

EVALUATION DE LA QUALITE DE LA PRISE EN CHARGE DES PERSONNES VIVANT AVEC LE
VIH/SIDA AU CENTRE DE SANTE DE REFERENCE DE LA COMMUNE VI DU DISTRICT DE
BAMAKO

Ministère de l'Enseignement République du Mali

Supérieur Et de la Recherche

Un Peuple – Un But - Une Foi

Scientifique

UNIVERSITE DES SCIENCES, DES TECHNIQUES ET DES
TECHNOLOGIES DE BAMAKO (USTTB)

Faculté de Médecine et d'Odonto-Stomatologie

Année Universitaire 2016-2017(F.M.O.S)N°.....

Thème

**EVALUATION DE LA QUALITE DE LA PRISE EN CHARGE
DES PERSONNES VIVANT AVEC LE VIH/SIDA AU CENTRE
DE SANTE DE REFERENCE DE LA COMMUNE VI DU
DISTRICT DE BAMAKO**

Thèse

Présentée et soutenue publiquement le / / 2017

Devant la faculté de Médecine et d'odontostomatologie

Par **Mr. Amadou BKONAKE**

Pour obtenir le grade de docteur en Médecine

(DIPLOME D'ETAT)

Jury

Président : Pr. Samba DIOP
Membre : Dr. Fatoumata DAOU BOUCOUM
Co-directeur : Dr. Lassina Danseni TRAORE
Directeur de thèse : Pr. Soukalo DAO

DEDICACES

Dédicaces

Au nom d'ALLAH, le TOUT MISERICORDIEUX, le TRÈS MISERICORDIEUX.

«GLOIRE à TOI ! On ne peut vouloir que si Allah veut seigneur de l'univers ».

Louange et Gloire à ALLAH le Tout Puissant qui m'a permis de mener à bien ce travail et de voir ce jour que j'attendais tant.

Merci et reconnaissance pour la vie, la santé et tous les bienfaits que Vous nous aviez accordés en permanence. Nous Vous témoignons notre respect et notre gratitude pour tous ce que Vous avez fait pour l'humanité. Nous Vous demandons de guider nos pas, d'encadrer tous nos actes et Faites de nous des médecins soucieux et conscients de leur métier. Recevez ici toute notre reconnaissance et tout notre pardon. Amen !

Je dédie cette thèse : *A ma maman Dicko CISSE*

Maman chérie voici la fin du trajet dont tu m'as soumis. Par tes prières ; ton courage ; ta bienfaisance et l'aide du tout puissant (Allah) ; je (ton benjamin) viens t'apporter ce fruit. Et qu'Allah te récompense de tes actes. Ce travail t'est personnellement dédié.

A mes pères : -feu Bocar KONAKE et feu Ousmane CISSE ; Reposez en paix dans miséricorde du tout miséricordieux ; grand merci à vos soutien et conseils dans mes études. Ainsi ; le bon Dieu réalise ce qu'il veut si non j'aurais tant voulu que vous soyez là aujourd'hui avec nous.

-elhadj Yacouba KONAKE (Imam de la grande mosquée de Mopti), grand merci à toi ; imam de Mopti ; et qu'Allah te secourt de ta responsabilité. Papa en absence de ton grand frère ; tu nous a bien sauvé ; éduqué et tu as toujours occupé la place de notre père.

-A la famille CISSE Mopti

-A la famille KONAKE Mopti

-A ma patrie le MALI : mon pays qui m'a tout donné, qu'Allah bénisse notre grand pays le Mali.

Remerciements

Louanges à Allah, l'Éternel, l'Omniscient, le Tout Puissant. Votre miséricorde est sur ceux qui se confient à Vous Vous nous avez permis de passer ces épreuves dans la sérénité. Guidez nos pas sur le droit chemin afin que nous demeurions fidèles à vos recommandations.

Ouvrez-nous les portes de votre savoir infini et de votre connaissance. Certes Vous êtes l'Omniscient. Je rends grâce à Allah ; qui par sa miséricorde m'a octroyé cette chance dans la vie. Louange à Allah ; qui ses premiers adresses à son envoyé a été 'lis ; lis au nom de ton seigneur'. D'où l'importance des études je demanderai Allah de la bonne pratique de mes connaissances acquises.

Mes remerciements s'adressent :

-A ma maman **Dicko CISSE**

-A mon papa **elhadj YacoubaKONAKE** imam de la grande mosquée de Mopti

-**Aux membres de ma famille** :Fatoumata KONAKE (fantaré) ; Massata KONAKE (sadio) ; Kalidou CISSE ; Balkissa CISSE ; Hamadou CISSE ; Yaya CISSE; Bocar CISSE; Ibrahim CISSE; Hamidou CISSE; Moussa CISSE; Hasseye KONAKE; Issa KONAKE Oumar KONAKE; Bamoye KONAKE

-Aux docteurs :**Faiçal SOW, Dr KASSOGUE Allaye, Dr Daouda SAMAKE etDr Bakary COULIBALY**; merci pour votre disponibilité ; vos conseils et votre gentillesse.

-**A tous mes oncles et tantes**

-**A tous mes neveux et nièces**

-**A mes camarades du groupe scolaireRobert CISSEde Mopti** : Mamadou Aly SAMASSEKOU, Boubacar SAMASSEKOU, Bezo TRAORE, feu Mamadou DJENEPO ; Aly Alhassane TRAORE

-A mes camarades du lycée **Hammadoun DICKO** de Sévaré

-A mes camarades **du lycée Moderne** de Mopti

EVALUATION DE LA QUALITE DE LA PRISE EN CHARGE DES PERSONNES VIVANT AVEC LE
VIH/sIDA AU CENTRE DE SANTE DE REFERENCE DE LA COMMUNE VI DU DISTRICT DE
BAMAKO

-A la famille KANSAYE Bamako

-A Ma grande sœur Mme BAHBalkissa CISSE

Tu as toujours été une grande sœur de modèle et ton souci permanent de me voir réussir m'a positivement hanté tout au long de ce travail. MERCI.

Que DIEU nous prête longue vie pour qu'ensemble nous puissions jouir de ce travail qui est également le tien.

-A tous(tes) mes ami(e)s dont je me garde de citer les noms par crainte d'en omettre.

L'amitié est un sentiment qui se vit et n'a pas besoin de se dire ; la bonne amitié dont vous avez su faire preuve m'a permis de braver toutes les difficultés de la vie avec courage et optimisme. A tous bonheur, succès, et réussite !

-DrKOME Cheick H., tu as été un camarade ; un ami ; un frère. Vraiment je t'adresse mes sincères remerciements. Des mots me manquent pour tes louanges je te formule mes vœux les plus profondes pour ta réussite dans toutes tes démarches.

-Au personnel du service de L'USAC du CS Réf CVI : Mariata; Chaka OUATTARA; Noumousso; Saidatou TRAORE; Mr DOUMBIA; Dr DIARRA; Mme DIALLO

-A toutes les personnes vivant avec le VIH :

Ne désespérez surtout pas car votre combat est un motif d'espoir pour tout le monde aussi bien dans la lutte contre cette pandémie que dans la réalisation d'autres succès pour la vie.

-A tous les thésards du CS Réf de la commune VI

-A tous (tes) les infirmiers (es) et sages-femmes du CS Réf de la commune VI : merci de vos soutiens moraux et encouragements, ce travail est le vôtre. Puisse Dieu nous prêter longue vie et consolider notre fraternité.

-A tous les étudiants de la FMPOS : Courage et abnégation.

HOMMAGES AUX MEMBRES DU JURY

HOMMAGES AUX MEMBRES DU JURY

A notre maître et Président du Jury :

Professeur Samba DIOP

- ◆ **MSc, Ph-D. Ecologie humaine, Anthropologie et Ethique Publique/ Societale.**
- ◆ **Assistant au DER de Santé Publique.**
- ◆ **Membre du comité d'éthique de la FMPOS.**
- ◆ **Responsable de l'unité de recherche formative en sciences humaines, sociale et éthique de SEREFO/VIH/SIDA/FMPOS.**

Chère Maitre,

Vous nous faites un grand honneur en acceptant de présider ce jury de thèse malgré vos nombreuses sollicitations.

Homme de science réputé et admiré de tous, nous avons été très impressionnés par votre simplicité par votre grande disponibilité, votre modestie, votre savoir-faire et être et votre culture de l'excellence font de vous un très grand formateur et un exemple pour les apprenants.

Veillez trouver ici l'expression de notre profonde gratitude.

**EVALUATION DE LA QUALITE DE LA PRISE EN CHARGE DES PERSONNES VIVANT AVEC LE
VIH/sida AU CENTRE DE SANTE DE REFERENCE DE LA COMMUNE VI DU DISTRICT DE
BAMAKO**

A notre maître et juge :

Docteur Fatoumata DAO BOCOUM

- ◆ **Pharmacienne à la pharmacie du centre hospitalier et universitaire du Point G**
- ◆ **Assistante en pharmacologie à la faculté de pharmacie**

Chère Maitre,

Nous avons bénéficié avec un grand intérêt votre savoir-faire, vos qualités scientifiques, professionnelles et humaines très exemplaires.

Vous nous avez honorés en acceptant de juger ce travail.

Cette thèse est l'occasion pour moi de vous remercier pour votre courtoisie.

Trouvez ici l'expression de nos sentiments les plus respectueux, que le Tout Puissant vous garde longtemps auprès de nous

Amen !

**EVALUATION DE LA QUALITE DE LA PRISE EN CHARGE DES PERSONNES VIVANT AVEC LE
VIH/sIDA AU CENTRE DE SANTE DE REFERENCE DE LA COMMUNE VI DU DISTRICT DE
BAMAKO**

A notre maitre et co-directeur :

Docteur Lassina Danseni TRAORE

- ◆ **Médecin généraliste au CSRéf de la commune VI**
- ◆ **Membre de l'ARCADE SIDA**
- ◆ **Médecin coordinateur de l'USAC du centre de santé de référence de la commune VI du district de Bamako.**

Cher Maitre,

Nous vous remercions de la confiance que vous nous avez accordée, en nous acceptant dans votre service et de codiriger ce travail.

Nous apprécions en vous l'homme de science modeste et humble.

Votre assiduité, votre rigueur, vos qualités humaines irréprochables font de vous un encadreur admiré de tous, nous sommes fiers d'être parmi vos élèves.

Recevez par ce travail, l'expression de mon admiration et profonde gratitude.

**EVALUATION DE LA QUALITE DE LA PRISE EN CHARGE DES PERSONNES VIVANT AVEC LE
VIH/sida AU CENTRE DE SANTE DE REFERENCE DE LA COMMUNE VI DU DISTRICT DE
BAMAKO**

A notre maitre et Directeur de Thèse :

Professeur Soukalo DAO

- ◆ **Professeur Titulaire en Maladies Infectieuses et Tropicales à la FMOS**
- ◆ **Chef de Service des Maladies Infectieuses au CHU du point G**
- ◆ **Président de la Société Malienne de pathologie infectieuse et Tropicale**

(SOMAPIT)

- ◆ **Investigateur au SEREFO sur le VIH Sida et la Tuberculose**
- ◆ **Membre de la Société Africaine de pathologie infectieuse (SAPI)**
- ◆ **Membre de la Société de pathologie infectieuse de langue Française (SPIILF).**

Honorable maitre,

Vous nous faites un honneur en acceptant de présider ce jury malgré vos multiples sollicitations.

Vous nous avez marqués dès notre arrivée dans cette faculté par vos qualités pédagogiques, votre humeur constamment joviale et votre disponibilité. Votre simplicité et votre humilité sont des qualités qui font de vous un maître envié de tous.

Trouvez ici l'expression de notre profonde gratitude et de notre profond respect.

Puisse Allah le tout puissant, vous accorde une longue vie et une très bonne santé. Amen !!!

LEXIQUE DES SYMBOLES ET ABREVIATIONS

LEXIQUE DES SYMBOLES ET ABREVIATIONS :

ABC : Abacavir

APV : Aprenavir

ARV: Anti Rétro Viral

AZT: Zidovudine

CDC: center of deasese control

CSRéf : centre santé de Référence

CMV: cytomégalovirus

DDC : Zalcitabine

DDI : didanosine

DLV : Delviridine

D4T: Stavudine

EDS : Enquête Démographique de Santé

EFV: Efavirens

GRID: Gay Relatedimmundeficiency

HCNLCS: haut conseil national de lutte contre le Sida

HTLV3: human T Lymphotropic virus 3

IDV : indinavir

INT: inhibiteur nucléosidique de la transcriptase

INNT : inhibiteur non nucléosidique de la transcriptase

IST : infection sexuellement transmissible

IP : inhibiteur de la protéase

LAV: lymphadenopathyassocied virus

**EVALUATION DE LA QUALITE DE LA PRISE EN CHARGE DES PERSONNES VIVANT AVEC LE
VIH/sida AU CENTRE DE SANTE DE REFERENCE DE LA COMMUNE VI DU DISTRICT DE
BAMAKO**

LEMP : leuco-encéphalopathie multifocale et progressive

NFV : Nelfinavir

NVP : Névirapine

OIT : organisation internationale du travail

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

ONG: Organisation non gouvernementale

ONU : Organisation des nations Unies

PCR: Polyméraseby chainReaction

PNUD : Programme des Nations Unies Pour le développement

PTME : Prévention de la transmission Mère Enfant

PVVIH : Personne vivant avec le SIDA

RT: Transcriptase Reverse

RT-PCR : Retro transcriptasePolymerasechainReaction

RTV : Ritonavir

SIDA : Syndrome d'immunodéficience Acquis

SQV : Saquinavir

3TC : lamivudine

USA: United State of America

VHB : virus de l'hépatite B

VHC : Virus de l'hépatite C

VIH : virus d'immunodéficience humaine

SOMMAIRE

SOMMAIRE

| | | |
|--------------|--|----------------|
| I. | INTRODUCTION..... | 16- 18 |
| II. | OBJECTIFS..... | 19-20 |
| III. | GÉNÉRALITES..... | 21- 48 |
| IV. | MÉTHODOLOGIE..... | 49 - 57 |
| V. | RÉSULTATS..... | 58 - 68 |
| VI. | COMMENTAIRES ET DISCUSSION..... | 69- 72 |
| VII. | CONCLUSION..... | 73 |
| VIII. | RECOMMANDATIONS..... | 74 |
| IX. | RÉFÉRENCE..... | 75- 80 |
| X. | ANNEXES..... | 81-85 |

INTRODUCTION

I. INTRODUCTION :

Le VIH ou virus de l'immunodéficience humaine est un rétrovirus qui s'attaque aux cellules du système immunitaire et les détruit ou les rend inefficaces, notamment les lymphocytes T-CD4 (ou T4), responsables de la coordination des différents acteurs cellulaires et moléculaires de la réponse immunitaire les macrophages, les cellules dendritiques folliculaires, les cellules de Langerhans et les cellules de la microglie [1].

Aux premiers stades de l'infection le sujet ne présente pas de symptômes. Cependant, l'évolution de l'infection entraîne un affaiblissement du système immunitaire et une vulnérabilité accrue aux infections opportunistes.

Le syndrome de l'immunodéficience acquise (SIDA) est le dernier stade de l'infection à VIH. Il peut se déclarer au bout de 10 à 15 ans. Les antirétroviraux permettent de ralentir son évolution.

A l'échelle mondiale, 34 millions [31,4-35,9 millions] de personnes vivaient avec le VIH à la fin de l'année 2011. Selon les estimations, 0,8% des adultes jeunes âgés entre 15 et 49 ans dans le monde entier vit avec le VIH bien que les circonstances de l'épidémie qui pèsent sur les pays et les régions continuent de varier considérablement [2].

L'Afrique subsaharienne reste l'une des régions les plus gravement touchées avec près d'un adulte sur 20 (4,9%) vivant avec le VIH [2].

L'infection par le virus de l'immunodéficience humaine constitue un véritable problème de santé publique au Mali, la prévalence du VIH/sida a été estimée, en 2012-2013 à 1,1 % dans la population adulte, ce qui représente 76 000 personnes vivant avec le VIH/sida [3].

La qualité de vie de la population infectée par le VIH s'est sensiblement améliorée au cours des dernières années. Les résultats de la dernière étude de séroprévalence de l'infection à VIH réalisée en 2012 dans la population générale adulte au cours de l'Enquête Démographie et Santé au Mali (EDSM V), ont montré une baisse du taux de prévalence du VIH de 1,3% à 1,1% faisant du Mali un pays à épidémie généralisée du VIH à prévalence basse avec tendance à la stabilisation. L'EDSM V n'a pas été réalisée dans les régions touchées par la crise sociopolitique de Mars 2012 (Gao, Tombouctou et Kidal) [4].

La prise en charge des PVVIH doit être globale, s'attachant à répondre aux besoins médicaux, psychologiques, socio-économiques et nutritionnels des patients et de leurs familles.

