as an additional option for PMTCT postpartum would be possible in Burkina Faso.