



**FACULTÉ DE MÉDECINE, DE PHARMACIE ET
D'ODONTO - STOMATOLOGIE**

ANNEE UNIVERSITAIRE : 2006-2007

N°...../

Thèse

**ITINERAIRES THERAPEUTIQUES DES
PATIENTS ATTEINTS DE VIH/SIDA ADMIS AU
SERVICE DES MALADIES INFECTIEUSES DU
CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE DU
POINT « G »**

Présentée et soutenue publiquement le/...../2007
devant la Faculté de Médecine, de Pharmacie et
d'Odonto-Stomatologie

Par Mr : Zoumana KOTY

**Pour obtenir le Grade de Docteur en Médecine
(DIPLOME D'ETAT)**

Jury

Président : Pr. Bakoroba COULIBALY

Membre : Dr. Samba DIOP

Co-directeur Mr. Seidou DIARRA

Directeur: Dr. Sounkalo DAO

ADMINISTRATION

DOYEN : ANATOLE TOUNKARA – PROFESSEUR

1^{er} ASSESSEUR : DRISSA DIALLO – MAITRE DE CONFERENCES

2^{ème} ASSESSEUR : SEKOU SIDIBE – MAITRE DE CONFERENCES AGREGE

SECRETAIRE PRINCIPAL: YENIMEGUE ALBERT DEMBELE – MAITRE DE CONFERENCES AGREGE

AGENT COMPTABLE: Mme COULIBALY FATOUMATA TALL- CONTROLEUR DES FINANCES

LES PROFESSEURS HONORAIRES

M. Alou BA	: Ophtalmologie
M. Bocar SALL	: Orthopédie Traumatologie Secourisme
M. Souleymane SANGARE	: pneumo-phtisiologie
M. Yaya FOFANA	: Hématologie
M. Mamadou L. TRAORE	: Chirurgie générale
M. Balla COULIBALY	: Pédiatrie
M. Mamadou DEMBELE	: Chirurgie Générale
M. Mamadou KOUMARE	: Pharmacognosie
M. Ali Nouhoum DIALLO	: Médecine Interne
M. Aly GUINDO	: Gastro-Entérologie
M. Mamadou M. KEITA	: Pédiatrie
M. Siné BAYO	: Anatomie-Pathologie-Histologie
M. Sidi Yaya SIMAGA	: Santé Publique, Chef de D.E.R.
M. Abdoulaye Ag RHALY	: Médecine Interne

LISTE DU PERSONNEL ENSEIGNANT PAR D.E.R. ET PAR GRADE

D.E.R. CHIRURGIE ET SPECIALITES CHIRURGICALES

1. PROFESSEURS

M. Abdel Karim KOUMARE	: Chirurgie Générale
M. Sambou SOUMARE	: Chirurgie Générale
M. Abdou Alassane TOURE	: Orthopédie Traumatologie, Chef de D.E.R
M. Kalilou OUATTARA	: Urologie
M. Amadou DOLO	: Gynéco-obstétrique
M. Alhoussemi Ag MOHAMED	: O.R.L.
Mme Sy Assitan SOW	: Gynéco-obstétrique
Mr Salif DIAKITE	: Gynéco-obstétrique
Mr Abdoulaye DIALLO	: Anesthésie-Réanimation

2. MAITRES DE CONFERENCES

M. Abdoulaye DIALLO	: Ophtalmologie
M. Djibril SANGARE	: Chirurgie Générale
M. Abdel Kader TRAORE dit DIOP	: Chirurgie Générale
M. Gangaly DIALLO	: Chirurgie Viscérale
M. Mamadou TRAORE	: Gynéco-obstétrique
M. Filifing SISSOKO	: Chirurgie Générale

M. Sékou SIDIBE	: Orthopédie –Traumatologie
M. Abdoulaye DIALLO	: Anesthésie –Réanimation
M. Tiéman COULIBALY	: Orthopédie – Traumatologie
Mme TRAORE J. THOMAS	: Ophtalmologie
M. Mamadou L. DIOMBANA	: Stomatologie
Mme DIALLO Fatimata S. DIABATE	: Gynéco-obstétrique
M. Nouhoum ONGOIBA	: Anatomie et chirurgie Générale
M. Sadio YENA	: Chirurgie Générale et Thoracique
M. Youssouf COULIBALY	: Anesthésie –Réanimation

3. MAITRES ASSISTANTS

M. Issa DIARRA	: Gynéco- Obstetrique
M. Samba Karim TIMBO	: O.R.L.
Mme TOGOLA Fanta KONIPO	: O.R.L.
M. Zimogo Zié SANOGO	: Chirurgie Générale
Mme Diénéba DOUMBIA	: Anesthésie –réanimation
M. Zanafon OUATTARA	: Urologie
M. Adama SANGARE	: Orthopédie –Traumatologie
M. Sanoussi BAMANI	: Ophtalmologie
M. Doulaye SACKO	: Ophtalmologie
M. Ibrahim ALWATA	: Orthopédie –Traumatologie
M. Lamine TRAORE	: Ophtalmologie
M. Mady MACALOU	: Orthopédie –Traumatologie
M. Aly TEMBELY	: Urologie
M. Niani MOUNKORO	: Gynéco- Obstétrique
M. Tiemoko D. COULIBALY	: Odontologie
M. Souleymane TOGORA	: Odontologie
M. Mohamed KEITA	: Oto- Rhino- Laryngologie
M. Bouraima MAIGA	: Gynéco- Obstétrique

D.E.R. DE SCIENCES FONDAMENTALES

1. PROFESSEURS

M. Daouda DIALLO	: Chimie Générale et Minérale
M. Amadou DIALLO	: Biologie
M. Moussa HARAMA	: Chimie Organique
M. Ogobara DOUMBO	: Parasitologie –Mycologie
M. Yénimégué Albert DEMBELE	: Chimie Organique
M. Anatole TOUNKARA	: Immunologie, Chef de D.E.R.
M. Bakary M. CISSE	: Biologie
M. Abdourahmane S. MAIGA	: Parasitologie
M. Adama DIARRA	: Physiologie
M. Massa SANOGO	: Chimie Analytique
M. Mamadou KONE	: Physiologie

2. MAITRES DE CONFERENCES

M. Amadou TOURE	: Histo- embryologie
M. Flabou BOUGOUDOGO	: Bactériologie- Virologie
M. Amagana DOLO	: Parasitologie
M. Mahamadou CISSE	: Biologie
M. Sékou F. M. TRAORE	: Entomologie médicale
M. Abdoulaye DABO	: Malacologie, Biologie Animale
M. Ibrahim I. MAIGA	: Bactériologie-Virologie

3. MAITRES ASSISTANTS

M. Moussa Issa DIARRA	: Biophysique
M. Kaourou DOUCOURE	: Biologie
M. Bouréma KOURIBA	: Immunologie
M. Souleymane DIALLO	: Bactériologie-Virologie
M. Cheik Bougadari TRAORE	: Anatomie-Pathologie
M. Lassana DOUMBIA	: Chimie Organique
M. Mounirou BABY	: Hématologie
M. Mahamadou A. THERA	: Parasitologie

4. ASSISTANTS

M. Mangara M. BAGAYOKO	: Entomologie Moléculaire Médicale
M. Guimogo DOLO	: Entomologie Moléculaire Médicale
M. Abdoulaye TOURE	: Entomologie Moléculaire Médicale
M. Djibril SANGARE	: Entomologie Moléculaire Médicale
M. Mouctar DIALLO	: Biologie-Parasitologie
M. Bokary Y. SACKO	: Biochimie
M. Boubacar TRAORE	: Immunologie
M. Mamadou BAH	: Biologie, Parasitologie, Entomologie Médicale
M. Moussa FANE	: Parasitologie, Entomologie

D.E.R. DE MEDECINE ET SPECIALITES MEDICALES

1. PROFESSEURS

M. Mamadou K. TOURE	: Cardiologie
M. Mahamane MAIGA	: Néphrologie
M. Baba KOUMARE	: Psychiatrie, Chef de D.E.R.
M. Moussa TRAORE	: Neurologie
M. Issa TRAORE	: Radiologie
M. Hamar A. TRAORE	: Médecine Interne
M. Dapa Aly DIALLO	: Hématologie
M. Moussa Y. MAIGA	: Gastro-Entérologie Hépatologie
M. Somita KEITA	: Dermato-Leprologie