EVALUATION DE LA QUALITE DE LA PRISE EN CHARGE DES PERSONNES VIVANT AVEC LE VIH/sida AU CENTRE DE SANTE DE REFERENCE DE LA COMMUNE VI DU DISTRICT DE BAMAKO

L'USAC de la commune VI du district de Bamako, est une structure de niveau 2 selon le protocole national de l'organisation de la prise en charge des PVVIH /SIDA.

Les standards proposés par l'évaluation de l'Initiative Malienne d'Accès aux Antirétroviraux ont évolué au cours du temps. Ils n'ont pas toujours été respectés, surtout en ce qui concerne le suivi biologique ou la prise en charge des infections opportunistes, du fait du manque de moyens et de l'insuffisance de formation ou de motivation du personnel. Si l'accessibilité aux médicaments antirétroviraux a été nettement améliorée depuis l'annonce de la gratuité, il n'en a pas été de même pour le traitement des infections opportunistes [6]. En outre l'absence d'élément qualitatif est préjudiciable aux malades, aux acteurs du système de soin, particulièrement dans un contexte social toujours très stigmatisant et discriminant.

Le but de ce travail est d'évaluer la prise en charge du VIH et du SIDA dans les centres de santé de référence au Mali, nous nous intéressons au cas de l'USAC du centre de santé de référence de la Commune VI du district de Bamako.

OBJECTIFS

II. OBJECTIFS :

1.) Objectif général :

Etudier la qualité de la prise en charge des PV/VIH à l'USAC du centre de sante de référence de la commun VI (CSREF CVI) du district de Bamako.

2.) Objectifs spécifiques :

- ✓ Décrire la perception des personnes vivant avec le VIH par rapport à la qualité de l'accueil réservé par le personnel médical au CSRéf CVI
- ✓ Décrire les difficultés rencontrées par les personnes vivant avec le VIH au cours de leur prise en charge au CSRéf CVI
- ✓ Décrire les difficultés rencontrées par le personnel médical dans la prise en charge des personnes vivant avec le VIH au CSRéf CVI.
- ✓ Identifier les erreurs de prescriptions des ARV et autres médicaments associés

GENERALITES

III. GENERALITES :

1. HISTORIQUE : [7,8].

La pandémie de SIDA est sans doute le problème sanitaire majeur de la fin du XXème siècle et du début du XXIème siècle. C'est une maladie singulière par ses modes de transmission, les différentes populations exposées, son retentissement social et politique et surtout par sa constante et rapide évolution.

Les 1ers cas d'infection à VIH diagnostiqués remontent au début des années 60 et l'épidémie actuelle s'est probablement développée à bas bruit durant les années 70. Le 1er isolat du virus responsable a été cultivé à partir d'un prélèvement datant de 1976 et des anticorps dirigés contre le virus ont été retrouvés sur des sérums conservés depuis 1959 au Zaïre et au Royaume-Uni, mais l'histoire du sida débute en Juin 1981. [7]

A cette date les épidémiologistes des Centres de Lutte contre les maladies (CDC) inquiets d'une demande anormalement élevée de pentamidine, médicament qu'ils sont les seuls à pouvoir délivrer, enquêtent et découvrent une épidémie de Pneumopathie à *Pneumocystis jiroveci* chez des adultes antérieurement sains et n'ayant comme trait commun que l'homosexualité. Peu de temps après la survenue d'autres manifestations d'immunodéficiência, ainsi que l'apparition d'une tumeur liée à l'infection par l'herpès virus humain du type 8 le sarcome de **Kaposi**, est décrit dans la même population. Un déficit de l'immunité cellulaire est mis en évidence chez ces patients et la maladie prend son nom définitif de SIDA (Syndrome d'Immunodéficiência Acquise). L'affection est ensuite reconnue en Europe, d'autres groupes à risque identifiés (transfusés et toxicomanes par voie intra veineuse). Elle est par la suite rapportée en Haïti et en Afrique Centrale.

Parallèlement en 1983 un virus est identifié par les virologues Français puis Américains, virus de l'immunodéficiência humaine.

En 1986, l'efficacité du premier médicament antirétroviral, la ZIDOVUDINE est démontrée et son utilisation largement répandue, du moins dans les pays industrialisés. Puis les inhibiteurs de protéase (IP) font leur apparition à partir de 1996, révolutionnant complètement la prise en charge et le pronostic des patients. Depuis l'utilisation des trithérapies avec les IP en 1996, l'arsenal thérapeutique ne cesse de se développer, avec la découverte de nouvelles classes thérapeutiques (inhibiteur de fusion, inhibiteur d'intégration, inhibiteur d'adhésion). Le pronostic et la qualité de vie des patients ont radicalement changé, et le Sida est devenu

**EVALUATION DE LA QUALITE DE LA PRISE EN CHARGE DES PERSONNES VIVANT AVEC LE
VIH/sida AU CENTRE DE SANTE DE REFERENCE DE LA COMMUNE VI DU DISTRICT DE
BAMAKO**

aujourd'hui une maladie chronique, en tous cas dans les pays où l'accès au traitement est possible. En ces dernières années on assiste à une forte mobilisation nationale et internationale aux niveaux institutionnels, politique, scientifique, associatif. Les associations des personnes affectées et infectées font leur apparition et prennent une place active à tous les niveaux.

Les nations Unies créent une agence chargée de la lutte contre la pandémie, baptisée ONUSIDA.

2. TENDANCES EPIDEMIOLOGIQUES ACTUELLES

2.1 Epidémiologie du VIH/SIDA :

L'épidémie du VIH est une crise mondiale et l'un des plus grands défis jamais lancés au développement et au progrès social. De nombreux pays parmi les plus pauvres du monde sont aussi les plus durement atteints, tant par le nombre de personnes infectées que par l'ampleur des conséquences de l'épidémie. Celle-ci réduit la capacité de la grande majorité des PV VIH et se trouvant dans la phase active de leur vie, environ la moitié d'entre elles étant des femmes qui sont aujourd'hui infectées à un rythme plus élevé que les hommes. [9].

➤ Dans le monde :

En 2011, environ 34 millions de personnes vivaient avec le VIH à travers le monde : 30,8 millions d'adultes dont 15,9 millions de femmes et 2,5 millions d'enfants âgés de moins de 15 ans. On estime que 1,8 million de personnes sont décédées de maladies liées au sida en 2011, dont : 1,6 million d'adultes et 260 000 enfants âgés de moins de 15 ans.

➤ En Europe

Les derniers rapports disponibles [1] permettent de disposer d'un état des lieux précis de la situation de l'épidémie de VIH/SIDA en Europe.

Les épidémies de VIH au Royaume-Uni, en France, en Espagne et en Italie restent les plus importantes d'Europe occidentale et centrale.

Au Royaume-Uni, le nombre de nouvelles infections a plus que doublé entre 2001 et 2006, principalement à cause des nouvelles infections chez les hommes qui ont des rapports sexuels avec des hommes et des hommes et femmes hétérosexuels qui ont contracté leur infection dans un pays à forte prévalence (Afrique Sub-saharienne et Caraïbes principalement), mais également grâce à l'amélioration de la notification.

En Europe occidentale hors Royaume-Uni, le nombre annuel de nouveaux cas a augmenté

**EVALUATION DE LA QUALITE DE LA PRISE EN CHARGE DES PERSONNES VIVANT AVEC LE
VIH/sida AU CENTRE DE SANTE DE REFERENCE DE LA COMMUNE VI DU DISTRICT DE
BAMAKO**

jusqu'en 2005, puis a marqué une baisse significative en 2006. C'est en France que le plus grand nombre de cas a été notifié en 2006, puis en Allemagne et au Portugal. En Espagne et en Italie, seules quelques régions notifient leurs cas. Actuellement, le VIH est principalement encore transmis par rapports hétérosexuels, mais les contaminations par rapports homosexuels tendent à augmenter. Les transmissions par usage de drogues injectables sont en régression. [9]

En Europe centrale, seuls 3 pays sont touchés (la Pologne, la Turquie et la Roumanie). Mais bien plus faiblement que les pays d'Europe occidentale.

➤ **En Afrique :**

Soixante-neuf pour cent (69%) de la population séropositive vit dans les pays en développement (dont 25 millions en Afrique subsaharienne, qui reste la région la plus touchée, comparativement à 2002 où ce nombre était estimé à 24,4 millions). [« Le point sur l'épidémie de Sida » Décembre 2011].

En Afrique subsaharienne les épidémies semblent se stabiliser de manière générale avec une prévalence proche de 7,4% pour toute la région. Mais cette stabilité cache une réalité beaucoup plus triste car elle signifie que les nombres de nouveaux cas égalisent les décès dus au Sida. [10]

➤ **Au Mali,**

Du 1er seul cas de SIDA déclaré en 1985 nous sommes passés à 5069 en 1999 cas et 12310 cas cumulés de SIDA déclarés en 2003 et à 76 000 personnes vivant avec le VIH/sida en 2013[10].

Par rapport à l'ensemble des pays de l'Afrique subsaharienne, le taux de séroprévalence générale au Mali reste faible. Les résultats préliminaires de l'EDS V chiffrent la séroprévalence à 1.1% avec 1.3% de femmes infectées contre 0.8% d'hommes dans la population générale [11].

Toutefois, l'examen attentif de cette étude révèle des caractéristiques variables selon:

- ✓ Le sexe : Globalement les femmes sont plus touchées que les hommes (respectivement 1,3% et 0,8%).
- ✓ Les régions: La région de Bamako reste la plus touchée (1,7%), suivie de Ségou 1,2%, Kayes 1,0%, Koulikoro 1,0%, Sikasso 0,8% et Mopti 0,7%.

**EVALUATION DE LA QUALITE DE LA PRISE EN CHARGE DES PERSONNES VIVANT AVEC LE
VIH/sida AU CENTRE DE SANTE DE REFERENCE DE LA COMMUNE VI DU DISTRICT DE
BAMAKO**

Les régions de Kayes et Sikasso connaissent une légère augmentation par rapport à l'EDS IV. Par contre on note une diminution de la séroprévalence dans la région de Mopti (1,4% en 2006 à 0,7% en 2012).

- ✓ Le milieu : La séroprévalence chez les adultes reste plus élevée en milieu urbain (1,6%) qu'en milieu rural (0,9%).

L'une des caractéristiques de l'épidémie au Mali est sa concentration dans les groupes spécifiques dits à haut risque comme en témoignent les résultats de deux études ISBS (la mesure de la prévalence d'IST et de comportements) 2003 et 2006. [12]

Ces prévalences se présentaient comme suit :

- Travailleuses du sexe (31.9% en 2003 ; 35.3% en 2006)
- Coxeurs des gares routiers (2.9% en 2003 ; 2.2% en 2006)
- Routiers (3.9% en 2003 ; 2.5% en 2006)
- Vendeuses ambulantes (4.6% en 2003 ; 5.9% en 2006)
- Aides familiales (1.7% en 2000, 1.7% en 2003)

L'évolution de la séroprévalence chez les groupes à risque selon l'enquête ISBS 2009 montre une situation toujours préoccupante.

Chez les professionnelles du sexe : 24,3 %

Chez les routiers : 2,7%

Chez les coxeurs : 3,5%

Chez les vendeuses ambulantes : 3,7%

Chez les aides familiales: 0,9%

Chez les aides familiales, on note une baisse de la séroprévalence par rapport à celle de 2006 (0,9% contre 1,3%).

L'étude comportementale associée à l'analyse sérologique a révélé des comportements à très haut risque :

Chez les populations des groupes les plus exposés : Les routiers et les Coxeurs étaient plus à même d'utiliser un préservatif au dernier rapport sexuel avec des partenaires occasionnelles et des professionnelles du sexe que lorsqu'il s'agit d'une partenaire régulière. Moins de la moitié au niveau de chaque groupe avait utilisé le préservatif au dernier rapport sexuel avec un partenaire régulier. Moins de 25% des aides familiales et des vendeuses ambulantes ont utilisé le préservatif au dernier rapport sexuel avec un partenaire régulier. Parmi les PS,

**EVALUATION DE LA QUALITE DE LA PRISE EN CHARGE DES PERSONNES VIVANT AVEC LE
VIH/sida AU CENTRE DE SANTE DE REFERENCE DE LA COMMUNE VI DU DISTRICT DE
BAMAKO**

l'utilisation du préservatif lors du dernier rapport sexuel avec un client était presque systématique (plus de 98%) comparé aux 40,1% avec un copain.

Chez les jeunes: près de 50% des jeunes n'ont pas utilisé de préservatif lors de leur dernier rapport occasionnel ; deux jeunes sur trois ne croient pas à l'existence du Sida. A cela s'ajoute la précocité des rapports sexuels, 65% des jeunes ayant eu leurs premiers rapports avant 18 ans.

A ce jour, il n'y a pas de vaccin pour prévenir le VIH, ni de guérison. La prévention s'appuie sur des campagnes de sensibilisation de l'opinion publique et sur des incitations à modifier le comportement individuel dans un contexte de soutien, une tâche qui exige du temps et de la patience. S'agissant du traitement, des thérapies antirétrovirales (ART) de plus en plus efficaces et abordables ont aidé à préserver la santé de ceux qui ont accès à ces médicaments, à prolonger leur vie et à maintenir leurs moyens de subsistance [9].

A partir de 2003, pour optimiser la réponse à l'épidémie et pour étendre les services de prévention, de prise en charge, de soins et de soutien à grande échelle, le Mali a entrepris des mesures importantes [13].

- Une déclaration de politique nationale de lutte contre le VIH/SIDA fut adoptée le 7 Avril 2004

- La prise en charge globale des malades est assurée à titre gratuit.

Elle peut être réalisée : Soit dans des structures spécialisées offrant sur un même lieu la plupart des services, Soit dans des structures non spécialisées où la prise en charge est intégrée à l'offre générale de soins. Elle nécessite la mise en place de réseaux entre les structures de santé, les services sociaux, les organisations non gouvernementales, les associations de PVVIH et la communauté.

L'amélioration de la qualité de la prise en charge par l'accès au traitement et aux Soins, plus spécifiquement aux antirétroviraux à toute personne infectée par le VIH lorsque son état clinique et/ou biologique le nécessite, sur la base des critères définis au niveau national constituent un des grands axes du Cadre Stratégique National (CSN) de Lutte contre le VIH et le Sida 2013- 2017 du pays.

La déclaration de politique nationale de lutte contre le VIH et le sida recommande d'assurer la gratuité des soins et des médicaments ARV à tous les PVVIH ayant besoin d'un traitement, faisant du Mali le 3^{em} pays africain à avoir pris cette décision après le Malawi et le Sénégal.

EVALUATION DE LA QUALITE DE LA PRISE EN CHARGE DES PERSONNES VIVANT AVEC LE VIH/sida AU CENTRE DE SANTE DE REFERENCE DE LA COMMUNE VI DU DISTRICT DE BAMAKO

Face à la volonté d'aller vers l'accès universel, la mise en œuvre de la prise en charge nécessite également, au-delà du dépistage, de déléguer la prescription des ARV et la prise en charge des infections opportunistes aux paramédicaux sur les sites de prise en charge.

L'impact économique du SIDA concerne tous les secteurs sur les plans micro et macroéconomiques : la main d'œuvre est réduite et les coûts directs augmentent.

2.2 Modes de transmission du VIH :

L'infection par le VIH est une pandémie inégalement répartie dans le monde.

L'épidémiologie et les modes de transmissions sont différents d'une région à une autre du globe. Le VIH est présent dans des nombreux fluides organiques. La transmission par les fluides comme la salive ; les larmes et l'urine est considérée négligeable à cause des concentrations insuffisantes.

Par contre, des quantités de VIH assez importante pour une infection ont été détectées dans le sang, le lait maternel, la cyprine, le sperme et le liquide précédant l'éjaculation [30].

Les principaux modes de transmissions sont :

La transmission sexuelle : c'est la principale voie de contamination par le VIH. Elle se fait par l'intermédiaire des muqueuses buccales, génitales ou rectales, lorsqu'elles sont en contact avec les sécrétions sexuelles ou le sang contaminé par le virus.

La transmission par voie sanguine: elle concerne essentiellement les toxicomanes par voie intra veineuse ; le personnel de santé ; les hémophiles et les transfusés.

La transmission verticale (mère - enfant) : elle peut se faire pendant la grossesse, au moment de l'accouchement, et même plus tard au cours de l'allaitement maternel.

2.3 Rappel virologique :

2.3.1. Définition des VIH :

Les virus de l'immunodéficience humaine (VIH) appartiennent à la famille des rétrovirus. C'est le virus le plus étudié dans l'histoire de ce jour, et est largement répandu dans le monde. Ces virus sont définis par le mode de réplication qui passe par une étape de rétro transcription de leur matériel génétique constitué de deux molécules d'ARN transcrit en ADN dit pro viral grâce à une enzyme contenue dans le virion : la transcriptase reverse.

