

**Les déterminants non biologiques  
de l'échec thérapeutique chez des PVVIH  
sous ARV depuis 10 ans au Sénégal  
– étude qualitative exploratoire –**

**Frédérique Muller  
et l'équipe ANRS 1215**

# Contexte

- Emergence prévisible des échecs thérapeutiques,
- ANRS 1215 : incidence cumulée d'échecs thérapeutiques sur les 2 premières années de 19% (seuil de CV à 10 000 copies/ml).

# Objectifs

- Identifier les déterminants non biologiques des échecs thérapeutiques pour permettre de les anticiper,
- Documenter les connaissances et représentations de l'efficacité et de l'échec thérapeutique, les circonstances et causes attribuées aux échecs, et les réponses médicales et sociales aux échecs thérapeutiques.

# Méthode

- Identification des patients en situation d'échec thérapeutique à partir des dossiers cliniques des patients ANRS 1215,
- Reconstruction de l'histoire médicale de ces patients à partir
  - des dossiers médicaux,
  - des entretiens réalisés avec les patients et les professionnels de santé,
- Enquête en juin 2009,

# Résultats

- 249 patients suivis (moyenne 100 mois [78-130],  
-> 28 patients en échec thérapeutique  
(CV > 10 000 copies/ml ou CV > 1 000 copies/ml  
sur 2 bilans successifs).
  - 15 patients en échec primaire,
  - 13 patients en échec secondaire,
- Durée médiane de prise en charge par ARV :
  - 8 ans ; mini-maxi [7 – 10,5 ans]

# Résultats

## Patients en échec primaire (n = 15) :

- Evènement(s) à l'origine de l'échec initial :
  - facteurs habituels de non-observance,
  - ces 15 patients sont considérés « non-observants » ,
- Explication(s) de la situation d'échec thérapeutique au moment de l'enquête :
  - persistance d'une non observance liée à des difficultés psychologique ou sociale.

# Résultats

## Patients en échec primaire (n = 15) :

- Traitement au moment de l'étude :
  - 3 patients sont encore en première ligne,
  - 4 patients ont eu 2 ou 3 changements de traitement,
  - 12 patients reçoivent des traitements de deuxième ligne [TDF/3TC/LPV/r ; AZT/ddI/LPV/r ; AZT/3TC/LPV/r ; ABC/ddI/LPV/r ; ABC/ddI/DRV].

# Résultats

## **Patients en échec primaire (n = 15) :**

- Modalités de prise en charge :
  - délai médian entre le diagnostic d'échec thérapeutique et le premier changement de traitement : 42 mois (3,5 ans) [6-86 mois],
  - délai médian entre le premier et le deuxième changement de traitement : 10 mois [1-66 mois],
  - délai médian entre le deuxième et le troisième changement de traitement : 6 [1-30 mois],

# Résultats

## **Patients en échec secondaire (n = 13) :**

- Nombre de mois de suivi au moment de l'apparition de l'échec thérapeutique :  
médiane 66 mois (5,5 ans) [12 - 114 mois],
- Evènement(s) à l'origine de l'échec : défaut soudain d'observance,
- Délai dans le changement du schéma thérapeutique :
  - 5 n'ont pas eu de changement de traitement malgré le diagnostic d'échec depuis 4 à 63 mois.
  - 8 ont eu un changement de traitement dans un délai médian de 14 mois après le diagnostic de l'échec thérapeutique ;

# Commentaire (1/2)

La non-observance thérapeutique cause principale et persistante de l'échec à long terme

-

es facteurs d'inobservance retrouvés sont ceux déjà décrits dans la littérature + la dépendance à l'égard d'un tiers, lassitude, précarité économique,

Les patients en échec -> « patients à problème » : tous les recours possibles paraissent épuisés et sans plus d'effet -> limites du dispositif actuel

d'accompagnement

## Commentaire (2/2)

Le fonctionnement du dispositif de prise en charge  
comme cause de l'échec à long terme

l'histoire et l'évolution du programme national  
d'accès aux ARV (arrivée du LPV/r en 2004),

l'accessibilité des outils de diagnostic des échecs,

la « culture de la gestion des échecs,  
thérapeutiques » par les professionnels de santé,

## Conclusion (1/2)

- Anticiper l'augmentation du nombre des patients qui seront en échec thérapeutique,
- Adapter les stratégies d'accompagnement des patients en situation d'échec qui tiennent compte du caractère chronique de la maladie,
- Mettre à disposition des troisièmes lignes de traitement est indispensable,

## Conclusion (2/2)

### **Mais...**

leur efficacité sera conditionnée par :

- la capacité du dispositif de soins à gérer les situations sociales complexes qui caractérisent souvent les patients en échec de traitement,
- l'accès aux soins à long terme -> passe par l'application de la gratuité totale des soins, selon la recommandation de l'OMS 2005/2006.
  - > priorité de recherche en santé publique

\*\*\*