2. MAITRES DE CONFERENCES

M. Toumani SIDIBE	: Pédiatrie
M. Bah KEITA	: Pneumo-Phtisiologie
M. Boubakar DIALLO	: Cardiologie
M. Abdel Kader TRAORE	: Médecine Interne
M. Siaka SIDIBE	: Radiologie
M. Mamadou DEMBELE	: Médecine Interne
Mme SIDIBE Assa TRAORE	: Endocrinologie
M. Mamady KANE	: Radiologie
M. Saharé FONGORO	: Néphrologie
M. Bakoroba COULIBALY	: Psychiatrie
M. Bou DIAKITE	: Psychiatrie
M. Bougouzié SANOGO	: Gastro-Entérologie

3. MAITRES ASSISTANTS

Mme TRAORE Mariam SYLLA	: Pédiatrie
M. Adama D. KEITA	: Radiologie
Mme Habibatou DIAWARA	: Dermatologie
M. Daouda K. MINTA	: Maladies Infectieuses
M. Kassoum SANOGO	: Cardiologie
M. Seydou DIAKITE	: Cardiologie
M. Arouna TOGORA	: Psychiatrie
Mme DIARRA Assétou SOUCKO	: Médecine Interne
M. Boubacar TOGO	: Pédiatrie
M. Mahamadou TOURE	: Radiologie
M. Idrissa CISSE	: Dermatologie
M. Mamadou B. DIARRA	: Cardiologie
M. Anselme KONATE	: Hépto-Gastro-Entérologie
M. Moussa T. DIARRA	: Hépto-Gastro-Entérologie
M. Souleymane DIALLO	: Pneumologie
M. Souleymane COULIBALY	: Psychologie
M. Soungalo DAO	: Maladies Infectieuses
M. Cheïck Oumar GUINTO	: Neurologie

D.E.R. DES SCIENCES PHARMACEUTIQUES

1. PROFESSEURS

M. Boubacar Sidiki CISSE	: Toxicologie
M. Gaoussou KANOUTE	: Chimie Analytique, Chef de D.E.R.

2. MAITRES DE CONFERENCES

M. Ousmane DOUMBIA	: Pharmacie Chimique
M. Drissa DIALLO	: Matière Médicales
M. Boulkassoum HAIDARA	: Législation
M. Elimane MARIKO	: Pharmacologie
M. Alou KEITA	: Galénique

M. Bénéoit KOUMARE : Chimie Analytique

3. MAITRES ASSISTANTS

M. Ababacar MAIGA : Toxicologie
M. Yaya KANE : Galénique
Mme Rokia SANOGO : Pharmacognosie

4. ASSISTANTS

M. Saïbou MAIGA : Législation
M. Ousmane KOITA : Parasitologie Moléculaire

D.E.R. DE SANTE PUBLIQUE

1. PROFESSEUR

M. Sanoussi KONATE : Santé Publique

2. MAITRES DE CONFERENCES

M. Moussa A. MAIGA : Santé Publique

3. MAITRES ASSISTANTS

M. Bocar G. TOURE : Santé Publique
M. Adama DIAWARA : Santé Publique
M. Hamadoun SANGHO : Santé Publique
M. Massambou SACKO : Santé Publique
M. Alassane A. DICKO : Santé Publique
M. Mamadou Sounkalo TRAORE : Santé Publique

4. ASSISTANTS

M. Samba DIOP : Anthropologie Médicale
M. Seydou DOUMBIA : Epidémiologie
M. Oumar THIERO : Biostatistique
M. Seydou DIARRA : Anthropologie Médicale

CHARGES DE COURS ET ENSEIGNANTS VACATAIRES

M. N’Golo DIARRA	: Botanique
M. Bouba DIARRA	: Bactériologie
M. Salikou SANOGO	: Physique
M. Boubacar KANTE	: Galénique
M. Souleymane GUINDO	: Gestion
Mme DEMBELE Sira DIARRA	: Mathématiques
M. Modibo DIARRA	: Nutrition
Mme MAIGA Fatoumata SOKONA	: Hygiène du milieu
M. Mahamadou TRAORE	: Génétique
M. Yaya COULIBALY	: Législation
M. Lassine SIDIBE	: Chimie Organique

ENSEIGNANTS EN MISSION

Pr Doudou BA	: Bromatologie
Pr Babacar FAYE	: Pharmacodynamie
Pr Mounirou CISSE	: Hydrologie
Pr Amadou DIOP	: Biochimie
Pr. Lamine GAYE	: Physiologie

DEDICACES ET REMERCIEMENTS

DEDICACES :

Je dédie ce travail :

A ALLAH ! Point de divinité à part Lui, le Vivant, Celui qui subsiste par Lui-même « al-Qayyüm ». Ni somnolence ni sommeil ne Le saisissent. A Lui appartient tout ce qui est dans les cieux et sur la terre. Qui peut intercéder auprès de Lui sans Sa permission ? Il connaît leur passé et leur futur. Et de Sa science, ils n’embrassent que ce qu’Il veut. Son Trône « Kursiy » déborde les Cieux et la terre, dont la garde ne Lui coûte aucune peine. Et Il est le Très Haut, le Très Grand (sourate la vache ; le verset 255).

Merci de m’ avoir donné la santé et le courage de pouvoir achever ce travail.

A Sceau des Prophètes, MOHAMADOU RASSOULOU «S.A.W» que les bénédictions et la paix de Dieu soient sur Lui, sa famille et ses compagnons. Ton amour si grand est une source de lumière qui rayonne notre cœur.

A mon Père Feu Ousmane KOTY (rappelée à la grâce de Dieu le 06 décembre 2005)

J’aurai aimé vivre ces moments solennels en ta compagnie, mais l’Homme propose Dieu dispose. Le Décideur en a conclu ainsi.

Merci de nous avoir enseigné la discipline, le chemin de la vie ; le respect et l’amour de l’autre.

En ce jour papa, tu peux te reposer en paix, tes conseils seront nos compagnons à jamais.

A ma mère Fatoumata dite Tata FADIGA

Ce travail est un modeste témoignage de tous les sacrifices que tu as toujours consentis.

Seul Dieu sait ce qui est dans mon cœur comme mot pour te remercier.

Que le Tout Puissant t’accorde longue vie, une bonne santé pour que tu puisses jouir de ce travail qui est le tien.

A mon Tonton et Mes Tantes : Mohamed dit Bakoroba KOTY, Feue Bintou KANADJI (communément appelée Mah), Feue Fatoumata Maïga dite Bakoro et Kamissa SANOGO.

C’est une occasion pour dire à quel point vous comptez pour moi.

Ce travail est le vôtre.

Mention particulière à Feue Bintou KANADJI que je renomme Mah, tu as été une mère pour moi et tu as toujours été présente au moment où j'avais besoin de toi. Le mot me manque pour exprimer la reconnaissance.

J'aurai aimé partager ce moment avec toi, mais Dieu en a conclu ainsi.

Sache que même décédée tu sera toujours dans nos cœurs et dans nos pensées, et nous t'aimons toujours.

Que Dieu t'accorde Sa grâce.

A la mémoire de :

Bintou KANADJI,

Fatoumata Maïga dite Bakoro

Ousmane KOTY

Vous demeurez toujours dans nos pensées,

Qu'ALLAH vous accorde Sa grâce et Son pardon.

Que vos âmes reposent en paix.

AMEN !!!

REMERCIEMENTS

Je voudrai dire merci
A ma Patrie le Mali

Aux enseignants de la FMPOS
Pour la formation reçue.

A mes Maîtres de stage :

Pr Hamar Alassane Traoré Dr Assétou Fofana
Dr Soungalo Dao Dr Daouda Minta

A tous mes frères : Tamba, Mamadou, Issa, Bakary, Sekou, Madoudjini, Karamoko, Dramane, Bouya, Bakarydjini et tous ceux qui n'ont pas leur nom cité ici.

J'ai choisi la médecine seul, mais sans votre soutien physique et moral je n'y parviens pas. Merci pour tout, que Le Tout Puissant nous accorde longue vie pour que nous soyons plus unis.

Ce travail est le vôtre.

A toutes mes sœurs Fatoumata dite Banitoima, Assitan, Niuma, Diorobo, Sitan, Mah, Mariama, Fatoumata :

Merci de votre soutien ! Ce travail est le vôtre.

A ma fiancée Kadidiatou TOURE :

Ta connaissance a été une source de joie et d'encouragement pour ce travail qui est le tien.

Que notre union soit sous la protection de Dieu, qu'ALLAH nous amène à fonder notre foyer. Amen !!