2.3.2. Structure des VIH :

Les VIH1 et VIH2 sont produits par bourgeonnement à la surface des cellules infectées; mais la morphologie de la particule mature est unique. Le virus possède une enveloppe; une

EVALUATION DE LA QUALITE DE LA PRISE EN CHARGE DES PERSONNES VIVANT AVEC LE VIH/sida AU CENTRE DE SANTE DE REFERENCE DE LA COMMUNE VI DU DISTRICT DE BAMAKO

nucléocapside dense, excentrée, en forme de trapèze ou de barreau. Leur nucléocapside est constituée de protéines internes du virus, de l'enzyme nécessaire à sa réplication (la transcriptase inverse) et de l'ARN viral.

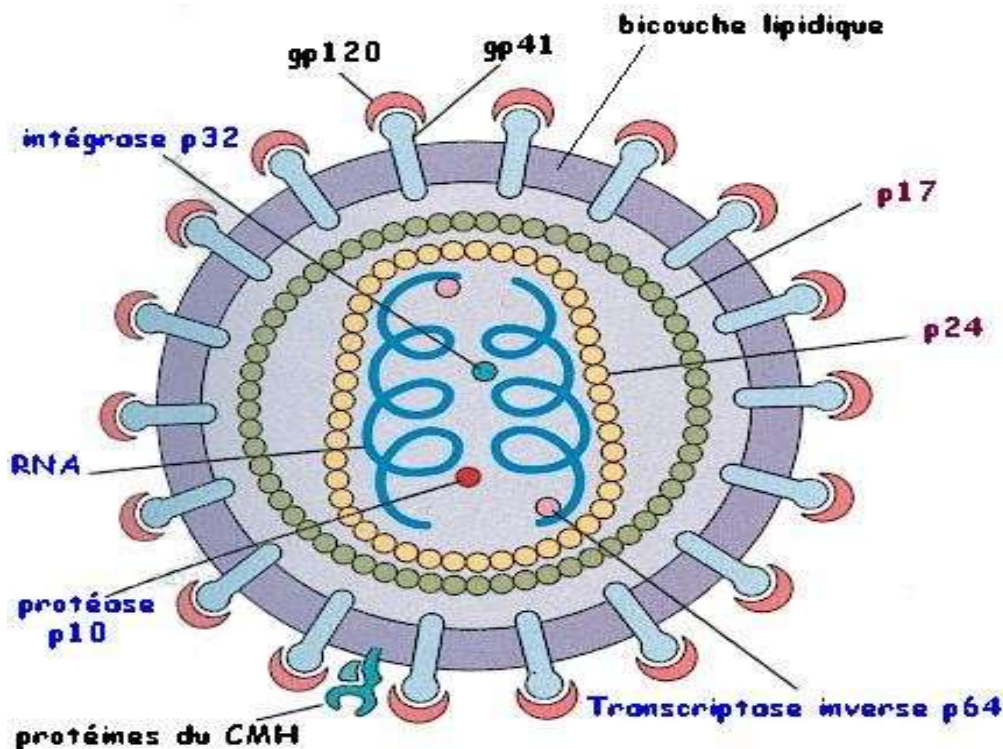


Figure N°1 : Structure du VIH

Les rétroviridae [One – Line] France 2003 Consulté le 15/08/05 Avarilable from Internet : WWW membres Lycos Fr/neb 5000/rétroviridae.

2.3.3. Génome et variabilités génétiques des VIH : [6 ; 7 ; 8 ; 9 ; 10]

Le génome des rétrovirus est constitué d'au moins trois parties : gag ; Pol ; env. qui codent respectivement pour les antigènes de la nucléocapside, pour les enzymes nécessaire à la réplication virale et pour les protéines de la surface du virion.

L'organisation génétique des VIH1 ; VIH2 et du SIV étaient similaires. Cependant on note l'absence du gène VPU au sein du génome des VIH2 et SIV, et la présence d'un autre gène VPX. La seule exception est le SIV du chimpanzé, très proche du VIH1 et qui contient un gène VPU. De plus, l'analyse comparative de chaque élément génétique de ces virus a montré que le VIH2 était plus proche des virus simiens du macaque (SIV mac) et du mangabey (SIV SM) qu'il ne l'était du virus humain VIH1 et de son homologue chez

EVALUATION DE LA QUALITE DE LA PRISE EN CHARGE DES PERSONNES VIVANT AVEC LE VIH/sida AU CENTRE DE SANTE DE REFERENCE DE LA COMMUNE VI DU DISTRICT DE BAMAKO

le chimpanzé (SIV cpz). Sur la base des distances génétiques entre les VIH1 retrouvés chez les patients, une classification en trois groupes distincts appelés M, N, O a été établie :

- Le groupe M (majoritaire) regroupe jusqu'à présent, au moins 10 sous types VIH1 désignés de A à J. Dans le monde, ce sont les infections par le sous-type C qui sont majoritaires.

Des phénomènes de recombinaison génétique chez les sujets co-infectés par des sous types distincts de VIH1 sont également à l'origine de nouveaux virus recombinants.

- Les VIH1 du groupe O (outlier) qui ont été identifiés au Cameroun et au Gabon sont beaucoup plus rares. Il en est de même des infections par les VIH1 du groupe N, également identifiés au Cameroun. Les liens phylogéniques récemment établis entre les virus N et des SIV de chimpanzés indiquent que des événements d'anthropozoonose pourraient être à l'origine de l'infection à VIH1.

La diversité génétique est l'une des caractéristiques majeures de cette famille de virus et existe également à un degré moindre, au sein des virus humains ou simiens. L'un des obstacles à l'élaboration d'un vaccin efficace est la variabilité génétique qui n'est pas non plus sans conséquence sur la physiopathologie de la maladie et sur la prise en charge thérapeutique.

2.3.4 Cycle de réplication : [11]

Les principales étapes du cycle de réplication du VIH sont communes à tous les rétrovirus. Leur connaissance est essentiellement liée à la physiopathologie de l'infection au VIH, et surtout, chacune de ces étapes constitue une étape potentielle pour le traitement anti-rétroviral.

Plusieurs événements marquent la réplication du VIH : Les étapes précoces que sont la reconnaissance et l'entrée du virus dans la cellule hôte, la rétro-transcription du génome viral et son intégration dans le génome de la cellule ; les événements tardifs de la réplication du VIH sont constitués par des étapes transrationnelles et post transrationnelles dans lesquelles interviennent des protéines de régulation des VIH et il en résulte la formation de nouveau virion.

EVALUATION DE LA QUALITE DE LA PRISE EN CHARGE DES PERSONNES VIVANT AVEC LE VIH/sida AU CENTRE DE SANTE DE REFERENCE DE LA COMMUNE VI DU DISTRICT DE BAMAKO

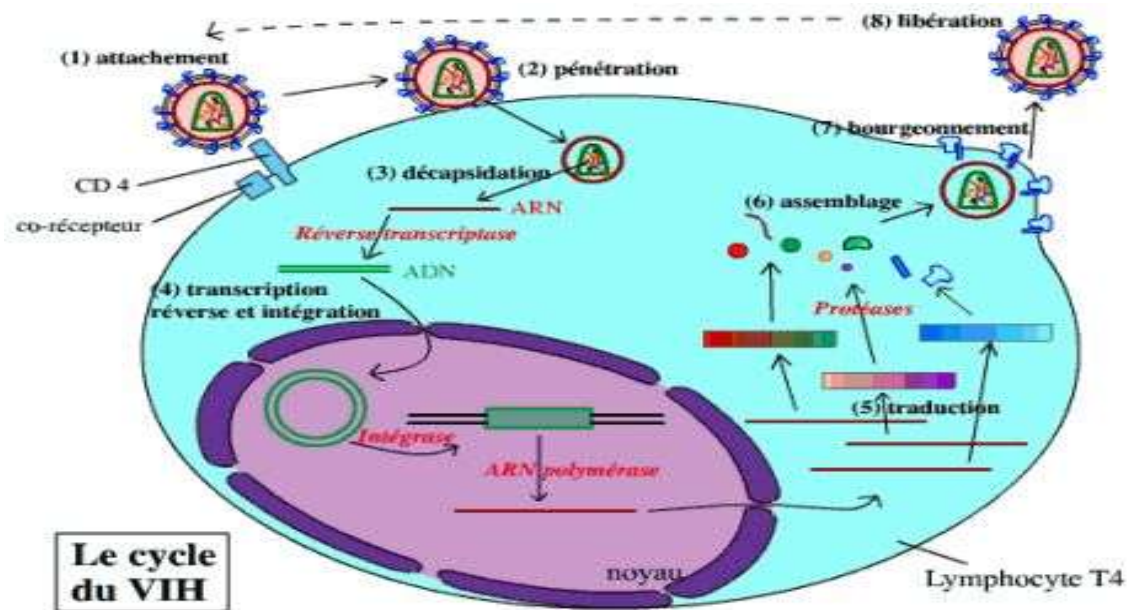


Figure N°2: Exemple de variabilité du VIH/SIDA [One –Line] Biologie Lycée ; France2002

Légende :

- (1) Attachement :** Le virus se fixe sur le lymphocyte T4, par reconnaissance entre la protéine virale gp120 et la protéine CD4 du lymphocyte (ainsi qu'un corécepteur).
- (2) Pénétration :** Les deux membranes (du virus et du lymphocyte) fusionnent, ce qui permet la pénétration de la nucléocapside (les deux capsides + le matériel génétique, etc.) du virus dans le cytoplasme.
- (3) Décapsulation :** Les deux capsides se dissocient, libérant l'ARN viral dans le cytoplasme.
- (4) Reverse transcription et intégration :** Grâce à la reverse transcriptase virale, l'ARN viral est rétro transcrit en ADN double brin. Cet ADN pénètre dans le noyau, où il s'intègre au génome du lymphocyte. Il est ensuite transcrit en ARN.
- (5) Traduction :** Après avoir été transcrits par l'ARN polymérase de la cellule, les ARN messagers viraux sont traduits en trois précurseurs protéiques. Ces précurseurs sont clivés par des protéases, pour donner les différentes protéines du virus.
- (6) Assemblage :** Les protéines virales et l'ARN viral (transcrit par ailleurs) sont associées pour reformer des virus (sans la membrane). Les protéines virales membranaires sont intégrées à la membrane du lymphocyte.
- (7) Bourgeonnement :**Le virus bourgeonne, emportant un fragment de la membrane plasmique du lymphocyte (qui contient uniquement les protéines membranaires virales).

(8) Libération : Les nouveaux virus sont libérés dans le milieu intérieur. Ils peuvent infecter de nouveaux lymphocytes T4.

2.3.5 Cellules cibles : [18 ; 19]

Les cellules sensibles au VIH sont principalement celles qui expriment à leur surface le récepteur CD4 et un des corécepteurs. Il s'agit de la sous population des lymphocytes T CD4 + helper (ou auxiliaire), mais aussi des monocytes/macrophages ou des cellules de la même origine telles que les cellules dendritiques et les cellules de Langerhans ainsi que les cellules micro gliales du cerveau. Dans d'autres cellules, les virus sont simplement emprisonnés sans se répliquer. C'est le cas des cellules folliculaires dendritiques qui présentent dans leurs germinatifs des ganglions.

2.3.6. Histoire Naturelle, classification et diagnostique :

2.3.6.1. Histoire Naturelle :

L'infection par le VIH est une infection chronique avec production constante de virus. Elle évolue pendant plusieurs années avant d'entraîner une immunodépression majeure. La connaissance des étapes de la maladie permet d'adapter le rythme et le type du bilan clinico-biologique de surveillance en fonction du stade de la maladie.

L'histoire naturelle désigne l'ordre habituel prévisible dans lequel se déroulent les symptômes cliniques et biologiques de l'infection par le VIH, en absence d'intervention thérapeutique. Après la contamination, l'infection évolue en plusieurs phases successives.

2.3.6.2. L'incubation : C'est la première rencontre entre l'organisme et le virus. Sa durée varie de 2 à 3 semaines. Elle est influencée par l'âge du malade, son profil génétique et par une primo-infection symptomatique.

2.3.6.3. La primo-infection : Elle correspond à la phase d'invasion du virus dans l'organisme. Elle survient en moyenne 2 à 4 semaines après le contage, d'intensité et de durée variable, selon la charge virale et les défenses immunitaires de l'hôte.

C'est une phase aiguë durant laquelle la réplication virale est précoce et massive, entraînant une dissémination du virus dans tout l'organisme et une virémie importante, avec possibilité d'une évolution rapidement défavorable de la maladie.

2.3.6.4. La Phase asymptomatique : C'est une phase cliniquement silencieuse, mais biologiquement active. La réplication virale est constante dans les organes lymphoïdes.

**EVALUATION DE LA QUALITE DE LA PRISE EN CHARGE DES PERSONNES VIVANT AVEC LE
VIH/sida AU CENTRE DE SANTE DE REFERENCE DE LA COMMUNE VI DU DISTRICT DE
BAMAKO**

Le dépistage de l'infection par le VIH à ce stade est essentiel, permettant de proposer à chaque patient une prise en charge optimale avant l'installation du déficit immunitaire.

2.3.6.5. La Phase symptomatique ou SIDA: C'est la phase finale, au cours de laquelle il y a une recrudescence de la réplication virale au bout de plusieurs années d'évolutions. Le délai moyen entre la primo-infection et le développement du SIDA est estimé entre 7–11 ans.

L'expression de la maladie SIDA est principalement liée à l'exposition de l'hôte aux pathogènes responsables des manifestations opportunistes et des complications tumorales. En l'absence de traitement, cette phase aboutit au décès.

2.3.7. Classification : Au début de l'épidémie, l'objectif des classifications était l'homogénéisation des observations cliniques pour faciliter les études épidémiologiques. Aujourd'hui les critères de définitions sont essentiellement basés sur la classification CDC (Centres For Diseases Control) révisé en 1993 et la classification en stades cliniques proposée par l'OMS.

➤ **Classification en Stades Cliniques Proposée par l'OMS.**

Stade clinique 1 :

1- patient asymptomatique

2- adénopathie persistante généralisée

Et/ou échelle de performance 1 : patient asymptomatique, activité normale

Stade clinique 2 :

3- perte de poids, inférieur à 10% du poids corporel

4- manifestations cutanéomuqueuses mineures (dermites séborrhéiques, Prurigo, infection fongique des ongles, ulcérations buccales récurrentes, chéilite angulaire)

5- zona au cours des cinq dernières années

6- infections des voies respiratoires supérieures récurrentes (c'est-à-dire sinusite bactérienne)

et/ou échelle de performance 2 : patient symptomatique, activité normale

Stade clinique 3 :

7- perte de poids, supérieur à 10% du poids corporel

8- Diarrhée chronique inexplicée supérieure à 1 mois

9- Fièvre prolongée inexplicée (intermittente ou constante), supérieure à 1 mois

10- candidose buccale (muguet)

**EVALUATION DE LA QUALITE DE LA PRISE EN CHARGE DES PERSONNES VIVANT AVEC LE
VIH/sida AU CENTRE DE SANTE DE REFERENCE DE LA COMMUNE VI DU DISTRICT DE
BAMAKO**

- 11- Leucoplasie chevelue de la cavité buccale
- 12- Tuberculose pulmonaire
- 13- Infections bactériennes graves (pneumonie, pyomyosite...) et/ou échelle de performance 3 : patient alité moins de la moitié de la journée pendant le dernier mois.

Stade clinique 4 :

- 14- Syndrome cachectique du VIH
- 15- Pneumopathie à Pneumocystis Jiroveci.
- 16- Toxoplasmose cérébrale.
- 17- Cryptosporidiose avec diarrhée pendant plus d'un mois.
- 18- Cryptococcose extra pulmonaire
- 19- Cytomegalovirose (CMV) touchant un autre organe que le foie, la rate, ou les ganglions lymphatiques
- 20- Herpes cutanéomuqueux pendant plus d'un mois ou viscéral quelle qu'en soit la durée.
- 21- Leuco encéphalopathie multifocale progressive (LEMP)
- 22- Toute mycose endémique disséminée (histoplasmosse, Coccidiomycose...)
- 23- Candidose de l'œsophage, de la trachée, des bronches, ou des poumons
- 24- Mycobactériose atypique, disséminée ou pulmonaire
- 25- Septicémie à salmonelle non typhique
- 26- Tuberculose extra pulmonaire
- 27- Lymphome
- 28- Sarcome de Kaposi
- 29- Encéphalopathie à VIH et/ou échelle de performance 4 : patient alité plus de la moitié de la journée pendant le dernier mois.

➤ **Classification CDC d'Atlanta de 1993 : [5]**

Catégorie A :

Un ou plusieurs des critères listés ci-dessous chez un adulte ou un adolescent infecté par le VIH s'il n'existe aucun critère des catégories B et C

- Infection VIH asymptomatique
- Lymphadénopathies généralisées persistantes
- Primo-infection symptomatique

Catégorie B :

**EVALUATION DE LA QUALITE DE LA PRISE EN CHARGE DES PERSONNES VIVANT AVEC LE
VIH/sida AU CENTRE DE SANTE DE REFERENCE DE LA COMMUNE VI DU DISTRICT DE
BAMAKO**

Manifestations cliniques chez un adulte ou un adolescent infecté par le VIH ne faisant pas partie de la catégorie C et qui réponde au moins à l'une des conditions suivantes :

- Elles sont liées au VIH ou indication d'un déficit immunitaire
- Elles ont une évolution ou une prise en charge thérapeutique compliquée par l'infection VIH. Les pathologies suivantes font partie de la catégorie B, la liste n'est pas limitative :
- Angiomatose bacillaire
- Candidose oro-pharyngée
- Candidose génitale, persistante, ou qui répond mal au traitement
- Dysplasie du col (modérée ou grave), carcinome in situ
- Syndrome constitutionnel : fièvre ($\geq 38,5^{\circ}\text{C}$) ou diarrhée supérieur à un mois
- Leucoplasie chevelue de la langue
- Zona récurrent ou envahissant plus d'un dermatome
- Purpura thrombopénique idiopathique
- Salpingite, en particulier lors des complications par abcès tuboovariens
- Neuropathie périphérique

Catégorie C :

Cette catégorie correspond à la définition du SIDA chez l'adulte. Lorsqu'un sujet a présenté une des pathologies de cette liste il est classé définitivement dans la catégorie C

- Candidose bronchique, trachéale ou pulmonaire
- Candidose de l'œsophage
- Cancer invasif du col
- Coccidiomycose, disséminée ou extra pulmonaire
- Cryptococcose extra pulmonaire
- Cryptosporidiose intestinale supérieure à un mois
- Infection à CMV (autre que foie, rate, ou ganglions)
- Rétinite CMV (avec altération de la vision)
- Encéphalopathie due au VIH
- Infection herpétique, ulcères chroniques supérieures à un mois, ou bronchiques, pulmonaires ou œsophagiennes
- Histoplasiose disséminée ou extra pulmonaire
- Isosporidiose intestinale chronique (supérieure à un mois)

**EVALUATION DE LA QUALITE DE LA PRISE EN CHARGE DES PERSONNES VIVANT AVEC LE
VIH/sida AU CENTRE DE SANTE DE REFERENCE DE LA COMMUNE VI DU DISTRICT DE
BAMAKO**

- Sarcome de Kaposi
- Lymphome de Burkitt
- Lymphome immunoblastique
- Lymphome cérébral primitif
- Infection à mycobacterium avium ou kansasii, disséminé ou extra pulmonaire
- Infection à mycobacterium tuberculosis, quel que soit le site
- Infection à mycobactéries, identifiées ou non, disséminée ou extra pulmonaire
- Pneumonie à Pneumocystis carinii
- Pneumopathie bactérienne récurrente
- Leuco - encéphalopathie multifocale progressive (LEMP)
- Septicémie à salmonelles non typhi récurrente
- Toxoplasmose cérébrale
- Syndrome cachectique dû au VIH

2.4. Diagnostic biologique : [18]

Le Diagnostic biologique de l'infection par le VIH est basé sur la détection de l'anticorps sérique anti-VIH dans le sang.

Dans certaines situations, il est nécessaire de recourir à d'autres méthodes diagnostiques telles que la détection de l'antigène P24 chez le nouveau-né de mère séropositive.

2.4.1. Diagnostic indirect :

2.4.1.1. Test de dépistage :

Ce test repose sur la réalisation et la visualisation d'une réaction antigène-anticorps entre les anticorps sériques du sujet infecté et les antigènes viraux produit en laboratoire.

Les méthodes de référence pour la visualisation de cette réaction sont actuellement les méthodes immunoenzymatiques de type ELISA. On distingue des ELISA de première, deuxième, et troisième génération avec de très nombreuses variantes. Les tests sérologiques de première et deuxième génération ne mettent en évidence que les anticorps de type IgG. Ceux de troisième génération, constituent la majorité des tests utilisés actuellement en routine détectent les IgG et IgM. Il existe une quatrième génération qui permet la détection combinée de la protéine P24 du VIH1 et des anticorps anti VIH1 et anti VIH2.

**EVALUATION DE LA QUALITE DE LA PRISE EN CHARGE DES PERSONNES VIVANT AVEC LE
VIH/sida AU CENTRE DE SANTE DE REFERENCE DE LA COMMUNE VI DU DISTRICT DE
BAMAKO**

Tous ces tests de dépistage comportent le risque de résultats faussement positifs, risque qui persiste en dépit des progrès les plus récents. Cette limite impose, en cas de positivité ou de discordance, le recours à des tests de confirmation.

2.4.1.2. Tests de confirmation

a- Le western Blot : C'est la technique de référence où les protéines virales sont séparées par électrophorèse avant d'être transférées sur une membrane de nitrocellulose. La présence d'anticorps dirigés contre une protéine donnée est révélée par une réaction immuno enzymatique qui matérialise la position de la protéine sous forme d'une bande colorée.

b- La RIPA : (Radio immuno-précipitation assay)

C'est une technique difficile à standardiser, réservée aux laboratoires spécialisés et agréés.

c- LIA: (Line immuno assay), c'est un test de confirmation de deuxième génération ; utilisant des protéines recombinantes et ou des peptides synthétiques des VIH.

2.4.2. Diagnostics directs :

2.4.2.1. Détection de l'antigène :

Les méthodes USA commercialisées détectent essentiellement la protéine P24 du VIH1. La positivité de la réaction peut être confirmée par la neutralisation qui permet d'exclure un possible faux positif. La recherche de l'antigène P24 dans le sérum est aujourd'hui indiquée essentiellement chez nouveau – né de mère séropositive pour le VIH1 et lors d'une suspicion de primo – infection.

La recherche de l'antigène P24 est associée à celle des anticorps anti VIH1 dans les tests de dépistage de quatrième génération.

2.4.2.2. Isolement du VIH en culture de cellule :

La culture du VIH1 en culture cellulaire est une méthode longue, coûteuse et nécessite des laboratoires de haute sécurité. L'isolement viral se fait à partir des cellules mononuclées sanguines ou du plasma du sujet infecté grâce à l'adjonction de cellules mononuclées des sujets sains qui servent de support pour la multiplication virale.

2.4.2.3. Amplification génique :

L'amplification génique ou PCR permet de détecter de faibles quantités Plasmatiques d'ARN du VIH.

**EVALUATION DE LA QUALITE DE LA PRISE EN CHARGE DES PERSONNES VIVANT AVEC LE
VIH/sida AU CENTRE DE SANTE DE REFERENCE DE LA COMMUNE VI DU DISTRICT DE
BAMAKO**

L'intérêt de cette technique est de détecter de très faibles quantités de virus alors que les anticorps spécifiques ne sont pas encore dosables et permet également de rechercher le VIH dans les différents tissus ou cellules et de quantifier la charge virale.

3. TRAITEMENT ANTIRETROVIRAL

3.1. Buts du traitement :

- Prolongation et amélioration de la qualité de vie ;
- Réduction de la charge virale au niveau le plus bas possible et le plus longtemps possible ;
- Préservation et/ ou restauration de la fonction immunitaire ;
- Réduction la morbidité et la mortalité liées au VIH.
- Optimiser l'adhésion au traitement (association puissante adaptée et simplifiée pour le patient).

3.2. Les Moyens

Les principaux antirétroviraux actuellement disponibles agissent au niveau de deux enzymes nécessaires à la réplication du VIH : la transcriptase inverse et la protéase. Il existe également des inhibiteurs de fusion qui agissent à plusieurs niveaux.

3.2.1. Les inhibiteurs de la transcriptase inverse (INTI)

La transcriptase reverse ou inverse : est une enzyme permettant la synthèse d'ADN complémentaire à partir de l'ARN viral et agissant au début du cycle de réplication rétrovirale avant l'intégration à l'ARN de la cellule hôte.

➤ Les inhibiteurs nucléosidiques de la transcriptase reverse (INTR)

Ils agissent après avoir subi une triple phosphorylation dans la cellule infectée en bloquant la réplication due à la TR, entrant en compétition avec les nucléosidiques.

➤ Les inhibiteurs non nucléosidiques de la transcriptase reverse (INNRT)

Ce sont des puissants inhibiteurs très sélectifs de la transcriptase reverse. Ils sont inactifs sur le VIH-2. Ils inhibent la transcriptase reverse de façon non compétitive, en se liant directement sur le site catalytique de l'enzyme. Ils ne nécessitent pas de modification chimique pour être actif donc pas d'étape de phosphorylation préalable.

Les deux molécules qui ont une AMM, la névirapine et l'Efavirenz ont pour principale caractéristique d'avoir une demi-vie d'élimination prolongée (>40heures), ils sont éliminés par les cytochromes hépatiques. Ils ont des propriétés inductrices enzymatiques.

Les INNRT, sont métabolisés au niveau du foie par le cytochrome et éliminés par le rein.

➤ **Les inhibiteurs de protéase (IP)**

Les IP du VIH agissent au niveau du processus d'assemblage des protéines virales nouvellement synthétisées en inhibant l'action d'une enzyme clé qu'est la protéase.

Les inhibiteurs de protéase conduisent à la production de virions immatures, défectifs et incapables d'infecter de nouvelles cellules. Ils sont actifs sur les cellules infectées de façon chronique contrairement aux inhibiteurs de la transcriptase inverse.

➤ **Inhibiteurs de fusion**

On distingue plusieurs mécanismes possibles d'inhibition de l'entrée du VIH dans l'organisme.

-l'inhibition de la liaison au récepteur CD4

-les inhibiteurs des récepteurs aux chimiokines: antagonistes de CXCR4 ou antagonistes de CCR5;

-les inhibiteurs de fusion VIH/membrane cellulaire-hôte

Bilan pré thérapeutique : Examen physique

-cutané

- cavité buccale

- gynécologique (femme)

- poids ;

➤ **PA Examen para clinique à J0**

- séropositivité au VIH confirmée par 2 prélèvements utilisant des antigènes différents;

- numération des lymphocytes T CD4+;

- charge virale si possible

- groupage sanguin ;

- antigène HBs

- Anti VHC

- numération formule sanguine;

- transaminases;

- glycémie;

- créatinémie; clairance ;

- Protéinurie

- radiographie du thorax si signe d'appel.

3.2.2. Traitement préalable des infections opportunistes

**EVALUATION DE LA QUALITE DE LA PRISE EN CHARGE DES PERSONNES VIVANT AVEC LE
VIH/sida AU CENTRE DE SANTE DE REFERENCE DE LA COMMUNE VI DU DISTRICT DE
BAMAKO**

- Prophylaxie au cotrimoxazole fort (1cp/jour) : Stade II, III, IV. CD4 inf. ou égal à 350/mm³.

3.2.3. Préparation du patient : Pas d'urgence thérapeutique ; Informer sur la notion de chronicité ; Expliquer : physiopathologie, effet du médicament, effets indésirables
Observance+++ ; Education thérapeutique++ Evaluation et soutien à l'observance au cours des consultations.

Les éléments de surveillance: la surveillance est un temps important du traitement ARV. Elle est clinique et biologique. Après l'inclusion dans le cadre de l'IMAARV le suivi se fait comme suit:

-**Bilan à J0** : clinique et biologique

- **J15** : examen clinique : poids ; observance ; tolérance ;

-**M1**: examen clinique : poids ; observance, NFS, ou hématoците si AZT, transaminases si INNRT.

-**M3**: idem M1 si signe d'appel.

-**M6, M12, M18, M24**: poids ; observance ; tolérance, efficacité, glycémie et bilan lipidique si IP, CD4 et CV.

En dehors de ses examens complémentaires, d'autres bilans seront demandés en fonction de l'état clinique du patient.

Cette surveillance permet d'évaluer l'observance, la tolérance et l'efficacité du traitement.

3.4. Les antirétroviraux au Mali

3.4.1. Politique Gouvernementale de la prise en charge des PVVIH

L'analyse de la situation effectuée en 2011 sur l'épidémie du VIH/SIDA dans le cadre de l'élaboration du plan stratégique de lutte contre le SIDA 2011-2012, a permis d'estimer à au moins 76 000 le nombre de PVVIH au MALI.

Certaines considérations importantes ont conduit le Mali à s'engager résolument dans une initiative d'accès aux ARV (IMAARV) [31] :

-L'avènement des ARV qui a permis de réduire de façon significative la morbidité et la mortalité et constitue un espoir certain dans la prise en charge des PVVIH/SIDA.

-La prise en charge ARV est reconnue comme une partie intégrante de la prévention.

- Des initiatives d'accès aux ARV ont été menées avec des résultats satisfaisants dans certains pays Africains.

**EVALUATION DE LA QUALITE DE LA PRISE EN CHARGE DES PERSONNES VIVANT AVEC LE
VIH/sida AU CENTRE DE SANTE DE REFERENCE DE LA COMMUNE VI DU DISTRICT DE
BAMAKO**

L'IMAARV est un outil de mise en œuvre de la politique nationale de prise en charge des PVVIH exécutée dans le cadre du plan stratégique du PNLS 2008-2012 adopté par le gouvernement. Elle renforce les activités de la commission de prise en charge médicale, psychologique et transmission mère-enfant dont elle constitue une des composantes.

Les objectifs assignés à l'IMAARV sont:

- a) Améliorer la qualité de vie des PVVIH;
- b) Améliorer la prise en charge thérapeutique des PVVIH (adultes et enfants) et proposer des traitements prophylactiques (dans le cadre de la prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant et des accidents d'exposition au sang) en rendant accessibles les antirétroviraux (ARV).

3.4.2.Stratégies thérapeutiques ARV :

Le Schémas Thérapeutiques au Mali: **2 INRT+1 INNRT**: 1ère ligne thérapeutique

Les différentes options:

A. 1^{ère} option : TDF+3TC(ou FTC) +EFV (à dose fixe) +++

B. Alternatives : AZT+3TC+EFV ou AZT+3TC+NVP

Ou TDF+ (3TC ou FTC) +NVP

- Efficacité prouvée cliniquement;
- Puissance thérapeutique y compris concentration virale élevée ;
- Traitement simple ;
- Epargne IP ;
- Tuberculose : intérêt ;
- Echappement virologique (mutation unique);
- Résistance croisée entre INNRT ;
- Effet secondaire immédiats : cutanés, psychiques, hépatiques (Hépatites graves), syndrome de Lyell à la NVP.

2 INRT + 1 IP : Deuxième ligne thérapeutique, **AZT+3TC+LP/r**

Ou **ABC+TDF+LP/r**

Ou **TDF+3TC+LP/r**

- efficacité prouvée cliniquement 60 – 80% ;
- Puissance thérapeutique ;
- Effet durable ;

**EVALUATION DE LA QUALITE DE LA PRISE EN CHARGE DES PERSONNES VIVANT AVEC LE
VIH/sida AU CENTRE DE SANTE DE REFERENCE DE LA COMMUNE VI DU DISTRICT DE
BAMAKO**

- Régression de la morbidité et de la mortalité ;
- Echappement virologique 30 – 60% ;
- Traitement lourd (nombre de comprimé pris, diététique, compliance) ;
- Effet secondaire immédiat et à long terme;
- Interaction médicamenteuse : anti tuberculeux (Rifampicine) ;
- Résistance croisée entre IP.

3 INRT

- Traitement simple ;
- Epargne les IP et les INNRT ;
- Peu d'effets secondaires à court terme ;
- Hypersensibilité ABC ;
- Taux d'échec virologique élevé ;
- Intérêt dans la coïnfection Tuberculose VIH;
- Effets secondaires à long terme (cytopathie mitochondriale)

Résumé : la stratégie la plus utilisée dans le monde est : **2 INRT + 1 INNRT.**

3.4.3. Les indications thérapeutiques :

Les indications actuelles : Recommandation OMS 2013 adolescent et adultes

Traitement ARV en cas infection à VIH sévère ou stade clinique avancé (OMS 3 ou 4)
et si le taux de CD4 est inférieur ou égal à 350cellules/mm³

Traitement ARV mis en route chez toute personne VIH+ dont le nombre de LTCD4 est
sup. à 350cellules/mm³ et inf. ou égal à 500cellules/mm³ quel que soit le stade clinique

Traitement ARV mis en route chez toute personne VIH+ quel que soit le stade clinique
ou taux de LTCD4

- Tuberculose active
- Coïnfection par VIH-VHB
- Partenaire séropositif dans un couple sérodiscordant afin de réduire la transmission.
- Si possible utiliser le taux de CD4;
- Charge virale (CV) non indispensable.