A toute la famille Touré : Merci de votre confiance.

A toute la famille Keita à Banamba : ma Tante Baty Koty et ses fils Belinké et Checkna : C'est une occasion pour vous remercier de votre hospitalité.

A mes belles sœurs : C'est une occasion pour vous remercier pour tout.

A mes neveux et nièces :

Soyez rassuré de mon affection, je serai toujours présent pour vous.

Aux compagnons de chaque jour : Momine, Tidiane, Bolèze, Niaré, Bintou, Hawa, Fati, Ami. Merci de votre collaboration. Vous avez cultivé en moi le sens de l'amitié, je vous souhaite bonne chance.

A tous ceux qui ont participé à notre formation :

L'école fondamentale de Fanalé avec son directeur Mr Fakourou DABO ; le Groupe Scolaire Ismaïla DIAWARA de Banamba (1993-1995) ; le Lycée Askia Mohamed (1996-1998) ; les Services de Pédiatrie, de Gynécologie, des Urgences et Réanimation à l'hôpital Gabriel Touré. Ce travail est le vôtre.

A tout le personnel du Cabinet médical TERIYA. Merci pour les moments chaleureux que nous avons pensé ensemble.

A tout le personnel du service des maladies infectieuses du CHU du Point G. Merci pour les moments chaleureux que nous avons pensé ensemble.

A nos aînés docteurs :

Idrissa Coulibaly, Jean Paul Dembélé, Sogoba, Berved, Joseph, Hamsatou Cissé, Benoit Traoré, Mohamed Kaba, Issa Konaté, Damissa Coulibaly.
Merci tous ceux que nous avons appris à côté de vous.

A mes condisciples :

Brehima Sall Ba, Tidiane Cisse, Charles Koné, Diouf, Carine Koundé, Noé Daniel Akoundé, Bourama Robert Diarra, Adama Mallé, Sidi Sangho. Merci pour votre aide et votre sympathie, de votre collaboration et tous les moments chaleureux que nous avons pensé ensemble.

A tous nos cadets :

Napouzanka, Patrick, Tidiane, Diaby, Mohamed, Dicko, Zacharia, Rachida Souley, Idrissa, Dao, Giralaine, N'Daou, Kadiatou, Stephanie, Togola. Merci de votre collaboration et tous les moments chaleureux que nous avons pensé ensemble.

A tous ceux qui souffrent de VIH/SIDA au Mali

Puisse ce travail contribuer aux voies et moyens vers l'apaisement de vos maux.

HOMMAGES AUX HONORABLES MEMBRES DU JURY

HOMMAGES AUX MAMBRES DU JURY

A notre maître et président du jury:

Professeur Bakoroba COULIBALY

- **Maître de conférence de psychiatrie**
- **Praticien au service de psychiatrie de l'hôpital du Point G**
- **Secrétaire de la commission médicale de l'hôpital du Point G**

Cher Maître

C'est un privilège et un honneur pour nous de vous avoir comme président du jury.

Nous avons été marqués par votre simplicité, votre modestie, votre disponibilité et votre courtoisie en plus de vos grandes qualités d'enseignant.

Vos critiques et suggestions ont largement amélioré la qualité de ce travail.

Veillez recevoir, cher Maître, l'expression de notre profond respect.

A notre maître et juge:

Docteur Samba DIOP

- **Assistant à la FMPOS**
- **Diplômé en Anthropologie médicale, en Science de la Vie, de la Nature et de la Terre.**
- **Chercheur au programme de recherche du SEREFO**

Cher Maître

C'est plus qu'un honneur que vous nous faites en acceptant de juger ce travail.

Vos qualités d'homme de science, votre esprit de recherche, votre simplicité nous ont impressionnés.

Vos critiques et suggestions ont largement amélioré la qualité de ce travail.

Cher Maître, c'est du fond de cœur que nous vous remercions.

A notre maître et codirecteur de thèse :

Monsieur Seydou DIARRA

- **Diplômé en anthropologie médicale.**
- **Chargé de cours d'Anthropologie médicale à la Faculté de Médecine, de Pharmacie et d'Odonto-Stomatologie, et à la Faculté de Lettre, d'Art et des sciences humaines.**
- **Chercheur au DEAP**

Cher Maître

Vous nous avez accueilli à bras ouverts et accepté de codiriger ce travail.

Votre disponibilité, votre simplicité et votre générosité nous imposent beaucoup de respect et une grande admiration.

Merci pour tous les efforts fournis, merci pour les critiques et les suggestions.

Merci infiniment pour tout.

A notre maître et directeur de thèse :

Docteur Sounkalo DAO

- **Praticien hospitalier au SMIT**
- **Diplômé des maladies infectieuses et tropicales**
- **Maître assistant à la FMPOS**
- **Chercheur au programme de recherche du SEREFO et NIAD/NIH/FMPOS à la tuberculose.**

Cher Maître

Nous n'avons pas de mots pour traduire nos sentiments.

Plus que le Maître, vous représentez pour nous un frère.

Vos qualités humaines et surtout votre rigueur scientifique ont fait de vous un homme apprécié par tous que nous tenterons de ressembler.

Les qualités couplées à votre modestie nous ont impressionné.

Vous avez cultivé en nous l'esprit du travail bien fait, la méthode et la précision.

Nous sommes fiers d'avoir été parmi vos étudiants.

Veillez recevoir, Cher Maître, nos remerciements sincères et notre reconnaissance.

SOMMAIRE

	Page
INTRODUCTION	1
<i>HYPOTHESES DE RECHERCHE</i>	3
<i>OBJECTIFS</i>	3
 CHAPITRE I	
I- GENERALITES.....	4
1- Epidémiologie.....	4
1-1- Statistiques globales suivant les régions.....	4
1-2- Tendances régionales.....	6
1.2- 1 L’Afrique subsaharienne,	6
1.2.1.1- En Afrique australe.....	6
1.2.1.2- En Afrique de l’Ouest.....	6
1.2.1.3- En Afrique Centrale.....	6
1.2.1.4- En Afrique de l’Est.....	7
1.2.2- L’Asie.....	7
1.2.3- L’Amérique latine	7
1.2.4- Les Caraïbes.....	7
1.2.5- L’Océanie.....	8
1.2.6- En Europe orientale et en Asie Centrale.....	8
1.2.7- En Afrique du Nord et au Moyen-Orient.....	8
1.2.8- Dans l’Océan Indien.....	8
1.2.9- Situation au Mali :	8
1-3- Agent pathogène	9
1-4- Structure du VIH.....	9
1-5- Réservoir du Virus	11
1-6- Mode de transmission	12
1.6.1- Transmission sexuelle	12
1.6.2-Transmission sanguine	12
1.6.3-Transmission maternofoetale.....	13
1-7- Cycle de réplication du virus.....	14
2- Physiopathologie :	16
2.1- Mécanisme des troubles immunologiques.....	16

2.2- Mécanisme des troubles cliniques	16
3- Aspects cliniques.....	17
3.1- Histoire naturelle	17
3.1.1- Primo-infection :	17
3.1.2- La phase chronique (plusieurs années)	17
3.1.3- La phase finale symptomatique : SIDA.....	18
3.2- Classification	19
3.3- Manifestations cliniques.....	22
3.3.1- Les infections opportunistes.....	22
3.3.1.1- Les infections cutanéomuqueuses.....	22
3.3.1.2- Les infections pulmonaires.....	23
3.3.1.3- Les infections neuro-méningées.....	24
3.3.1.4- Les infections digestives.....	24
3.3.1.5- Les maladies bactériennes invasives.....	24
3.3.1.6- Ophtalmologique.....	25
3.3.1.7- Hématologique et oncologique.....	26
3.3.1.8- Rénale, cardiaque, endocrinienne, rhumatologique...	28
3.4- Le diagnostic	29
3.5- Transmission du VIH de la mère à l'enfant (TME)	30
4- Les traitements.....	31
4.1- Traitement des infections opportunistes.....	31
4.2- Le traitement de l'infection à VIH par les antirétroviraux (ARV).....	32
4.3- Traitement antirétroviral selon le protocole de prise en charge national du Mali.....	34

CHAPITRE II

II- ITINERAIRES THERAPEUTIQUES.....	43
1- Impact socio-économique du VIH/SIDA.....	43
2- Organisation du système de santé au Mali.....	44
3- Fréquentation des structures sanitaires	46
3.1- Facteurs favorisant la fréquentation.....	47
3.2- Facteurs influençant négativement sur la fréquentation des services de santé	48
3.3- Cas particuliers du VIH/SIDA	50
4. Recours aux soins et itinéraires thérapeutiques	51
5. Situation de médecine traditionnelle dans le Monde ...	52