Cas particuliers:

- ❖ Femmes enceintes : PTME
- Taux de transmission : 25 – 45 %

**EVALUATION DE LA QUALITE DE LA PRISE EN CHARGE DES PERSONNES VIVANT AVEC LE
VIH/sida AU CENTRE DE SANTE DE REFERENCE DE LA COMMUNE VI DU DISTRICT DE
BAMAKO**

- Chimio prophylaxie diminuée : 1 à 5 % contre 45 – 50 %
- AZT
 - Mère : 34- 36 SA : 500mg/j en 2-3 prises au début du travail puis 2 mg/kg pendant 1 h.
 - 1 mg/kg/h pendant le clampage du cordon ombilical.
 - Nouveau-né : 2 mg/kg/6h dans les 48 h, durée 6 semaines.
- Névirapine :
 - Mère : 200 mg en début du travail.
 - Nouveau-né: une dose de 2 mg/kg dans les 72 h.
- Allaitement : non recommandé
- AZT + 3 TC

❖ Femmes enceintes (trithérapie) :

- AZT + 3TC + NVP femme en âge de procréer.
- EFZ : non recommandé sauf si contraception.

Attention : NVP et IP diminuent la concentration des contraceptifs oraux.

Femme recevant ARV et enceinte, poursuivre le traitement et changer EFV.

En cas de grossesse et non traitée, donner ARV si justifié.

Ne pas utiliser DDI, entraîne une acidose lactique.

Attention : Fréquence élevée des réactions cutanées et hépato toxicité grave à la NVP si le taux de CD4 > 250/mm

Si option anti protéase : SQV/r ou NVP.

❖ Enfant : L'OMS recommande la virologie, se baser sur le pourcentage du taux de CD4.

- Nourrisson < 18 mois VIH+, infection virale prouvée, PCR ou antigène P24
 - Stade III de l'OMS: (SIDA clinique), quel que soit le pourcentage du taux de CD4 ou
 - Stade III de l'OMS: (SIDA clinique), avec CD4 < 20 % ou
 - Stade II de l'OMS : (asymptomatique) avec un taux de CD4 < 20 % (Traitement si accès à la numération CD4).
- Nourrisson de 18 mois : VIH positif donc infecté
 - Stade III de l'OMS: (SIDA clinique), quel que soit le pourcentage du taux de CD4 ou
 - Stade II de l'OMS: (SIDA clinique), avec CD4 < 15 % ou
 - **Stade I de l'OMS :** (asymptomatique) avec un taux de CD4 < 15 %.

**EVALUATION DE LA QUALITE DE LA PRISE EN CHARGE DES PERSONNES VIVANT AVEC LE
VIH/sida AU CENTRE DE SANTE DE REFERENCE DE LA COMMUNE VI DU DISTRICT DE
BAMAKO**

Préparation du malade :

- Pas d'urgence thérapeutique,
- Informer sur la notion de chronicité
- Expliquer la physiopathologie, les effets du médicament, les effets indésirables
- L'observance du traitement ++
- Education thérapeutique ++
- Evaluation et soutien à l'observance au cours des consultations.

Suivi du patient :

- Bilan J0 : clinique et biologique
- J15 : examen clinique: poids, observance, tolérance.
- M1 : examen Clinique ; poids, observance, NFS ou hématokrite, transaminases si INNRT.
- M3 : examen clinique : poids, observance, biologie si signe d'appel.
- M6, M12, M18, M24 : poids, observance, tolérance, efficacité, glycémie si IP, CD4, antigénémie P24, ou CV si disponible.

3.4.4.Effets indésirables:Tableau I [7]

| Anomalies | Descriptions | Causes |
|---------------------------------|--|------------------------------|
| Pancréatite | Amylasémie élevée et lipasémie élevée +/- signes cliniques | DDI |
| Cytopénie | Anémie, neutropénie | ZDV, IDV |
| Atteintes néphrologiques | Lithiase urinaire, insuffisance rénale, tubulopathies | IDV IDV/RTV Ténofovir |
| Troubles hépatiques | Hépatite fulminante ; Hépatite cytolitique | NVP, ABC, EFV, IDV |
| Réactions cutanées | Eruptions cutanées et muqueuses, rash, Lyell | ABC, NVP++, EFV, NFV, IDV |
| Troubles lipidiques | Hypertriglycéridémies Hypercholestérolémie | Tous les ARV IP +++ |
| Lipodystrophies | Lipohypertrophie , Lipoatrophie | Tous les ARV |

EVALUATION DE LA QUALITE DE LA PRISE EN CHARGE DES PERSONNES VIVANT AVEC LE VIH/sida AU CENTRE DE SANTE DE REFERENCE DE LA COMMUNE VI DU DISTRICT DE BAMAKO

| | | |
|----------------------------------|---|---------------------------|
| Troubles glucidiques | Diabète | IP |
| Acidoselactique | Douleurs abdominales Crampes musculaires | IP, INRT (sauf Ténofovir) |
| Troubles neuromusculaires | Neuropathies périphériques Atteintes musculaires | DDI, EFV, ZDV |
| Anomalies osseuses | Ostéoporose et Ostéonécrose | Tous les ARV |

3.4.5 .Co-infection tuberculoses VIH:Tableau II [9]

- si choix EFZ:600 ou 800mg, données NVP+ rifampicine. Limitées
- possibilité d'utiliser les IP (400/400 de LPV/r x2 ou 400/400 de SQV/r x2)

| Situation | Recommandations |
|--|---|
| CD4 <200/mm ³ | Dès que traitement antituberculeux toléré entre 2 semaines et 2 mois, débiter les ARV |
| CD4 : 200/mm ³ et 350/mm ³ | Débiter le traitement antituberculeux Débiter l'un des schémas ARV |
| CD4 >350/mm ³ | Traitement tuberculose et Reporter les ARV |

3.4.6. Interactions médicamenteuses:

Traitement ARV et autres médicaments: nombreuses interactions médicamenteuses.

- ✓ Perte de l'efficacité d'un des traitements (diminution de la concentration)
- ✓ Soit augmentation de l'activité d'un des médicaments (augmentation de la concentration)
- ✓ Soit majoration d'effets indésirables
- ✓ Majoration des interactions par des tares viscérales.

Deux ordres :

- ✓ Pharmacocinétique : un médicament affecte l'absorption, le métabolisme ou l'excrétion de l'autre.
- ✓ Pharmacodynamique : deux médicaments peuvent avoir un effet additif ou synergique ou antagoniste.

**EVALUATION DE LA QUALITE DE LA PRISE EN CHARGE DES PERSONNES VIVANT AVEC LE
VIH/sida AU CENTRE DE SANTE DE REFERENCE DE LA COMMUNE VI DU DISTRICT DE
BAMAKO**

✓ Cytochrome P450: rôle dans la conjugaison des molécules : détoxication

✓ Notion d'inducteur enzymatique : augmentation de la synthèse :

accélération des réactions d'oxydation : augmentation de la clairance : diminution de sa concentration.

Exemples : Rifampicine abaisse les concentrations de l'indinavir de -92 % et nelfinavir de -82% et Efavirenz de -26 %.

✓ Inhibiteur enzymatique : compétition sur le même site de fixation :

un des médicaments diminue le métabolisme de l'autre : diminution de la clairance et augmentation des concentrations : RTV et IP ; AZT

3.4.7. Prise en charge curative des affections opportunistes :

Il n'est pas possible de détailler ici le diagnostic et le traitement de toutes les affections opportunistes. Schématiquement :

- La majorité des affections opportunistes du stade C des CDC nécessite des moyens diagnostiques importants et des traitements curatifs assez lourds. De nombreuses infections du stade C nécessitent, après la guérison de l'épisode aigu, un traitement prophylactique secondaire, pour éviter les récives.

La prise en charge de ces affections relève donc du milieu hospitalier.

- Dans les pays en développement, il est important de concentrer les efforts sur les affections pouvant survenir à un stade précoce d'immunosuppression (tuberculose, maladies bactériennes, et paludisme) ; ces infections ont toutes les trois la particularité d'être fréquemment associées au VIH, d'être potentiellement mortelles, d'être accessibles à des traitements curatifs assez simples, et d'exister également chez les personnes non infectées par le VIH. Elles représentent le quotidien des consultations de médecine ambulatoire des centres de soins primaires, dans lesquels les médecins concernés doivent être sensibilisés à leur fréquence et pouvoir utiliser des algorithmes de prise en charge syndromiques clairs.

**EVALUATION DE LA QUALITE DE LA PRISE EN CHARGE DES PERSONNES VIVANT AVEC LE
VIH/sida AU CENTRE DE SANTE DE REFERENCE DE LA COMMUNE VI DU DISTRICT DE
BAMAKO**

Tableau III [11]

| | Traitement | Prévention secondaire | Prévention primaire |
|---|--|---|--|
| Pneumocystose | Trimethoprime(20mg/kg/jr) Sulfamethoxazole ou Penta- midinei.v 3mg/kg/jr, pdt 20 jrs | Trimethoprime/Sulfamethoxazol (800mg/160mg/jr) | idem |
| Toxoplasmose | Pyrimethamine 50mg/jour+adiazine4g/jour Ou Cotrimo- xazole forte 6cp ou 12ampi.v/jr | Pyrimethamine 25mg/jour + adiazine 2 g/jour ou cotri (2)2 a 3 cp/jour | Trimethoprime/ Sulfamethoxazole (800mg/160mg/jr) |
| Candidose | Fluconazole 50mg/jr | Fluconazole 50mg/jr continu ou intermittent | |
| Cryptococcose | Amphotericine B (0,7mg/kg/jour i.v) ou Fluconazole (800mg/jr) | Fluconazole (200-400mg/jour) | |
| D'autres schémas thérapeutiques comprenant éthionamide, thiacetazone, streptomycine, cycloserine, viomicine, capreomycine peuvent être proposés selon des schémas variables. Possible mais non valide. | | | |

4. Soins et soutiens : deux éléments indissociables [21]

➤ **Qualité des soins** : historique, définition et dimensions

L'évaluation de la qualité des soins a été partout influencée par le modèle américain. La notion d'évaluation des techniques est née en 1902 aux USA où le congrès d'appui du gouvernement fédéral a créé l'ancêtre de la FDA (Food and Drug Administration) pour garantir la sécurité des produits biologiques utilisés sur le marché américain. L'évaluation s'est développée progressivement, elle est longtemps restée divisée en deux approches :

- Une approche institutionnelle centrée sur la qualité des soins délivrés par les professionnels dans les établissements de santé.
- Une approche systémique tournée vers le service rendu à une collectivité et effectuée par les organismes de santé publique.

EVALUATION DE LA QUALITE DE LA PRISE EN CHARGE DES PERSONNES VIVANT AVEC LE VIH/sida AU CENTRE DE SANTE DE REFERENCE DE LA COMMUNE VI DU DISTRICT DE BAMAKO

Depuis la fin des années 70 et à l'initiative de précurseurs éclairés comme François Gremy, Emile Papier Nick, Claude Beraud, Marcel Legrain, Joël Menard, Dominique Joly, Jean François Lacronique, Didier Melliere et d'autres, les concepts et les méthodes de l'évaluation des soins se sont diffusés en France. Progressivement, à partir du milieu des années 80, le cadre nécessaire à son implantation se mettait en place. [22]

Peu à peu sont nées les notions de qualité du produit, d'assurance qualité, de méthodologie qualité, de gestion de la qualité, de gestion des couts de non qualité, du contrôle statistique, d'autocontrôle etc. [14].

Le mérite revient à Avedis Donabedian, premier à avoir systématisé les approches de l'évaluation des soins, lui définissant trois objets : les structures de soins, les procédures de soins et les résultats de soins (structure, processus, out come) [22].

Les problèmes ne sont pas résolus pour autant, car, même si ce sont d'éminents cliniciens, encouragés par leurs collègues de Santé publique, qui les premiers ont proclamé la nécessité de l'évaluation médicale, ils demeurent encore trop isolés au sein de leur profession, et c'est essentiellement des autorités de tutelle que proviennent aujourd'hui les encouragements à évaluer. Ceci est le cas dans tous les pays où l'évaluation se développe.

Au Mali, l'Agence Nationale d'Evaluation des Hôpitaux (ANEH) créée le 22 juillet 2002 par la loi hospitalière, constituera sans doute une structure de référence dans la conception des outils d'évaluation en vue d'un management continu de nos services de santé.

- La qualité des soins

De nombreuses définitions de la qualité des soins ont été proposées, sans avoir un caractère totalement systématique pour s'appliquer à toutes les situations. C'est l'aptitude d'un produit ou d'un service à satisfaire exactement les besoins des utilisateurs en maximisant la perception de l'offre et en minimisant les défauts et les erreurs ; ils doivent être efficaces, surs, appropriés, accessibles, acceptables et utilisant de façon optimale les moyens disponibles. C'est la mesure dans laquelle les ressources disponibles répondent à des normes préétablies dont l'application est généralement censée permettre d'obtenir des résultats souhaités [15]. Selon l'OMS, la qualité des soins consiste à exécuter correctement (en fonction des normes) des interventions dont on sait qu'elles sont sans risques, d'un cout abordable pour la société en question et susceptibles d'avoir un impact sur la mortalité, la morbidité, les invalidités et la malnutrition [15].

**EVALUATION DE LA QUALITE DE LA PRISE EN CHARGE DES PERSONNES VIVANT AVEC LE
VIH/SIDA AU CENTRE DE SANTE DE REFERENCE DE LA COMMUNE VI DU DISTRICT DE
BAMAKO**

DONABEDIAN A. a abordé des éléments assez opérationnels. En effet selon lui « la qualité des soins techniques consiste à appliquer des sciences et des technologies médicales de manière à arriver au maximum de bénéficiaire pour la santé sans augmenter les risques ».

Le niveau de qualité est alors la mesure par laquelle les soins fournis permettent d'arriver à l'équilibre entre les bénéfices des risques [20].

Evaluation : c'est une procédure scientifique et systématique qui consiste à déterminer dans quelle mesure une action ou un ensemble d'actions atteint avec succès un ou des objectifs préalablement fixés.

Procédures : elles décrivent les gestes logiques nécessaires et indispensables à l'offre des services de qualité par des prestataires [14].

Normes : ce sont des outils, voire des lignes directrices destinées à guider la planification, à évaluer les projets de santé et tout autre acte médical en vue d'en garantir la qualité et l'efficacité [16].

➤ **Soutiens** : les normes d'une bonne prise en charge globale passe aussi par,

- **Soutien psychologique** : qui inclut les services de conseil initiaux et de suivi, vise à satisfaire les besoins affectifs et spirituels des personnes qui vivent avec le VIH/SIDA et de leurs familles et à aider les patients au moment où ils font connaître leur statut. Ce soutien peut être dispensé dans le cadre de groupe d'entraide (groupes d'accueil après le dépistage) et de démarches bénévoles ou autres au sein des communautés.

- **Soutien socio-économique**: au sein des communautés, le soutien matériel et social permet de satisfaire les besoins nutritionnels et quotidiens. Ce soutien matériel peut être apporté sous forme de microcrédit, d'aide à domicile, de planifications d'aide aux orphelins et aux enfants vulnérables dans les foyers et les communautés.

- **Participation des PVVIH et de leurs familles** :

il faut faire participer les malades et leurs familles à la planification et à la mise en œuvre de la prise en charge pour les programmes de soins, de traitement et de soutien qui leur sont destinés correspondent à leurs besoins, améliorent l'observance, la prévention et les soins et incitent les gens à se faire soigner.

Ces programmes doivent également respecter les droits fondamentaux des malades.

METHODOLOGIE

IV. METHODOLOGIE:

A. Cadre d'étude :

L'étude s'est déroulée à l'unité de soins d'accompagnement et de conseil du centre de santé de référence commune VI. USAC: (unité de soins d'accompagnement et de conseil)

1. Présentation de la Commune VI du District de Bamako

C'est la plus grande et la plus peuplée de Bamako avec 94km² de superficie et de 504738 habitants en 2011 avec une densité de 5002 habitants par km². La couverture socio-sanitaire de la commune est assurée par un Hôpital National (Hôpital du Mali), un Centre de Santé de Référence, un service social, 11 CSCOM, 35 structures sanitaires privées recensées, une structure mutualiste, 2 structures parapubliques, 16 tradithérapeutes et 32 officines.

La commune VI compte 10 quartiers et les cités des logements sociaux. Chaque quartier dispose d'au moins un CSCOM excepté Sokorodji et Dianéguela qui ont en commun un CSCOM. Niamakoro et Yirimadjo possèdent chacun deux structures de ce type.

Les principales activités menées par la population de la commune sont : l'agriculture, le maraichage, l'élevage, le petit commerce, le transport, l'artisanat, et les fonctionnaires de l'Etat. Il y existe quelques industries (alimentaire, plastique...).

Le centre de santé de Référence de la commune VI est beaucoup sollicité par la population de la dite commune mais également par certaines communes et villages environnants.

Cette sollicitation est liée, à l'accessibilité de la structure car elle est située au bord de la plus grande avenue de Bamako (Avenue de l'OUA).

Bamako, la capitale du Mali, connaît un climat tropical de type soudanais caractérisé par une saison sèche (décembre - mai) et une saison pluvieuse (juin-nonembre).