6. Dépenses de santé	54
----------------------------	----

CHAPITRE III

III- MALADES ET METHODES.....	57
1. Cadre d'étude	57
2. Lieu de l'étude	57
3. Type d'étude et période d'étude	58
4. Population d'étude.....	58
5. échantillonnage	58
6- Collecte et analyse des données.....	59
7- variables mesurées.....	59
8- aspect éthique :	59

CHAPITRE IV

IV-RESULTATS.....	61
A- ETUDE QUANTITATIVE.....	61
B- ETUDE QUALITATIVE.....	75

CHAPITRE V

V-DISCUSSION :	80
----------------------	----

CHAPITRE VI

VI- CONCLUSION ET RECOMMANDATION	84
1- Conclusion.....	84
2- Recommandations.....	85

CHAPITRE VII

ANNEXES.....	87
--------------	----

Lexique des abréviations et symboles

ARN.....	Acide Ribonucléique
ARV.....	Antirétroviral
ASACO.....	Association de santé communautaire
AZT.....	Azidothymidine
BCG.....	Bacille de Calmette et Guerin
CD4.....	Cluster of differentiation 4
CD8.....	Cluster of differentiation8
CDC.....	Center of diseases control
CESAC.....	Centre d'écoute, de sensibilisation, d'accompagnement et de conseil.
CMV.....	Cytomégalovirus
CNAM.....	Centre National d'Appui à la lutte contre la Maladie
CNOS.....	Centre National d'Odontostomatologie
CNTS.....	Centre National de Transfusion Sanguine
CRF.....	Croix-Rouge Française
CSCOM.....	Centre de santé communautaire
CTA.....	Centre de Traitement Ambulatoire
EBV.....	<i>virus Epstein-Barr</i>
EDSMIII.....	Troisième enquête démographique et de santé au Mali
HAART.....	Highly active antiretroviral therapy
HHV.....	Human Herpes virus
HSV2.....	Herpes virus simplex de siège périnéal
IMAARV... ..	Initiative malienne d'accès aux antirétroviraux
INNTI.....	Inhibiteur non nucléosidique de la transcriptase inverse
INRSP.....	Institut National de Recherche en Santé Publique
INTI.....	Inhibiteur nucléosidique de la transcriptase inverse
IO.....	Infection opportuniste
IOTA.....	Institut d'Ophtalmologie Tropicale d'Afrique

IP.....	Inhibiteur de Protéase
IV.....	Intraveineux
LB.....	Lymphome de Burkitt
LCR.....	Liquide céphalorachidien
LNS.....	Laboratoire National de Santé
MST.....	Maladie sexuellement transmissible
NAVIH.....	Néphropathie associée au VIH
NVP.....	Névirapine
OMS.....	Organisation mondiale de la santé
ONG.....	Organisation non gouvernementale
ONU.....	Organisation de nations unies
OPALS.....	Organisation Panafricaine de Lutte contre le SIDA
PDSSC.....	Plan décimal sanitaire et social du cercle
PED.....	Pays en développement
PNLS.....	Programme National de Lutte contre le SIDA
PVVIH.....	Personne vivant avec le VIH
PVS.....	Personne vivant avec le SIDA
RDC.....	Réze de chaussées
SIDA.....	Syndrome immunodéficience acquise
SMIT.....	Service des maladies infectieuses et tropicales
SRAS.....	Syndrome respiratoire aigue sévère
SSS.....	Sang séché sur sérobuvard
TME.....	Transmission mère-enfant
USA.....	United States of America
VIH.....	Virus de l'immunodéficience humaine
VZV.....	Virus varicelle zona
%.....	Pourcentage

INTRODUCTION

INTRODUCTION

Le SIDA est devenu depuis quelques années un problème majeur de santé et de développement socio-économique à travers le monde et en Afrique subsaharienne en particulier. Après 20 ans de lutte contre la maladie, l'épidémie continue de progresser dans de nombreux pays. Le coût des médicaments antirétroviraux a diminué et l'engagement politique en faveur de la lutte contre la maladie s'est renforcé. Malgré cela, force est de constater que la maladie continue de gagner du terrain à cause de la persistance de facteurs de risque qui sont propices à la propagation de la maladie [47].

A la fin 2005, selon l'Organisation mondiale de la santé (OMS), 40.3 millions de personnes vivaient dans le monde avec le VIH dont la majorité en Afrique subsaharienne (29,1 millions soit plus de 70%) [30, 31, 32, 34]. Au Mali la prévalence générale du VIH/SIDA était estimée en décembre 2001 à 1,7% avec 2% pour les femmes et 1,3% pour les hommes. En 2006, cette prévalence générale était estimée à 1,3% [16, 39, 40].

En 2004, cette infection a tué 3,1 millions de personnes au monde dont 2,4 millions en Afrique [31, 32, 34].

En 1994, TRAORE a mené une étude épidémiologique au niveau des hôpitaux nationaux. Il avait eu 36,2% comme taux de mortalité du SIDA [40].

En 2003, l'objectif de l'OMS était de mettre 3 millions de Personnes vivant avec le VIH (PVVIH) sous le traitement antirétroviral avant la fin du 2005. En juin 2004, on estimait que 440 000 personnes avaient accès à un traitement antirétroviral dans les Pays à faible ou moyen revenu [32].

L'utilisation des multi thérapies antirétrovirales (ARV) a grandement amélioré la survie, la morbidité et la qualité de vie des PVVIH dans les pays du nord. Dans les pays du sud, et notamment en Afrique, de nombreux obstacles ont freiné leur utilisation : coût élevé des médicaments et réactifs, infrastructures et personnel

médical insuffisants, systèmes d'approvisionnement en médicaments et réactifs défectueux, accès limité au dépistage [6].

L'IMAARV (initiative malienne d'accès aux antirétroviraux) a été, en 2001, l'un des premiers programmes africains d'accès au traitement ARV ; qui est rendu gratuit en 2004 [42].

En 2003, SANOGO a mené une étude rétrospective au Centre d'écoute et d'accompagnement et de conseil (CESAC) sur 1 559 malades du sida. Il a montré d'une manière générale que les PVVIH admises au CESAC sont diagnostiquées à un stade avancé de la maladie dont 65,7% à la catégorie clinique C. Seuls 139 patients sur 1 559 bénéficiaient du traitement antirétroviral [37].

Pour empêcher la propagation du VIH/SIDA, la seule option dont nous disposons consiste à changer les comportements sexuels (principale voie de transmission). Malheureusement, remplir cette condition s'est avéré difficile en Afrique du fait que le sexe, dans de nombreux pays africains, est considéré comme un sujet tabou dont on ne parle pas ouvertement. Le VIH/SIDA est indissociable d'un sentiment de honte. La honte et la discrimination auxquelles font face les PVVIH font que beaucoup d'autres personnes craignent de se faire dépister ou de solliciter une assistance après le dépistage [48].

Malgré les multiples conseils, sensibilisations, communications menés ; les malades continuent à être admis au stade avancé de la maladie aux centres hospitaliers spécialisés.

Cette étude a pour but d'établir l'itinéraire thérapeutique des PVVIH avant leur admission dans un centre spécialisé comme le service des maladies infectieuses.

HYPOTHESES DE RECHERCHE :

- Une grande partie de la population pense que l'infection à VIH est une maladie des autres et ne cherche pas à connaître leur statut sérologique.
- La discrimination et la stigmatisation sont un obstacle au dépistage et à la prise en charge précoce
- La concurrence des tradithérapeutes est un obstacle à la prise en charge spécifique précoce.

OBJECTIFS :

1. Objectif général :

Etudier les itinéraires thérapeutiques des PVVIH et les conséquences sur leur santé.

2. Objectifs spécifiques :

- Déterminer les caractéristiques sociodémographiques des patients atteints de VIH/SIDA.
- Déterminer les itinéraires thérapeutiques avant l'admission dans le service.
- Analyser les facteurs entravant le diagnostic précoce du VIH/SIDA.

CHAPITRE I

GENERALITES

I- GENERALITES

1- EPIDEMIOLOGIE :

1.1- Statistiques globales suivant les régions [8, 36] :

En 1981, les premiers cas de SIDA ont été décrits aux Etats Unis d'Amérique. Vingt-cinq ans après, la situation reste préoccupante dans les Pays en voie de développement (PED), et tout particulièrement en Afrique subsaharienne.

En fin 2006, 39 500 000 personnes vivant avec le VIH/SIDA (PVVIH). Le nombre de PVVIH continue d'augmenter, tout comme le nombre de décès dus au SIDA : 4 300 000 adultes et enfants ont contracté une infection en 2006, dont 530 000 enfants de moins de 15 ans, soit environ 400 000 de plus qu'en 2004 ; 2 900 000 sont décédés, dont 380 000 enfants. La prévalence du SIDA dans le monde est de 1%. Le SIDA est une des principales causes de décès en Afrique, et la 4^e dans le monde.

Tableau I- Statistiques et caractéristiques régionales du VIH et du SIDA en 2006 [36]

Régions	PVS (adultes et enfants)	Nouvelles Infections (adultes et enfants)	Prévalence chez l'adulte (%) 15-49 ans	Décès dus au SIDA (adultes et enfants)
Afrique subsaharienne	24 700 000	2 800 000	5,92	2 100 000
Afrique du Nord et Moyen Orient	460 000	68 000	0,2	36 000
Asie du sud et du sud- est	7 800 000	860 000	0,6	590 000
Asie de l'Est	750 000	100 000	0,1	43 000
Océanie	81 000	7 100	0,4	4 000
Amérique latine	1 700 000	140 000	0,5	65 000
Caraïbes	250 000	27 000	1,2	19 000
Europe orientale et Asie central	1 700 000	270 000	0,9	84 000
Europe occidentale et centrale	740 000	22 000	0,3	12 000
Amérique du Nord	1 400 000	43 000	0,8	18 000
Total	39 500 000	4 300 000	1,0	2 900 000

Source : Organisation Mondiale de la santé (OMS).

1.2- Tendances régionales [36] :

1.2.1- L'Afrique subsaharienne :

Elle abrite moins de 15% de la population mondiale, était en 2005 la région la plus touchée avec 24 700 000 PVVIH, ceux qui représentent 63% de porteurs de virus dans le monde. La prévalence est de 5,9%, à peu près stable (6,0% en 2004). Mais, il existe toujours en Afrique subsaharienne des variations importantes de prévalence du VIH.

1.2.1.1- L'Afrique australe :

Elle est la partie du continent la plus touchée. Il n'y a aucun signe de décroissance, sauf au Zimbabwe. La prévalence dans les centres de soins prénatals (femmes enceintes de 15 à 44 ans) est en augmentation en Afrique du sud : 22 % en 1999, 30,2% en 2005. L'espérance de vie en Afrique du sud est passée de 64 à 51 ans depuis 1990.

1.2.1.2- En Afrique de l'Ouest :

La situation est stable, mais on note des différences importantes quant à l'étendue de l'épidémie. La prévalence est élevée en Côte d'Ivoire et au Nigeria > 4%. Le Nigeria est le 3^e pays du monde où vit le plus grand nombre de PVVIH (après l'Afrique du sud et l'Inde). A l'opposé, la prévalence est faible (de l'ordre de 1 à 2%) en Gambie, au Mali, en Mauritanie, au Sénégal, au Niger.

1.2.1.3- En Afrique Centrale :

La situation est difficile à évaluer en raison de l'insuffisance des données : en RCA, 11% chez les adultes de 15 à 49 ans, plus de 5% au Cameroun chez l'adulte, 4,9% chez les femmes vues en consultation prénatale au Congo. Il y a peu de données pour la RDC, où des soldats séropositifs étrangers Rwandais, Ougandais et Burundais ont contribué à propager le VIH.

1.2.1.4- En Afrique de l'Est :

Elle est la région touchée en premier par l'épidémie, les tendances générales à la stabilisation et au déclin de la prévalence du VIH semblent se poursuivre. Toutefois, des recherches récentes font état de l'érosion possible des gains obtenus par l'Ouganda contre le SIDA au cours des années 1990 (prévalence chez les femmes enceintes passée de 13,7% en 1997-1998 à 9,4% en 2002).

1.2.2- L'Asie [36] :

On observe une inversion de la tendance à la progression de l'épidémie dans les pays d'Asie du sud-est touchés de bonne heure, comme la Thaïlande (mise en place des ARV) et le Cambodge (implication de l'Etat avec les ONG : 100% de préservatifs pour les prostituées au Cambodge), alors que l'épidémie continue de croître en Chine, en Inde, au VietNam, en Indonésie, en Malaisie, aux Philippines. La consommation de drogues injectables, l'utilisation de matériel non stérile, les rapports hétéro et homosexuels non protégés expliquent cette augmentation. Une croissance future des cas est attendue en Afghanistan et au Pakistan par les drogues injectables et le commerce du sexe sans protection.

1.2.3- L'Amérique latine [36] :

Les pays les plus touchés en Amérique latine sont le Brésil, l'Argentine, la Colombie et le Mexique. L'épidémie est sous contrôle au Brésil, le traitement par ARV fabriqués sur place, ayant débuté dès 1999.

1.2.4- Les Caraïbes [36] :

Les Caraïbes restent la sous-région où l'on observe la prévalence la plus élevée hors d'Afrique (1,6%). La contamination se fait par voie sexuelle (homosexuels, prostituées) et par drogues par voie intraveineuse. La République Dominicaine et Haïti (île d'Hispaniola), regroupent les 3/4 des 250 000 PVVIH dans les Caraïbes.

Il y a des progrès grâce à l'accès aux ARV aux Bahamas, à La Barbade, à Cuba, à La Jamaïque)

1.2.5- L'Océanie [36] :

La Nouvelle Guinée, où l'épidémie est grave et toujours en expansion, regroupe les trois-quarts des 81 000 PVVIH.

1.2.6- En Europe orientale et en Asie Centrale [36] :

Il y a une augmentation très importante en Russie et en Ukraine qui comptaient à elles deux, 909 de toutes les PVVIH dans cette région en 2006.

1.2.7- En Afrique du Nord et au Moyen-Orient [36]:

La prévalence était de 1,6% chez les adultes au Soudan en 2005. La surveillance est inadéquate dans de nombreux pays de cette région (Libye, Iran).

1.2.8- Dans l'Océan Indien, où les premiers cas de sida sont connus depuis 1987, seul le nombre de cas cumulés de SIDA était jusqu'ici signalé à l'OMS. Dans une enquête nationale menée à Madagascar en 2003, la prévalence de l'infection à VIH/SIDA était chez les femmes enceintes de 1,17%, ce qui montre une progression explosive de l'épidémie (à comparer, sous réserves, à une prévalence de 0,75% chez les malades présentant une infection sexuellement transmissible en 2000).

Note : dans les pays industrialisés d'Amérique du nord et d'Europe occidentale, où il y a un accès généralisé aux ARV, après un ralentissement significatif, on observe une augmentation des nouveaux cas, en particulier chez les afro-américains aux USA et les originaires des pays d'Afrique subsaharienne et des Caraïbes en Europe. La prévention prend du retard sur l'épidémie, les mesures de protection sont avec le temps, oubliées.

1.2.9- Situation au Mali [8, 16] :

Le premier cas de SIDA déclaré au Mali a été observé en 1985. En l'an 2000, on estimait à plus de 100 milles le nombre de personnes porteuses de VIH. Le nombre

de cas réels de SIDA notifiés à l'OMS était de 6639 en 2001. La voie sexuelle s'avère le mode de transmission prédominant du VIH. Environ 90% des personnes contaminées l'ont été par contact sexuel. En 2006, le taux de prévalence du VIH pour l'ensemble du Mali était de 1,3 % avec cependant des variations non négligeables par région. En 2001, Bamako était la région la plus infectée avec un taux de 2,5% suivie de Ségou ; Kayes et Koulikoro avec respectivement 2% ; 1,9% ; 1,9%.

1.3- Agents pathogènes :

Les virus de l'immunodéficience humaine [8, 45, 28, 36] :

Une des caractéristiques essentielles des VIH est leur très grande diversité génétique. On distingue deux types viraux majeurs, les VIH-1 et VIH-2, résultats de deux transmissions zoonotiques différentes, à partir de chimpanzés pour le VIH-1 et de *Sooty mangabey* pour le VIH-2.

Le VIH-1 est très largement répandu à travers le monde. Il est cause de la pandémie et pose un problème majeur de santé publique dans tous les continents.