2. Présentation du Centre de Santé de Référence de la Commune VI

La maternité de sogoniko de son nom initial a été créée en 1980 et est située en commune VI du District de Bamako sur la rive droite du fleuve NIGER. Elle a été érigée en Centre de Santé de Référence (CSRéf) en 1999. Mais le système de référence n'a débuté qu'en juin 2004. A savoir :

Les fonctionnaires et les conventionnaires de l'Etat ;

Les conventionnaires de l'INPS ;

Les contractuels du CSREF ;

Les contractuels de la Mairie

a) Les infrastructures

Le service se compose de sept bâtiments :

**EVALUATION DE LA QUALITE DE LA PRISE EN CHARGE DES PERSONNES VIVANT AVEC LE
VIH/sida AU CENTRE DE SANTE DE REFERENCE DE LA COMMUNE VI DU DISTRICT DE
BAMAKO**

- Le premier bâtiment en étage comprend :
 - au rez-de-chaussée :
 - la pharmacie de jour,
 - le bureau du pharmacien,
 - trois bureaux de consultation pour la médecine,
 - une salle d'observation pour la médecine,
 - une salle de garde,
 - la salle d'injection,
 - un magasin pour la pharmacie,
 - trois grandes salles d'hospitalisation pour la pédiatrie
 - deux bureaux de consultation pour la pédiatrie,
 - une salle de garde pour les infirmiers de la pédiatrie,
 - une salle de garde pour les infirmiers de la médecine
 - un hangar,
 - une toilette.
 - A l'étage :
 - le service d'administration comprend :
 - le secrétariat,
 - le bureau pour le Médecin-Chef,
 - le bureau Système d'Information Sanitaire (SIS),
 - le bureau de la comptabilité,
 - le bureau du service social,
 - le bureau médecin appui SIS,
 - le bureau du chef du personnel,
 - la brigade d'hygiène,
 - la salle de photocopie,
 - la salle de réunion,
 - un magasin,
 - des toilettes.
 - la consultation de chirurgie et les hospitalisations (médecine et chirurgie):
 - le bureau de consultation chirurgie,

**EVALUATION DE LA QUALITE DE LA PRISE EN CHARGE DES PERSONNES VIVANT AVEC LE
VIH/sida AU CENTRE DE SANTE DE REFERENCE DE LA COMMUNE VI DU DISTRICT DE
BAMAKO**

- le bureau du major de la chirurgie,
- le bureau du major de la médecine,
- la salle de pansement,
- une grande salle d'hospitalisation à sept (7) lits pour la chirurgie,
- une salle d'hospitalisation à cinq (5) lits pour la médecine,
- deux salles d'hospitalisation VIP à un (1) lit,
- une salle d'hospitalisation VIP à deux (2) lits,
- deux toilettes.
- Le troisième bâtiment construit en 2008, il abrite la maternité composée de :
 - une salle d'accouchement qui contient six (6) boxes d'accouchement avec (06) paravents,
 - une salle de travail de neuf (9) lits,
 - une salle de réanimation des nouveaux nés,
 - une salle d'hospitalisation de dix-huit (18) lits,
 - une salle de garde pour sage- femme,
 - une salle de garde pour Médecin,
 - une salle de garde pour les infirmières,
 - une salle de garde pour les internes,
 - une salle de consultation gynécologique,
 - trois salles de consultation prénatale,
 - une salle de consultation planification familiale,
 - une salle d'informatique,
 - une salle de SAA,
 - un hangar,
 - des toilettes.
- le bloc technique comprend :
 - le laboratoire avec quatre salles (biochimie, hématologie, prélèvement, bactériologie), l'imagerie médicale (une salle d'échographie, une salle de radiographie, et une salle développement),
 - le bureau de consultation cardiologie/dermatologie,
 - deux bureaux de consultation d'Odontostomatologie,

**EVALUATION DE LA QUALITE DE LA PRISE EN CHARGE DES PERSONNES VIVANT AVEC LE
VIH/sida AU CENTRE DE SANTE DE REFERENCE DE LA COMMUNE VI DU DISTRICT DE
BAMAKO**

- deux bureaux de consultation O R L,
- deux bureaux de consultation ophtalmologiques,
- des toilettes.
- L'unité chaîne de froid et l'USAC (unité de soins d'accompagnement et de conseils) : l'unité est située dans le bâtiment sept (7), on retrouve en son sein 5 salles comme suite avec son personnel
- Un Secrétariat avec une secrétaire et un assistant.
- une salle de consultation pour le coordinateur et le second Médecin.
- Une salle pour le prélèvement avec 2 infirmiers.
- Une salle pour counseling avec 2 conseillers.
- Une pharmacie avec un pharmacien
- 2 Véranda équipées de bancs pour l'attente
- L'unité dispose d'un véhicule de service avec chauffeur.
- le bureau des entrées composé de :
 - un guichet,
 - un guichet pour l'espace AMO,
 - un bureau de consultation de garde,
 - un bureau de garde pour médecin,
 - une pharmacie de garde,
 - Deux hangars,
 - deux (2) toilettes.
- le bloc opératoire
- Les annexes :
 - la buanderie et les deux salles pour les manœuvres et les chauffeurs
 - la suite des couches
 - le logement du médecin-chef,
 - le logement du gardien
 - deux salles pour la prise en charge de la tuberculose
 - un grand magasin
 - des toilettes,
 - une morgue fonctionnelle

**EVALUATION DE LA QUALITE DE LA PRISE EN CHARGE DES PERSONNES VIVANT AVEC LE
VIH/sida AU CENTRE DE SANTE DE REFERENCE DE LA COMMUNE VI DU DISTRICT DE
BAMAKO**

b) Ressources financières :

Les Ressources financières viennent essentiellement de :

- La tarification des actes,
- L'Etat.

c) Les ressources humaines : Tableau IV

| Catégories | | Nombres |
|--------------------------------------|--|------------|
| Médecin gynécologue | | 6 |
| Médecin généraliste | | 13 |
| Médecin chirurgien | | 3 |
| Médecin pédiatre | | 1 |
| Etudiants faisant fonction d'interne | | 10 |
| Infirmier diplômé d'Etat | Technicien de laboratoire | 5 |
| | Infirmier de premier cycle | 10 |
| Sagefemme | | 28 |
| Infirmières obstétriciennes | | 9 |
| Assistants médicaux | Techniciens spécialisés en soins dentaires | 2 |
| | Techniciens spécialisés en ophtalmologie | 1 |
| | Techniciens spécialisés en ORL | 4 |
| | Techniciens spécialisés en santé publique | 3 |
| | Techniciens sanitaires | 3 |
| Secrétaires | | 3 |
| Gestionnaire | | 1 |
| Comptable | | 2 |
| Adjoint administratif | | 1 |
| Gardien | | 1 |
| Chauffeurs | | 4 |
| Aides-soignants | | 5 |
| Manœuvres | | 6 |
| portier | | 3 |
| Total | | 145 |

B. Méthode d'étude :

1. Type d'étude et période d'étude :

Notre étude était transversale à viser qualitative, prospective et s'est déroulée du **01 Novembre 2016 au 31 Janvier 2017**.

2. Population d'étude :

L'effectif était constitué de personnes vivant avec le VIH/SIDA suivies à l'USAC du centre de santé de référence de la commune VI.

✓ **Critère d'inclusion :** étaient inclus dans notre étude

- Les personnes vivant avec le VIH/SIDA suivis ou référés à l'USAC CVI âgées d'au moins 15 ans et consentant à l'étude.

✓ **Critères de non inclusion :** N'étaient pas inclus dans notre étude :

- Les personnes vivant avec le VIH/SIDA ayant moins de 15 ans.

- Les personnes vivant avec le VIH/SIDA dont l'état clinique ne permettait pas de répondre au questionnaire de l'enquête.

- Les personnes vivant avec le VIH/SIDA qui n'étaient pas consentantes à notre étude.

✓ **Taille de l'échantillon :**

L'échantillon a été exhaustif et a porté sur tous les patients de la période d'étude soit 126 patients et le personnel de l'USAC au nombre de 6.

3. Variables étudiées :

Tous nos patients ont été colligés en fonctions :

- Des caractéristiques sociodémographiques

- Des données cliniques et para cliniques, taux de CD4 initial,

- Connaissance du mode d'emploi et effets secondaires des ARV, les interactions médicamenteuses et les difficultés liés à la ponctualité, la disponibilité des médicaments contre les infections opportunistes (IO) et ARV.

Des informations sur la qualité de l'accueil ; la confidentialité, les groupes de paroles.

4. Technique de collecte

La collecte des données a été réalisée avec un questionnaire individuel à partir d'un questionnaire adressé aux PVVIH ; joint en annexe. Les questions dirigées sur les objectifs ont été posées à chaque patient (e). Parfois une traduction dans la langue du patient a été nécessaire. Les variables ont été portées sur la fiche par l'enquêteur.

EVALUATION DE LA QUALITE DE LA PRISE EN CHARGE DES PERSONNES VIVANT AVEC LE VIH/sida AU CENTRE DE SANTE DE REFERENCE DE LA COMMUNE VI DU DISTRICT DE BAMAKO

5. Traitement et analyses des données :

La saisie des données a été effectuée sur le logiciel EPI info version 6.0fr. Le traitement du texte avec Word /Windows 2010 et les graphiques illustratives avec EXCEL/ Windows.

6. ASPECTS ETHIQUES:

Les règles d'éthiques en matière du VIH/sida prévoient que la communication du résultat sérologique à l'entourage du patient doit être réalisée par le patient lui-même. Les patients ont signé un consentement éclairé lu ou traduit en langue nationale bambara et voir traduit dans une autre langue nationale par un interprète avant leur inclusion dans l'étude. Les patients ont accepté volontairement de participer à l'étude. La prise en charge ainsi que le traitement des données ont été effectués dans la confidentialité. Un numéro anonyme a été attribué à chaque malade pendant l'étude.

7. Diagramme de GANTT :

| DATES ET | MARS 2016 à JUIN 2016 | JUILLET 2016 à Sept. 2016 | NOVEMBRE 2016 à JANVIER 2017 | FEVRIER à MAI 2017 | JUIN à JUILLET 2017 | AOUT à Sept. 2017 | NOVEMBRE 2017 |
|---|-----------------------------------|------------------------------------|---------------------------------------|--------------------------|---------------------------|-------------------------|------------------|
| ACTIVITES | | | | | | | |
| RECHERCHE BIBLIOGRAPHIQUE SUR LE THEME | _____ | | | | | | |
| ELABORATION DU PROTOCOLE | | _____ | | | | | |
| ETUDE SUR LE TERRAIN | | | _____ | | | | |
| REDACTION DE LA THESE | | | | _____ | | | |
| CORRECTION DU DIRECTEUR | | | | | _____ | | |
| CORRECTION DES AUTRES MEMBRES | | | | | | _____ | |
| SOUTENANCE | | | | | | | _____ |

RESULTATS

V. RESULTATS

Du 01 Novembre 2016 au 31 Janvier 2017, nous avons mené une étude à l'USAC du CSRéf de la commune VI de Bamako. Cent vingt-six (126) patients infectés par le VIH sous ARV et six (6) agents de l'unité ont pris part à cette étude.

A. CARACTERISTIQUES SOCIODEMOGRAPHIQUES

Tableau V : Répartition de l'effectif des patients selon le sexe

| SEXE | FREQUENCE | % |
|----------------|------------|-------------|
| Féminin | 99 | 78,6 |
| Masculin | 27 | 21,4 |
| Total | 126 | 100 |

Le sexe féminin prédominait avec 78,6% de l'échantillon.

Tableau VI : Répartition de l'effectif des patients selon la tranche d'âge

| AGES | FREQUENCE | % |
|--------------------|------------|-------------|
| 15 à 24 ans | 6 | 4,8 |
| 25 à 34 ans | 37 | 29,4 |
| 35 à 44 ans | 53 | 42,1 |
| 45 à 54 ans | 21 | 16,7 |
| 55 ans et plus | 9 | 7,1 |
| Total | 126 | 100 |

La tranche d'âge (35-44ans) était la plus représentative avec **42,1%** et des extrêmes allant de 15 à 65 ans avec un âge moyen de 37 ans

Tableau VII : Répartition de l'effectif des patients de l'effectif selon l'ethnie

| ETHNIE | FREQUENCE | % |
|----------------|------------|-------------|
| Bambara | 43 | 34,1 |
| Peulh | 36 | 28,6 |
| Malinké | 24 | 19,0 |
| Autres | 23 | 18,3 |
| Total | 126 | 100 |

L'ethnie la plus représentée de l'effectif est le bambara avec **34,1%**.

**EVALUATION DE LA QUALITE DE LA PRISE EN CHARGE DES PERSONNES VIVANT AVEC LE
VIH/sida AU CENTRE DE SANTE DE REFERENCE DE LA COMMUNE VI DU DISTRICT DE
BAMAKO**

Tableau VIII : Répartition de l'effectif des patients selon le statut matrimonial

| Situation matrimoniale | FREQUENCE | % |
|------------------------|------------|-------------|
| Marié | 96 | 76,2 |
| Divorce (é) | 6 | 4,8 |
| Célibataire | 12 | 9,5 |
| Veuf (Ve) | 12 | 9,5 |
| Total | 126 | 100 |

Les mariés (es) étaient les plus représentés, plus que la moitié de l'effectif soit **76,2%**.

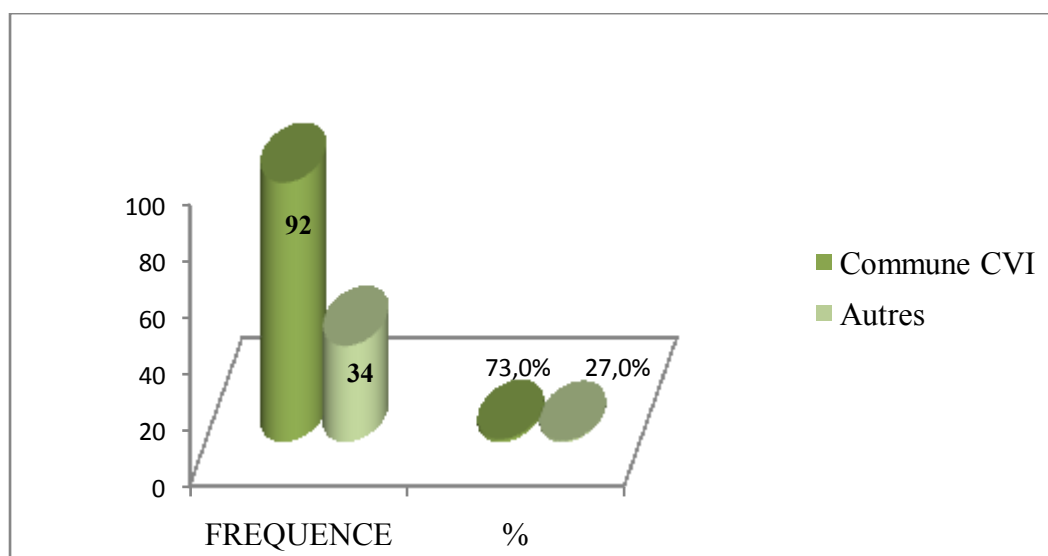
Tableau IX : Répartition des patients selon la nationalité

| NATIONALITE | FREQUENCE | % |
|------------------|------------|-------------|
| Maliennne | 121 | 96,0 |
| Autres | 5 | 4,0 |
| Total | 126 | 100 |

La presque totalité des patients était des maliens soit **96%**

NB : les autres nationalités sont ivoiriennes, camerounaise et nigériane.

Figure IV : Répartition des patients selon la résidence



Plus de la moitié de nos enquêtés résidaient en commune CVI du district de Bamako, soit **73,0%** de l'effectif.

**EVALUATION DE LA QUALITE DE LA PRISE EN CHARGE DES PERSONNES VIVANT AVEC LE
VIH/sida AU CENTRE DE SANTE DE REFERENCE DE LA COMMUNE VI DU DISTRICT DE
BAMAKO**

Tableau X : Répartition des patients selon le niveau d’instruction

| Niveau d’instruction | FREQUENCE | % |
|----------------------|------------|-------------|
| Primaire | 44 | 34,9 |
| Secondaire | 45 | 35,7 |
| Supérieur | 9 | 7,1 |
| Non scolarisé | 28 | 22,2 |
| Total | 126 | 100 |

Les patients scolarisés niveau d’instruction secondaire sont les plus représentés de l’effectif, soit **35,7%**.

Tableau XI: Répartition des patients selon la profession

| Profession | FREQUENCE | % |
|-----------------|------------|-------------|
| Ménagère | 68 | 54,0 |
| Commerçant | 25 | 19,8 |
| Cultivateur | 4 | 3,2 |
| Fonctionnaire | 9 | 7,1 |
| Informels | 11 | 8,7 |
| Autres | 9 | 7,1 |
| Total | 126 | 100 |

Plus de la moitié des personnes enquêtées étaient des ménagères soit **54,0%**, les commerçants et le secteur informel ont représenté respectivement 19,8% et 8,7% de l’effectif.