Le VIH-2 a une diffusion beaucoup plus limitée. Il est essentiellement présent en Afrique de l'Ouest, en particulier en Guinée-Bissau, Gambie, Sénégal, Côte d'Ivoire, Mali, Burkina-Faso, et a atteint le Mozambique et l'Angola, ex-colonies portugaises à partir de la Guinée-Bissau et hors d'Afrique l'Inde et le Brésil. Il est moins pathogène et moins transmissible que le VIH-1. L'infection à VIH-2 ne s'est pas développée sous une forme épidémique. Le VIH-2 est naturellement résistant aux inhibiteurs non nucléosidiques de la reverse transcriptase (INNTI).

1.4- La structure des VIH [45] :

Lorsqu'ils sont libérés par bourgeonnement à la surface des cellules qui les produisent, les VIH observés sous le microscope électronique, se présentent schématiquement sous la forme de particules sphériques de 90 à 120 nanomètres de diamètre.

La membrane : ces particules sont entourées par une membrane d'origine cellulaire dans laquelle sont ancrées les molécules de glycoprotéine d'enveloppe externe (SU gp120) et de glycoprotéine transmembranaire (TM gp41).

La matrice : l'intérieur de la particule virale est tapissé de molécules correspondant aux protéines de la matrice (p17 MA) et contient, également, la protéase virale (prot).

La capside et son contenu : la capside virale, qui se présente sous une forme de trapèze au centre de la particule virale, est constituée de protéines (p24CA). C'est à l'intérieur de cette capside virale que sont présents les protéines de la nucléocapside (p7NC), deux des trois enzymes virales (la transcriptase inverse ou RT et l'intégrase ou int) et le matériel génétique du virus constitué de deux molécules d'ARN identiques.

Le génome :

- Chaque molécule d'ARN viral est flanquée à chaque extrémité d'une région répétitive R et de régions appelées U5 et U3. elle est constituée d'environ 9 000 nucléotides dont une majeure partie correspond aux trois gènes rétroviraux classiques appelés **gag, pol. et env.** C'est à partir de ces trois gènes que sont respectivement synthétisées les protéines internes de virus (p17 MA, p24 CA et p7 NC), les trois enzymes virales (prot, RT et int) et les glycoprotéines d'enveloppe (SU gp120 et TM gp4).

- Cependant, l'organisation du génome VIH est plus complexe que celle des rétrovirus classiques puisqu'il contient au moins six gènes supplémentaires qui codent pour des protéines de régulation : **vif, vpr, tat, rev, vpu et nef.** Ces protéines, dont la fonction n'est pas toujours parfaitement élucidée, interviennent entre autre au niveau de la réplication virale et sont identifiées, pour la plupart, dans les cellules infectées.

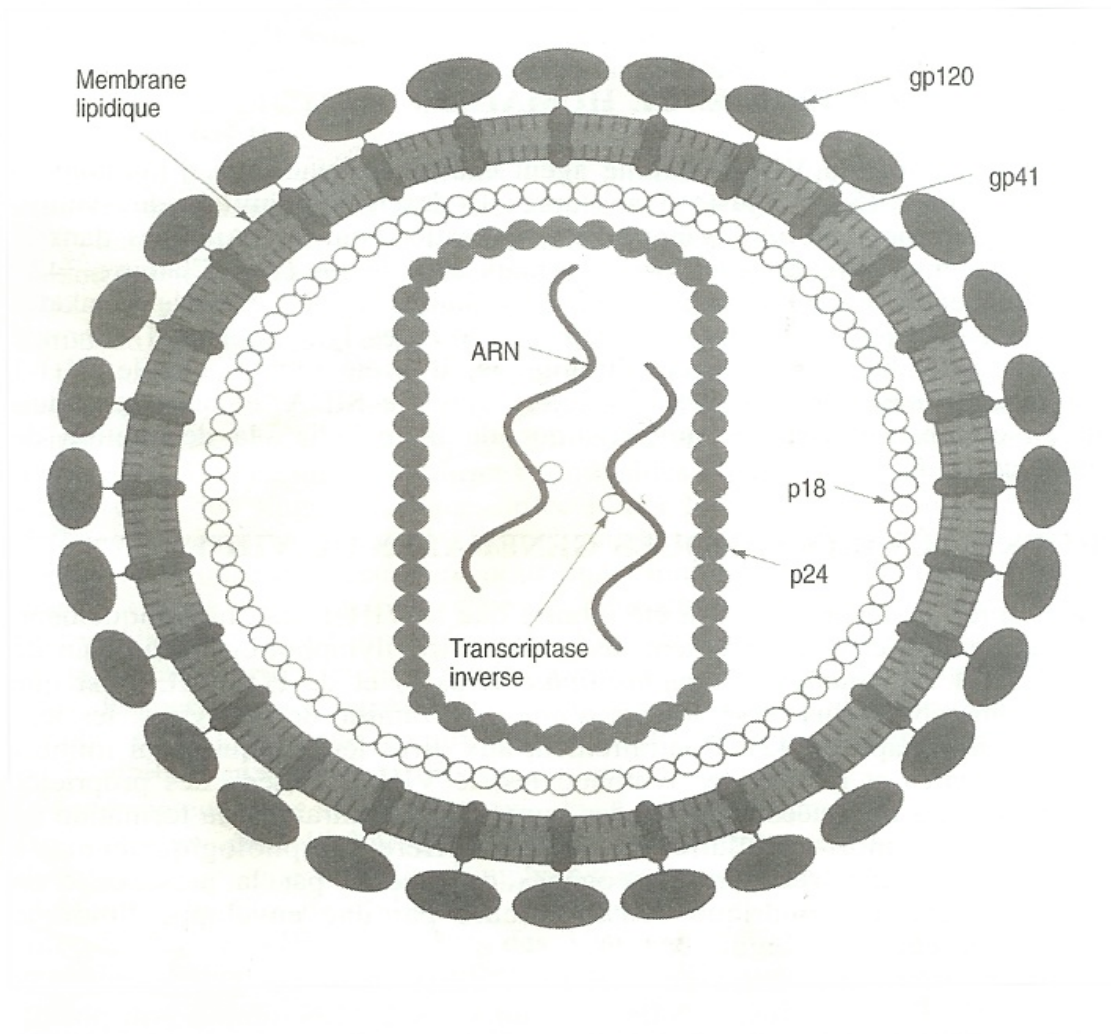


Figure 1 : Structure du VIH1. (Adapté de RC Gallo. Copyright © 1987 par Scientific American, Inc., et Gorge V. Kelvin. Tous droits réservés).

1.5- Le réservoir du virus [19] :

La multiplication virale est possible chez tous les mammifères mais le réservoir est strictement humain (patients symptomatiques et asymptomatiques).

Chez l'homme les cellules cibles du VIH sont de deux types: celles dans lesquelles il se réplique et celles dans lesquelles il est en état de quiescence.

- Celles dans lesquelles il se réplique sont les cellules qui expriment à leur surface le récepteur CD4 et l'un des corécepteurs (CCR1, CCR3, CCR5, CCR2b, CXCR4), les lymphocytes CD4+, les monocytes et macrophages, les cellules dendritiques, les cellules de Langerhans et les cellules microgliales du cerveau.
- Celles dans lesquelles le VIH est en état de quiescence: ce sont les cellules folliculaires dendritiques présentes dans les centres germinatifs des ganglions.

1.6- Modes de contaminations :

Les trois modes de transmission du VIH sont la voie sexuelle, la voie sanguine et la transmission maternofoetale.

1.6.1- *Transmission sexuelle* [45, 19] :

C'est le mode de contamination le plus fréquent :80% des infections à VIH ont été acquises lors de rapports sexuels non protégés avec un(e) partenaire contaminé(e).

Pour un rapport vaginal avec un des partenaires séropositifs, le risque de transmission est évalué à moins de 0,1%.

Ce risque est augmenté par certains facteurs : partenaire avec une charge virale élevée et/ou en phase SIDA déclaré, partenaire en phase de primo-infection, présence de lésions génitales, de maladie sexuellement transmissible (MST), rapport anal, rapport réceptif, nombre élevé de partenaires. Toutefois, un seul contact sexuel, même sans aucun facteur de risque accru, peut être contaminant. La contamination dans le sens homme-femme serait plus importante que dans le sens femme-homme. Des cas de contamination après rapport oro-génital ont été décrits.

1.6.2- *Transmission sanguine* [45, 19] :

Elle concerne 4 groupes de populations : les toxicomanes intraveineux, les hémophiles, les transfusés, les professions médicales et paramédicales.

La contamination par échange de seringues chez les toxicomanes est le principal mode de transmission après la transmission sexuelle.

La transmission par transfusion sanguine et administration de dérivés sanguins est actuellement extrêmement limitée par les mesures de sécurité transfusionnelle.

Ce risque est lié aux donneurs en phase de séroconversion, encore séronégatif. On peut en rapprocher la transmission au cours des dons d'organe ou de sperme qui donne lieu à un dépistage obligatoire.

La transmission accidentelle par inoculation chez le personnel soignant en cas d'accident d'exposition au sang est estimée à 0,3%.

1.6.3- *Transmission maternofoetale* [45, 19] :

Le taux de transmission de mère à l'enfant en l'absence de traitement est de 20%. Il est de 5% avec le traitement par azidothymidine (AZT) en cours de grossesse. La transmission a lieu essentiellement dans la période périnatale (1/3 des cas pendant le 3e trimestre, 2/3 des cas au cours de l'accouchement). Le risque de transmission par allaitement maternel est estimé à 10%. Le risque de transmission maternofoetale augmente si la mère est à un stade avancé de l'infection, si le taux de lymphocytes CD4 est faible, si la charge virale plasmatique est élevée.

1.7- Cycle réplcatif du VIH [19] :

Le schéma ci-dessous résume ce cycle.

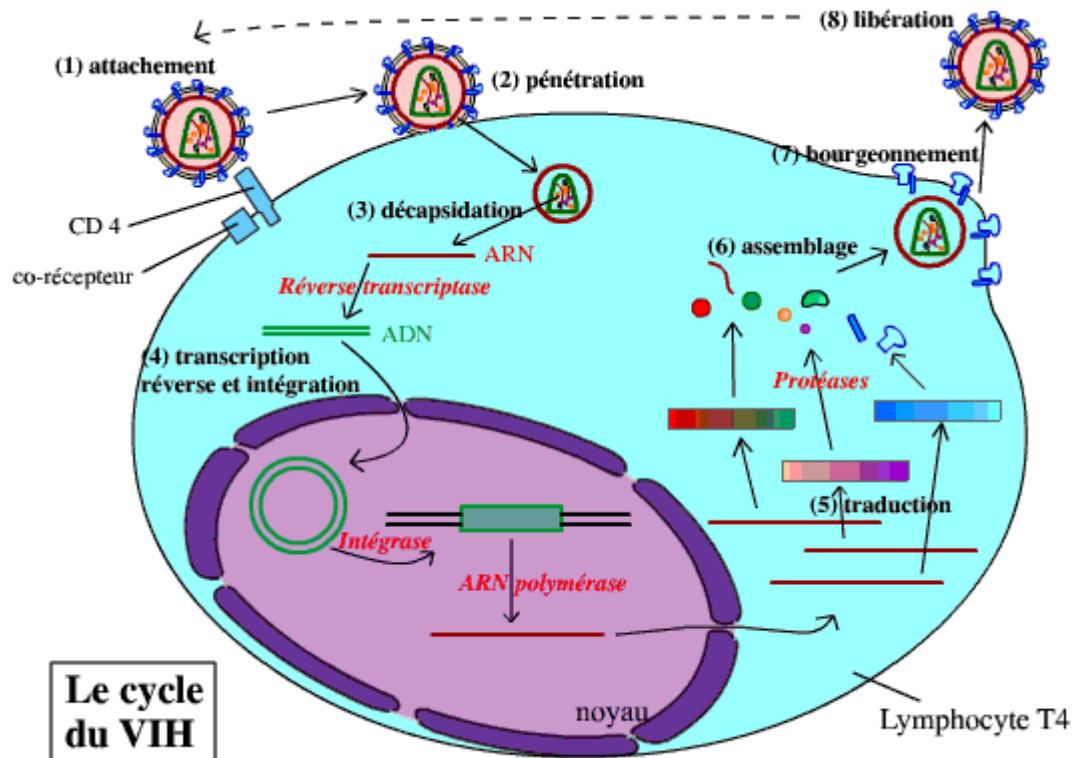


Figure 2: Cycle réplcatif du VIH (Pour la légende, voir le Tableau II)

Tableau II : Les étapes du cycle répliatif du VIH

<p style="text-align: center;">(1) attachement</p> <p>Le virus se fixe sur le lymphocyte T4, par reconnaissance entre la protéine virale gp120 et la protéine CD4 du lymphocyte (ainsi qu'un co-récepteur).</p>	<p style="text-align: center;">(5) traduction</p> <p>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.</p>
<p style="text-align: center;">(2) pénétration</p> <p>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.</p>	<p style="text-align: center;">(6) assemblage</p> <p>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.</p>
<p style="text-align: center;">(3) décapsidation</p> <p>Les deux capsides se dissocient, libérant l'ARN viral dans le cytoplasme.</p>	<p style="text-align: center;">(7) bourgeonnement</p> <p>Le virus bourgeonne, emportant un fragment de la membrane plasmique du lymphocyte (qui contient uniquement les protéines membranaires virales).</p>
<p style="text-align: center;">(4) reverse transcription et intégration</p> <p>Grâce à la reverse transcriptase virale, l'ARN viral est rétrotranscrit en ADN double brin. Cet ADN pénètre dans le noyau, où il s'intègre au génome du lymphocyte. Il est ensuite transcrit en ARN.</p>	<p style="text-align: center;">(8) libération</p> <p>Les nouveaux virus sont libérés dans le milieu intérieur. Ils peuvent infecter de nouveaux lymphocytes T4.</p>

2- Physiopathologie [8, 19] :

2.1- Mécanisme des troubles immunologiques :

Dès la primo-infection, le virus se réplique activement, et dans l'organisme, s'établit précocement des réservoirs viraux qui échappent à la reconnaissance du système immunitaire.

Le VIH induit chez l'hôte récepteur des réponses immunes spécifiques qui contrôlent seulement partiellement l'infection. L'extrême variabilité du virus chez un même individu impose au système immunitaire une réadaptation constante de la réponse immune qui diminue cependant avec l'évolution de l'infection. Cette variabilité virale réduit en outre de façon majeure les possibilités d'immuno intervention et de vaccination.

Ces réponses immunitaires sont :

- humorales : avec la production d'anticorps dirigés contre toutes les protéines du VIH. Ils sont détectés par ELISA et Western- Blot. Ils sont la preuve de l'infection VIH.
- cellulaires : Elles sont médiées par les lymphocytes T CD4+ et par les lymphocytes T CD8+ cytotoxiques (CTL) qui représentent l'un des mécanismes principaux de lutte antivirale.

2.2- Mécanisme des troubles cliniques :

L'activation chronique du système immunitaire sans être capable de contrôler durablement l'infection, favorise la réplication du VIH. Celui-ci échappe progressivement aux défenses qui lui sont présentées et augmente progressivement sa charge virale suivant ainsi régulièrement son action immunosuppressive jusqu'au SIDA et à la mort.

3- Aspects cliniques [8, 45, 19] :

3.1- Histoire naturelle :

Les manifestations cliniques de l'infection par le VIH sont extrêmement variées et se répartissent de la primo-infection aigue aux manifestations de déficit immunitaire évoluées avec des infections opportunistes ou des tumeurs en passant par le portage asymptomatique.

3.1.1- Primo-infection [8, 19] :

Après une période de quelques jours où il n'existe aucun signe clinique ni biologique permettant de diagnostiquer une contamination par le VIH, la virémie apparaît (antigénémie p24 et charge virale plasmatique positives) et augmente rapidement, de façon considérable, témoignant d'une réplication virale. Cette phase de primo-infection peut être accompagnée de signes cliniques plus ou moins sévères. Les particules virales vont progressivement être piégées au niveau des ganglions dans le réseau des cellules dendritiques folliculaires des centres germinatifs. Parallèlement débute une hyperplasie avec adénopathies cliniquement palpables.

3.1.2- La phase chronique (plusieurs années) [8, 19] :

Dans un délai de 6 à 8 semaines (au maximum 3 mois) après la contamination, la réponse immunitaire humorale anti-VIH est détectable. C'est la phase la plus longue de l'histoire naturelle de la maladie. La réplication virale est constante, en particulier dans les organes lymphoïdes, même à un stade précoce de l'infection.