B. PERCEPTION DES PATIENTS

Tableau XII : Répartition des patients selon le site de dépistage

| Avez-vous été dépisté dans cette unité ? | FREQUENCE | % |
|--|------------|-------------|
| Oui | 105 | 83,3 |
| Non | 21 | 16,7 |
| Total | 126 | 100 |

La plupart de nos enquêtés ont été dépistés au CSREF CVI, avec **83,3%**.

Tableau XIII : Répartition des patients selon le type de VIH

| TYPE DE VIH | FREQUENCE | % |
|--------------|------------|-------------|
| VIH 1 | 120 | 95,2 |
| VIH 2 | 6 | 4,8 |
| Total | 126 | 100 |

Tous nos patients enquêtés étaient quasiment infectés par le VIH1, soit **95,2%**.

**EVALUATION DE LA QUALITE DE LA PRISE EN CHARGE DES PERSONNES VIVANT AVEC LE
VIH/sida AU CENTRE DE SANTE DE REFERENCE DE LA COMMUNE VI DU DISTRICT DE
BAMAKO**

Tableau XIV : Répartition des patients selon la connaissance sur le VIH

| Une connaissance préalable sur le VIH /SIDA ? | FREQUENCE | % |
|---|------------|-------------|
| Oui | 71 | 56,3 |
| Non | 55 | 43,7 |
| Total | 126 | 100 |

Plus de la moitié des personnes enquêtées avaient une connaissance préalable sur le VIH avec **56,3%**.

Tableau XV: Répartition des patients selon le nombre deCD4 initial

| Dosage de CD4/mm3 | FREQUENCE | % |
|-------------------|------------|-------------|
| Inf. à 350 | 91 | 72,2 |
| 350 à 499 | 22 | 17,5 |
| Plus de 500 | 13 | 10,3 |
| Total | 126 | 100 |

Les patients àCD4initial inférieur à 350 étaient la plus représentative avec **72,2%** et les extrêmes allant de 1 à 2041 cellules/mm3 ont été enregistrés.

Tableau XVI : Répartition des patients selon l'appréciation de la qualité de l'accueil

| Quel accueil vous a été réservé lors de votre 1ère consultation? | FREQUENCE | % |
|--|------------|-------------|
| Bon | 117 | 92,9 |
| Mauvais | 9 | 7,1 |
| Total | 126 | 100 |

Plus de 90% des enquêtés ont trouvé bon l'accueil qui leur a été réservé lors de leur 1ère consultation.

Tableau XVII : Répartition des patients selon l'appréciationde la qualité de l'accueil lors du suivi

| C'est le même accueil lors du suivi ? | FREQUENCE | % |
|---------------------------------------|------------|-------------|
| Oui | 116 | 92,1 |
| Non | 10 | 7,9 |
| Total | 126 | 100 |

Plus de 90% des enquêtés ont trouvé bon l'accueil aussi lors de leur suivi.

C. DIFFICULTES RENCONTREES PAR LES PATIENTS

Tableau XVIII : Répartition des patients selon la qualité de la prestation du personnel

| Le personnel s'occupe-t-il bien de vous? | FREQUENCE | % |
|--|------------|-------------|
| Oui | 125 | 99,2 |
| Non | 1 | 0,8 |
| Total | 126 | 100 |

Tous nos patients enquêtés quasiment trouvent que le personnel s'occupe bien d'eux soit **99,2%**.

Tableau XIX : Répartition des patients selon l'effectivité du counseling prethérapeutique

| Y a-t-il eu de counseling pré thérapeutique? | FREQUENCE | % |
|--|------------|-------------|
| Oui | 124 | 98,4 |
| Non | 2 | 1,6 |
| Total | 126 | 100 |

Il y a **98,4%** de nos patients enquêtés qui ont reçu le counseling prethérapeutique.

Tableau XX : Répartition des patients selon l'effectivité de l'éducation prethérapeutique

| Avez-vous reçu une éducation thérapeutique? | FREQUENCE | % |
|---|------------|-------------|
| Oui | 122 | 96,8 |
| Non | 4 | 3,2 |
| Total | 126 | 100 |

Il y a **96,8%** de nos patients enquêtés qui ont reçu une éducation thérapeutique, avant le début du TAR.

Tableau XXI : Répartition des patients selon l'effectivité du bilan prethérapeutique

| Avez-vous reçu un bilan prethérapeutique ? | FREQUENCE | % |
|--|------------|-------------|
| Oui | 124 | 98,4 |
| Non | 2 | 1,6 |
| Total | 126 | 100 |

Tous nos patients enquêtés ont reçu quasiment le bilan prethérapeutique.

**EVALUATION DE LA QUALITE DE LA PRISE EN CHARGE DES PERSONNES VIVANT AVEC LE
VIH/sida AU CENTRE DE SANTE DE REFERENCE DE LA COMMUNE VI DU DISTRICT DE
BAMAKO**

Tableau XXII : Répartition des patients selon les cas d'effets secondaires des ARV

| L'information avait-elle été donnée sur les effets secondaires des médicaments ARV ? | FREQUENCE | % |
|--|------------|-------------|
| Oui | 119 | 94,4 |
| Non | 7 | 5,6 |
| Total | 126 | 100 |

La plupart de nos patients enquêtés ont reçu l'information sur les effets secondaires des ARV, avec **94,4%**.

Tableau XXIII : Répartition des patients selon l'effectivité de la confidentialité

| La confidentialité est-elle respectée ? | FREQUENCE | % |
|---|------------|-------------|
| Oui | 125 | 99,2 |
| Non | 1 | 0,8 |
| Total | 126 | 100 |

Quasiment tous nos patients enquêtés trouvent que la confidentialité est effective, soit **99,2%**.

Tableau XXIV : Répartition des patients selon l'effectivité des rendez-vous

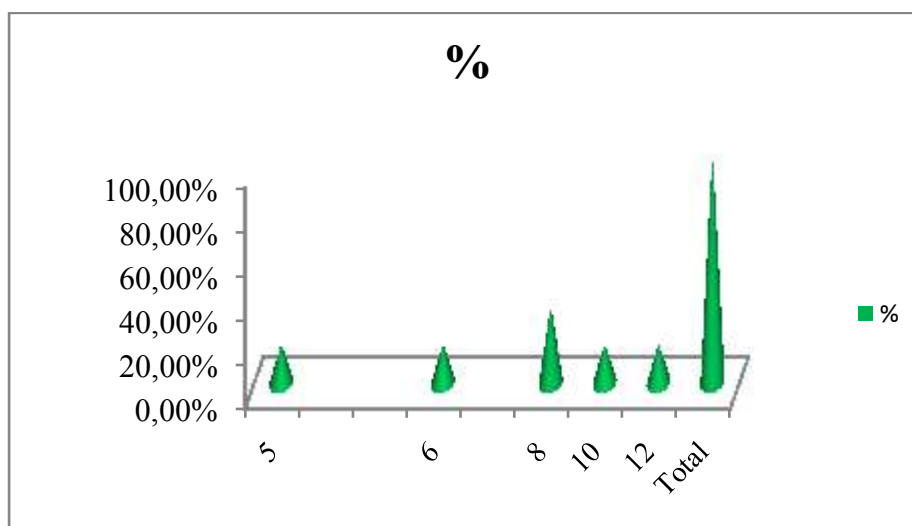
| Le personnel médical vous donne rendez-vous après chaque consultation ? | FREQUENCE | % |
|---|------------|-------------|
| Oui | 125 | 99,2 |
| Non | 1 | 0,8 |
| Total | 126 | 100 |

Il y a **99,2%** de nos patients enquêtés ont reçu régulièrement les rendez-vous du personnel médical.

D. DIFFICULTES RENCONTREES PAR LE PERSONNEL

Identification : Age / Profil

Figure V : Répartition du personnel selon la durée l'expérience de travail



La quasi-totalité du personnel avait plus de 6ans d'expérience de travail.

Tableau XXV : répartition du personnel selon le profil

| Profils | FREQUENCE | % |
|----------------------------|-----------|-------------|
| Médecin | 1 | 16,7 |
| Pharmacien | 1 | 16,7 |
| Infirmier | 1 | 16,7 |
| Autres (à préciser) | 3 | 50,0 |
| Total | 6 | 100 |

NB : les autres sont constitués de deux (2) assistantes psycho-sociales et une socio-anthropologue.

Tableau XXVI : la qualité du Plateau technique selon le personnel

| Plateau technique est-il à la hauteur ? | FREQUENCE | % |
|---|-----------|-------------|
| Non | 4 | 66,7 |
| Oui | 2 | 33,3 |
| Total | 6 | 100 |

Plus de lamajorité dupersonnel ne trouvent pasleplateau technique à la hauteur, soit **66,7%**.

**EVALUATION DE LA QUALITE DE LA PRISE EN CHARGE DES PERSONNES VIVANT AVEC LE
VIH/sIDA AU CENTRE DE SANTE DE REFERENCE DE LA COMMUNE VI DU DISTRICT DE
BAMAKO**

Tableau XXVII: les cas de rupture des médicaments ARV selon le personnel

| Rupture des médicaments ARV | FREQUENCE | % |
|-----------------------------|-----------|-------------|
| Oui | 5 | 83,3 |
| Non | 1 | 16,7 |
| Total | 6 | 100 |

Plus de **80,0%** du personnel a affirmé des cas de rupture des médicaments ARV.

Tableau XXVIII : Pénurie des médicaments des maladies opportunistes selon le personnel

| Pénurie des médicaments contre les I.O | FREQUENCE | % |
|--|-----------|-------------|
| Oui | 4 | 66,7 |
| Non | 2 | 33,3 |
| Total | 6 | 100 |

Plus de **60,0%** des personnels ont affirmé des cas de pénurie des médicaments des maladies opportunistes.

Tableau XXIX : La disponibilité des examens complémentaires selon le personnel

| La disponibilité des examens complémentaires est-elle effective ? | FREQUENCE | % |
|---|-----------|-------------|
| Oui | 5 | 83,3 |
| Non | 1 | 16,7 |
| Total | 6 | 100 |

Plus de **80,0%** du personnel trouve effective la disponibilité des examens complémentaires.

Tableau XXX : Le respect des rendez-vous et les groupes de parole selon le personnel

| Les patients respectent-ils les rendez-vous et les groupes de parole ? | FREQUENCE | % |
|--|-----------|-------------|
| Non | 5 | 83,3 |
| Non | 1 | 16,7 |
| Total | 6 | 100 |

Les patients ne respectent pas les rendez-vous et les groupes de paroles selon **83,3%** du personnel

EVALUATION DE LA QUALITE DE LA PRISE EN CHARGE DES PERSONNES VIVANT AVEC LE
VIH/sida AU CENTRE DE SANTE DE REFERENCE DE LA COMMUNE VI DU DISTRICT DE
BAMAKO

Tableau XXXI: L'adhésion aux traitements ARV selonle personnel

| Les patients sont-ils adhérents aux traitements | FREQUENCE | % |
|---|-----------|-------------|
| Oui | 5 | 83,3 |
| Non | 1 | 16,7 |
| Total | 6 | 100 |

Les patients sont adhérents aux traitements à plus de **80% selon le personnel.**

Tableau XXXII : Les patients sont-ils agressifs ?Selonle personnel

| Les patients sont-ils agressifs ? | FREQUENCE | % |
|-----------------------------------|-----------|-------------|
| Oui | 4 | 66,7 |
| Non | 2 | 33,3 |
| Total | 6 | 100 |

Plus de **60,0%** du personnel trouve agressifs les patients.

E. ERREURS DE PRESCRIPTION

Tableau XXXIII : Répartition des patients selon la prescription adaptée au type de VIH

| La prescription est-elle adaptée au type de VIH ? | FREQUENCE | % |
|---|------------|-------------|
| Oui | 121 | 96,0 |
| Non | 5 | 4,0 |
| Total | 126 | 100 |

Chez nos patients enquêtés **96,0%** ont reçu une prescription adaptée au type de VIH.

Tableau XXXIV : Répartition des patients selon l'absence de contre-indication

| Absence de contre-indication clinique ou biologique | FREQUENCE | % |
|---|------------|-------------|
| Oui | 116 | 92,0 |
| Non | 10 | 8,0 |
| Total | 126 | 100 |

On a noté une absence de contre-indication clinique ou biologique chez **92,0%** del'effectif.

Tableau XXXV: Répartition des patients selon la présence d'interactions médicamenteuses

| Présence d'interactions médicamenteuses? | FREQUENCE | % |
|--|------------|-------------|
| Non | 84 | 66,7 |
| Non | 42 | 33,3 |
| Total | 126 | 100 |

Chez **66,7%** de nos patients enquêtés, pas d'interactions médicamenteuses.

Tableau XXXVI : Répartition des patients selon la posologie des ARV

| Posologie des ARV ? | FREQUENCE | % |
|---|------------|-------------|
| Schémas de 1^{ère} ligne | 119 | 94,4 |
| Schémas de 2^{ème} ligne | 7 | 5,6 |
| Total | 126 | 100 |

Lesschémas de TARV les plus utilisés chez nos patients enquêtés sont les schémas de la 1^{ère} ligne avec **94,4%**.

COMMENTAIRES ET DISCUSSIONS

VI. COMMENTAIRES ET DISCUSSIONS :

Notre étude s'est déroulée au CSRéf de la commune VI du district de Bamako du **01 Novembre 2016** au **31 Janvier 2017**. Elle avait pour objectif principal, l'évaluation de la qualité de la prise en charge des PVVIH. Nous avons mené une enquête portant sur :

✓ CARACTERISTIQUES SOCIODEMOGRAPHIQUES

Les Bambaras et les Peulhs étaient les plus représentés avec respectivement **34,1%** et **28,6 %** de l'échantillon. Plus de la moitié de l'effectif était constitué par les mariés soit **76,2%**, et les scolarisés (niveau secondaire) étaient les plus représentés de l'effectif avec **35,7%**.

Plusieurs facteurs peuvent contribuer à cet état de fait à savoir l'ignorance, l'oppression socioculturelle et le caractère féminin de la pandémie. Barry D[17].rapportait **46,5%** d'analphabètes dans son étude.

Les commerçants et les ménagères qui s'inscrivaient dans les groupes à risque [12] sont en effet les plus affectés contrairement à Barry D. Ce résultat est superposable à celui de TOURE SK[23] qui trouvait une prédominance des ménagères à **29,31%**.

Dans notre série, la tranche d'âge la plus affectée a été celle de (35-44ans) avec des extrêmes allant de 15 à 60 ans. L'âge moyen était de 37 ans. Cette prédominance des adultes jeunes semble en rapport avec leur vie sexuelle active. Le résultat est superposable à ceux qui ont été rapportés par Barry D au Mali, Catherine en RCI et Ouédraogo au Burkina qui ont respectivement trouvé **35 ; 37 et 37,5ans** d'âge moyen. [24 ; 25 ; 26]

Le sexe féminin représentait **78,6%** avec un sexe ratio de 3,5. Cette prédominance féminine peut s'expliquer :

-D'une part, physiquement plus exposées, les femmes sont souvent économiquement, socialement, émotionnellement ou culturellement dans l'impossibilité d'exiger la protection de leurs rapports sexuels

-D'autre part, les femmes sont plus nombreuses dans notre société que les hommes.

Ce résultat est comparable à ceux de Gore et Barry D[17], qui ont respectivement rapportés un sexe ratio de 1,8 et 1,9 en faveur du sexe féminin.

EVALUATION DE LA QUALITE DE LA PRISE EN CHARGE DES PERSONNES VIVANT AVEC LE VIH/sida AU CENTRE DE SANTE DE REFERENCE DE LA COMMUNE VI DU DISTRICT DE BAMAKO

✓ DONNEES CLINIQUES :

L'analyse a porté sur les aspects qualitatifs et quantitatifs. Avec la vulgarisation des sites de prise en charge, le CSRéf, les CSCom, les associations des PVVIH doivent jouer leur partition dans la gestion des pathologies chroniques en intégrant dans leurs activités une approche communautaire plus active.

Dans notre étude 83,3% de l'effectif ont été dépistés positifs dans notre structure contre seulement 17,7% dans d'autres sites. Ce résultat peut s'expliquer d'une part par le 1^{er} rôle de CSRéf que joue notre structure avec un accès facile et d'autre part une sous information de la communauté à l'usage de notre pyramide sanitaire.

La prévalence par type de VIH a montré une fréquence de **95,2%** pour le VIH1 contre 4,8% pour le VIH2. Par contre selon les études de Kanouté F[27]. L'infection au VIH était due au VIH1 dans 68,5% ; VIH2 dans 21% et l'association (VIH1 et VIH2) dans 11% des cas et de Dembélé O. a trouvé 95% pour le VIH1 ; 3% pour le VIH2 et 2% pour la double séropositivité (VIH1+VIH2).

Plus de la moitié de l'effectif avait un taux initial de CD4 inférieur à 350cellules soit 72,2%, et 56,3% des enquêtés avaient une connaissance préalable sur le VIH. Ce constat a été signalé très satisfaisant vu l'implication de tous les acteurs dans la prise en charge depuis le counseling prétest jusqu'à la mise sous traitement ARV. Les études menées par Takougang G en 2003[28] et Kaba M en 2006 [29] au centre hospitalier universitaire du point G rapportaient que la majorité des patients admis avaient un taux de CD4 inférieur à 200.

Tous nos patients enquêtés étaient sous ARV et 94,4% avaient reçu de l'information sur les effets secondaires des ARV. Et la prescription est adaptée chez 96% avec une Absence de contre-indication clinique et/ou biologique chez **92,0%**.

✓ Difficultés et Atouts :

D'une manière générale, 92,9% de l'effectif ont qualifié l'accueil de bon, et 1% pense qu'il n'existe pas de confidentialité dans le service.

La non dispensation des médicaments contre les infections opportunistes a été signalée dont la cause principale identifiée est le manque de ces produits. Ces médicaments sont fournis par la pharmacie populaire du Mali.

EVALUATION DE LA QUALITE DE LA PRISE EN CHARGE DES PERSONNES VIVANT AVEC LE VIH/sida AU CENTRE DE SANTE DE REFERENCE DE LA COMMUNE VI DU DISTRICT DE BAMAKO

Tous les patients dépistés adhèrent à 100% au traitement sous ARV et par contre quelques cas de rupture ont été signalés par 80% des personnels enquêtés et 60% ne trouvent pas le plateau technique à la hauteur. Une autre inquiétude est la faible participation des patients aux groupes de parole, 80% des personnels l'approuvent. Dembélé O [32] a trouvé la même inquiétude lors de son étude avec 68%.

96,8% de l'effectif ont bénéficié d'une éducation thérapeutique.

CONCLUSION ETRECOMMANDATIONS

VII. CONCLUSION

Au terme de cette étude, nous avons abouti aux conclusions suivantes:

-la perception des malades par rapport au VIH /SIDA était la non estime de soi, et la perception par rapport à l'accueil est bonne chez quasiment tous les malades

-les patients en majorité avaient une bonne opinion sur la qualité de la prise en charge thérapeutique et à l'éducation thérapeutique. Les difficultés inhérentes à la prise en charge étaient le manque des médicaments contre les infections opportunistes et les effets secondaires liés à la prise des ARV ; notamment dans les cas d'erreurs de prescriptions.

-la non-participation aux groupes de paroles, la pénurie des médicaments des maladies opportunistes et une insuffisance du plateau techniques ont été signalées chez la majorité du personnel. Une bonne formation du personnel socio sanitaire est indispensable afin d'améliorer la qualité de la prise en charge.

A noter que le taux d'adhésion au traitement était près de 90%.

VIII. RECOMMANDATIONS

La prise en charge des PVVIH doit être globale, intégrant des aspects thérapeutiques, psychologiques, préventifs et sociaux.

Au terme de cette étude certaines recommandations sont proposées et s'adressent :

❖ Au Ministère de la santé

Renforcer les capacités des réseaux mobilisant l'ensemble des acteurs concernés, y compris les associations de malades et les usagers du système de santé

❖ Au CSRéf :

- Adapter l'offre de soins au contexte des pathologies chroniques
- Motiver et promouvoir la formation du personnel de santé en prise en charge de PVVIH
- Doter l'unité d'une salle de premiers soins pour les cas graves
- Renforcer les capacités de la cellule psychosociale

❖ A la Population :

Le VIH sida est aussi proche de moi que de toi, alors ensemble occupons tout l'espace pour l'éloigner hors de nos terres fertiles :

- participer activement aux questions de VIH /SIDA
- soutenir les actions entreprises par tous les réseaux de prise en charge

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

IX. REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. **OMS VIH/SIDA**, www.who.int/tropics/hiv_aids/fr/ consulter le 01/08/20016, 15 :20'
2. **ONU SIDA** : Rapport mondial 2012-2013 Lancet 2013;148:31-13
3. **Rapport du HCNLS et Ministère de la santé**, MALI ;Ed. 2012-2013
4. **Politique et protocoles de prise en charge antirétrovirale du VIH et du SIDA**, MALI ; Novembre 2013 ; P : 08-12
5. **Enquête Démographique et de Santé (EDSM V)** ; Mali, Ed. de 2012-2013 ; P :14-18
6. **Spallanzani L, 8- 2e Division des maladies infectieuses, Institut national des maladies infectieuses** ViaPortuense 292, 00149 Rome, Italiec.drapeau @ yahoo.it : Infections du site opératoire en matière de VIH chez les patients infectés: résultats d'une étude prospective multicentrique italienne observation.
7. **Christine Jacomet, Pierre Marie Girard.** : Prise en charge des urgences VIH. édit 2001; Douin; Paris; chap. 24P:245-251.
8. **Odimba BF Koshe.** The knowledge about nosocomial HIV infection and the improvement of the management of infected patients at the UTH operating rooms. Report of the research proposal carried out in 2005 with the sponsor of the Zambia-US Partnership, UNZA School of Medicine Med 2005;101:133-18
9. **OMS** : directives conjointes OIT/OMS sur les services de santé et le VIH/SIDA, Genève 2005
10. **Ennigrou S, Ben Ameer Khechine I, Cherif A, Najah N, Ben Hamida A.** Analyse des connaissances, attitudes et pratiques du personnel soignant face aux accidents d'exposition au sang en chirurgie générale. Tunisie Med 2004 ; 10:101-04
11. **FOMBA S:** Qualité de la surveillance prénatale et de l'accouchement au centre de santé Miproma de Magnambougou Bamako en commune VI du district de Bamako d'avril à juillet 2002. Thèse Méd, Bamako Mali 2003 N 64
12. **Ministère de la santé du Mali** : Résultats préliminaires enquête Démographique et de Santé, 2006
13. **Haut Conseil national de lutte contre le sida** : Normes et procédures de conseil et dépistage volontaire du VIH au Mali, Janvier 2006
14. **Jacqueline Brun:** Qualité des soins. Paris; collection H, 1996 P156

EVALUATION DE LA QUALITE DE LA PRISE EN CHARGE DES PERSONNES VIVANT AVEC LE VIH/SIDA AU CENTRE DE SANTE DE REFERENCE DE LA COMMUNE VI DU DISTRICT DE BAMAKO

15. **Kamissoko M:** Qualité de la surveillance prénatale au centre de santé communautaire de Kalabancoro zone périurbaine de Bamako, these Med, Bamako Mali, 2003 N87
16. **Traoré C :** evaluation de la qualité de l'anesthésie à l'hôpital Gabriel Touré F These Med, Bamako Mali 2006 N98
17. **BARRY D:** Qualité de la prise en charge des personnes vivantes avec le VIH à l'hôpital de Sikasso.
18. **Barré Sinoussi F.** HIV as the cause of AIDS Lancet 2006;348:31-5
19. **Gao F, Bailes E, Robertson DL et al. :** Origine of HIV1 in the chimpanzee pan troglodytes Nature 1999;397:436 -40.
20. **Donabedian A :** the criteria and standards of quality, in Explorations in quality assessment and monitoring, vol II. Health Administration Press Ann. , Michigan , 1982, chap.8
21. **OMS; ONUSIDA:** Guide du conseil et du dépistage du VIH à l'initiative du soignant dans les établissements de Santé Mai 2007, Suisse
22. **Alexandra G :** évaluation médicale des soins hospitaliers. Paris : Ed. economica 1992, p213
23. **Touré. S.K:** A propos de la prise en charge des personnes vivant avec le VIH: cas de l'Initiative Malienne d'Accès aux anti-rétroviraux (IMAARV). thèse, Pharmacie, Bamako, 2002 , n°51
24. **Saliou M.:** Suivi clinique et biologique des patients sous ARV à l'hôpital du Point G Thèse Med, Bamako 2004 n°27
25. **Catherine S, Anglare X, Dougouri-Dogbo N, Salomon R:** Etude de la morbidité des adultes infectés par le VIH recevant un traitement ARV dans la cohorte 1203 ANRS Abidjan, RCI in CISMA, Burkina Faso. December 10th-13th, 2001, Abstract WDT3-1
26. **Ouedraogo M, Bambara M, Zoud AZ, Ouedraogo SM, Birba E et Al :** Intérêts et contraintes des traitements ARV dans un pays en voie de développement Med Trop 2001, 48 : 321-324
27. **Kanouté F:** Aspects cliniques du VIH à Bamako, These médecine, Bamako, 1991, N°11

EVALUATION DE LA QUALITE DE LA PRISE EN CHARGE DES PERSONNES VIVANT AVEC LE VIH/sida AU CENTRE DE SANTE DE REFERENCE DE LA COMMUNE VI DU DISTRICT DE BAMAKO

- 28. Takougang G:** Les manifestations psychiatriques chez les PVVIH dans les services de médecine interne et maladies infectieuses au CHU du Point G Thèse médecine 2003, N°11
- 29. Kaba M :** Prévention des infections opportunistes au cours du Sida dans le service des maladies infectieuses au CHU du Point G de 2004-2006, Thèse médecine Bamako, 2006; N°179
- 30. O'Donovan D. Aryoshik, Milligan p. et col.** Maternal plasma viral RNA levels determine market differences in mother-to-child transmission rates of HIV-1 and HIV-2 in the Gambia AIDS 2000
- 31. IMAAR** (Initiative Malienne d'Accès aux Anti-Rétroviraux).
Plan d'action, Atelier, Bamako, Janvier 2001.
- 32. Dembélé O.:** la qualité de la prise en charge des PVVIH à l'usage du centre de santé de la commune V du district de Bamako, Thèse médecine, Bamako 2011, N°229

ANNEXES

ANNEXES

FICHE D'ENQUETE N° 1 (patient) :

Numéro d'identification _____ \

- **Q1) Sexe :** /_ / 1- Féminin 2- Masculin
- **Q2) Age :** /_ / 1-(15 à 24ans) 2-(25à 34ans) 3-(35à44ans) 4-(45à54ans)
5-(55ans et plus)
- **Q3) Ethnie :** /_ / 1-Bambara 2-Peulh 3- Senoufo 4-Dogon 5-Malinké
6- Miakan 7-Bobo 8-Sonrai 9-Autre
- **Q4) Situation matrimoniale :** /_ / 1- Marié(e) 2-Divorcé (e) 3-Célibataire
4-Veuf (Ve) 5-Concubinage 6- Indéterminée
- **Q5) Résidence :** /_ / 1-Commune VI 2-Autres
- **Q6) Niveau d'instruction :** /_ / 1-primaire 2-secondaire 3- supérieur
4-médorsa 5-non Scolarisé (e)
- **Q7) Nationalité:/_ /** 1- Malienne 2- Autre 3-si autre à préciser.....
- **Q8) Profession: /_ /** 1-Ménagère 2-Commerçant3-Cultivateur 4-
Fonctionnaire 5-Manceuvre 6-informel 7- Autres8-Si autre à
préciser.....
- **Q9) Avez-vous été dépisté dans cette unité ? /_ /** 1=oui 2=non
- **Q10) Type de VIH: /_ /** 1- VIH1 2- VIH2 3- VIH1 et VIH2
- **Q11) Aviez-vous une connaissance préalable sur le VIH /SIDA : /_ /** 1=oui
2=non
- **Q12) CD4 initial: /_ /**

EVALUATION DE LA QUALITE DE LA PRISE EN CHARGE DES PERSONNES VIVANT AVEC LE VIH/sida AU CENTRE DE SANTE DE REFERENCE DE LA COMMUNE VI DU DISTRICT DE BAMAKO

- Q13) Quel accueil vous a été réservé lors de votre 1ère consultation? /_/
 1=bon 2=mauvais
- Q14) C'est le même accueil lors du suivi: /_/ 1=oui 2=non
- Q15) Le personnel s'occupe-t-il bien de vous? /_/ 1=oui 2=non
- Q16) Y a-t-il eu de counseling pré thérapeutique? /_/ 1=oui 2= non
- Q17) Avez-vous reçu une éducation thérapeutique ? /_/1=oui 2= non
- Q18) Avez-vous reçu un bilan prethérapeutique ? /_/ 1-oui 2- non
- Q19) L'information avait-elle été donnée sur les effets secondaires des médicaments ARV ? /___/ 1= Oui 2= Non
- Q20) La confidentialité est-elle respectée ? /_/ 1= Oui 2= Non
- Q21) Le personnel médical vous donne rendez-vous après chaque consultation ? /___/ 1= Oui 2= Non
- Q22) la prescription est-elle adaptée au type de VIH ? /_/ 1= Oui 2= Non
- Q23) absence de contre-indication clinique ou biologique ? /_/ 1= Oui 2= Non
- Q24) présence d'interactions médicamenteuses/ / 1= Oui 2= Non
- Q25) posologie des ARV ?

EVALUATION DE LA QUALITE DE LA PRISE EN CHARGE DES PERSONNES VIVANT AVEC LE
VIH/sida AU CENTRE DE SANTE DE REFERENCE DE LA COMMUNE VI DU DISTRICT DE
BAMAKO

FICHE D'ENQUETE N° 2 (personnel) :

Numéro d'identification : \ _____ \

- I. Nombre d'année d'expérience de travail / _____ / (en année)
- II. Profil ?/ _____ /
Médecin [1] Pharmacien [3]
Infirmier [2] Autres (à préciser) [4].....
- III. plateau technique est-il à la hauteur ? / _____ /
1= Oui 2= Non
- IV. Y-a-t-il de rupture des médicaments ARV ? / _____ /
1-oui 2- non
- V. Y-a-t-il pénurie des médicaments des maladies opportunistes ? / _____ / 1-Oui
2-Non
- VI. La disponibilité des examens complémentaires est effective ? / _____ /
1= Oui 2= Non
- VII. Les patients respectent-ils les rendez-vous et les groupes de parole ? / _____ /
1= Oui 2= Non
- VIII. Les patients sont-ils adhérents aux traitements ?/ _____ / 1= Oui 2= Non
- IX. Les patients sont-ils agressifs ? / _____ /1= Oui 2= Non

EVALUATION DE LA QUALITE DE LA PRISE EN CHARGE DES PERSONNES VIVANT AVEC LE
VIH/SIDA AU CENTRE DE SANTE DE REFERENCE DE LA COMMUNE VI DU DISTRICT DE
BAMAKO

FICHESIGNALITIQUE

Nom : KONAKE

Prénom : Amadou B

Titre de la Thèse : Evaluation de la Qualité de la prise en charge des personnes vivant avec le VIH/SIDA au centre de santé de référence de la commune VI du district de Bamako.

Année Universitaire : 2016-2017.

Ville de soutenance : Bamako

Pays d'origine : Mali

Téléphone : 76757560/61105807

Lieu de dépôt : Bibliothèque de la Faculté de Médecine de Pharmacie et d'Odontostomatologie de Bamako.

Secteur d'intérêt: santé publique, Infectiologie.

Nous avons mené une étude de type transversal à visée qualitative à l'USAC du centre de santé de référence de la commune VI de Bamako du 01 novembre 2016 au 31 janvier 2017 dont le but principal était de contribuer à l'amélioration de la qualité de la prise en charge des personnes vivant avec le VIH/SIDA. Au terme de cette étude portant sur 126 patients séropositifs nous pouvons affirmer que les PV-VIH étaient bien accueillis. Il s'agissait d'une population d'adultes jeunes avec une moyenne d'âge de 37 ans et un sexratio de 1.6 en faveur du sexe féminin. Dans notre série plus de **80%** de nos patients ont été dépistés positifs au VIH à l'USAC CVI et plus de **70%** des patients avaient un taux initial de CD4 inférieur à 350 avec une prévalence du VIH1.

La rupture des médicaments contre les infections opportunistes, l'insuffisance du plateau technique et le non-respect des groupes de parole étaient les difficultés majeures identifiées.

Mots clés : VIH/ SIDA, Séropositivité, Qualité

Le texte du Serment

Je jure au nom de Dieu le très haut :

- De préserver la conscience de dieu dans l'exercice de ma profession*
- De protéger la vie humaine dans ses états et dans toutes les circonstances en faisant tout mon possible pour la sauver de la mort de l'affliction et de l'anxiété*
- De préserver la dignité des gens de protéger leur vie privée et de ne pas divulguer leurs secrets ;*
- D'être toujours un instrument et l'expression de la Miséricorde divine étendant mon soutien médical au proche et à l'éloigné, aux vertueux comme au pécheur, à l'ami et à l'ennemi ;*
- De m'engager à acquérir des connaissances médicales et autres et à les exploiter pour le bien de l'humanité et jamais pour semer le désordre sur terre;*
- De respecter mon maître, d'enseigner au plus jeune et d'être le frère des membres de la profession médicale unis dans la piété et dans la charité*
- De vivre ma foi en privé et en public en évitant tout ce qui peut ternir ma personne « aux yeux d'Allah l'exalter», de son Messager « Paix et Salut sur Lui» et aux fidèles*
- Que Dieu soit témoin*