3.1.3- La phase finale symptomatique : SIDA [8]

Cette phase correspond à un ensemble de manifestations infectieuses opportunistes ou tumorales liées le plus souvent à une déplétion profonde de l'immunité cellulaire. Le degré d'immunodépression conditionne le risque de survenu des infections opportunistes.

L'introduction de prophylaxies primaires, en particulier contre la pneumocystose et la toxoplasmose, l'augmentation de la survie liée aux progrès thérapeutiques effectués au cours des dernières années ont modifié le profil de la maladie VIH chez un traité efficacement, même à un stade avancé de l'immunodépression.

3.2- Classification :

Tableau III: Classification selon les signes cliniques (OMS) [8, 19]

Groupe	Sous groupe	Manifestations cliniques
I		Primo-infection symptomatique ou asymptomatique
II	A	Séropositifs asymptomatiques sans anomalies biologiques
	B	Séropositifs asymptomatiques avec anomalies biologiques
III	A	Lymphadénopathies chroniques sans anomalies biologiques
	B	Lymphadénopathies chroniques avec anomalies biologiques
IV	A	Fièvre
		Diarrhée
		Amaigrissement inexpliqué
	B	B1 : Symptômes neurologiques centraux : encéphalite, démence, myélite
		B2 : Symptômes neurologiques périphériques : polynévrite
	C	Infections opportunistes
	Sarcome de Kaposi	
	Lymphomes malins	
	E	Autres manifestations

Tableau IV : Classification selon les signes cliniques et le taux de CD4 [8, 19, 28]

CLASSIFICATION DE L'INFECTION A VIH POUR LES ADULTES ET LES ADOLESCENTS (CDC1993)

	Catégories cliniques			
	A	B	C	
Nombre de lymphocytes CD4+	Patient asymptomatique ou primo-infection, ou Lymphadénopathies persistantes généralisées	Patient symptomatique sans critère de A ou C	SIDA	
	> 500/ μ l ou >29 %	B1	C1	
	200 à 499/ μ l ou 14 à 28%	A2	B2	C2
	<200/ μ l ou à 14%	A3	B3	C3

Critères de la catégorie B

- Angiomatose bacillaire
- Candidose oro-pharyngée
- Candidose vaginale persistante ou qui répond mal au traitement
- Dysplasie du col, carcinome in situ
- syndrome constitutionnel : fièvre > 38,5° ou diarrhée > 1 mois
- leucoplasie chevelue de la langue

- zona récurrent ou envahissant plus d'un dermatome
- purpura thrombocytopénique idiopathique
- salpingite, en particulier lors de complication par des abcès tubo-ovarien
- neuropathie périphérique

Critères de la catégorie C

- candidose bronchique, trachéale ou pulmonaire
- candidose oesophagienne
- cancer invasif du col utérin
- coccidioïdomycose extra pulmonaire
- cryptosporidiose intestinal supérieur à 1 mois
- infection CMV autre que foie, rate ou ganglion
- rétinite à CMV avec perte de la vision
- encéphalopathie due au VIH
- infection herpétique, ulcères chroniques supérieurs à 1 mois, ou bronchique pulmonaire ou oesophagienne
- histoplasme disséminée ou extra pulmonaire
- isosporose intestinale chronique supérieur à 1 mois
- sarcome de Kaposi
- lymphome de Burkitt
- lymphome immunoblastique
- lymphome cérébral primaire
- infection à *Mycobacterium avium* ou *kansasii* disséminée ou extra pulmonaire
- infection à *Mycobacterium tuberculosis* quelque soit le site
- infection à mycobactérie, identifié ou non, disséminée ou extra pulmonaire
- pneumopathie à *Pneumocystis carinii*
- pneumopathie bactérienne récurrente
- leuco-encéphalite multifocale progressive
- septicémie à salmonelle non typhi récurrente
- toxoplasmose cérébrale

Syndrome cachectique dû au VIH

3.3- Manifestation cliniques [8, 45, 19, 28, 36] :

La clinique du sida s'est considérablement modifiée dès 1996 dans les pays industrialisés après la mise à disposition de traitements ARV. Mais, le sida s'exprime toujours dans les PED, vu le nombre limité de malades sous ARV, des maladies opportunistes, infections et/ ou tumeurs, dans un contexte d'atteinte de l'état général où deux symptômes dominant : la fièvre et l'amaigrissement.

On appelle «maladie opportuniste liée au VIH toute maladie plus fréquente chez les personnes infectées par le VIH que chez celles non infectées et/ou dont l'incidence est croissante avec l'immunodépression». On considère comme «malades» les sujets infectés par le VIH dont le taux de CD4 est égal ou inférieur à 200/mm³. En pratique, la survie dans les PED n'est pas obligatoirement corrélée au taux des CD4.

3.3.1- Les infections opportunistes (IO) :

Les IO sont pour la plupart communes à tous les PED, certaines étant spécifiques à certaines régions tropicales. Le manque de moyens diagnostiques (PCR, scanner ...) explique la rareté, voire l'absence apparente de certaines d'entre elles.

3.3.1.1- Les infections cutanéomuqueuses :

Elles sont souvent révélatrices de l'infection à VIH, en particulier le zona à *virus varicelle zona (VZV)* et la candidose oro-pharyngée. **Le zona** a été reconnu très tôt comme un indicateur précoce de l'infection à VIH. L'aspect clinique est classique, avec une fréquence plus élevée des zones ophtalmiques et hyperalgiques. **La candidose** oro-pharyngée est très évocatrice. Associée à la candidose oesophagienne, elle a un retentissement important sur l'état nutritionnel.

L'herpès à *herpes virus simplex* de siège périnéal (*HSV2*) est exulcéré et particulièrement douloureux.

Les condylomes vénériens et le *molluscum contagiosum* sont profus ou étendus. Les lésions pigmentaires du **prurigo** réalisent «le look du sida».

3.3.1.2- Les infections pulmonaires :

Elles sont dominées par la tuberculose, les pneumopathies bactériennes et la pneumocystose.

- La **tuberculose** est l'infection la plus fréquemment associée au sida tropical. En 1981, le taux de déclin de la tuberculose était faible, inférieur à 3%, en Afrique subsaharienne. La situation était donc propice à une recrudescence de la tuberculose lorsque l'infection à VIH a débuté. La localisation la plus fréquente de la tuberculose est pulmonaire, mais on observe fréquemment des tuberculoses extra-pulmonaires, isolées ou associées à la tuberculose pulmonaire. Les aspects cliniques et radiologiques de la tuberculose pulmonaire sont souvent atypiques : fréquence des signes généraux et à l'opposé rareté des signes pulmonaires (hémoptysies, par exemple), fréquence des opacités réticulo-nodulaires et des opacités micro-nodulaires à type de miliaires et à l'opposé rareté des cavernes. Mais, l'expression clinique de la tuberculose chez le malade sidéen est remarquable par la diffusion des lésions. Les localisations ganglionnaires, pleurales, péricardiques, spléniques, méningées, uro-génitales, ... sont fréquentes. Des examens complémentaires, telle que l'échographie abdomino-thoracique, ont permis de diagnostiquer les atteintes multifocales chez les tuberculeux. La tuberculose est cause d'une mortalité précoce. Elle est responsable du décès de 1/3 à la 1/2 des patients.

- **Pneumopathies bactériennes :**

La fréquence de ces infections, dues le plus souvent à *Streptococcus pneumoniae*, est élevée. Leur aspect clinique, radiologique et thérapeutique n'a rien de

particulier. Cependant, il faut toujours se méfier de la tuberculose dans sa forme aiguë pneumonique ou d'une tuberculose surinfectée.

- **La pneumocystose :**

La pneumocystose à *Pneumocystis jirovecii* (Ex : *Pneumocystis carinii*) était classiquement rare en Afrique avant 1992. Elle est diagnostiquée si les conditions de diagnostic (lavage broncho-alvéolaire, colorations spéciales) sont réalisables. Le pourcentage des cas de pneumocystose a triplé entre 1990 et 2000. Elle est particulièrement fréquente chez l'enfant. Une coinfection avec la tuberculose est fréquente.

3.3.1.3- Les infections neuro-méningées :

Elles sont dominées par la **cryptococcose** à *Cryptococcus neoformans*. Elle réalise une méningite subaiguë ou une méningo-encéphalite, mais le tableau classique est souvent atypique limité à une fièvre et/ ou à des céphalées. Le liquide céphalo-rachidien peut être normal. Le diagnostic repose sur la coloration du LCR à l'encre de Chine, technique simple, sur la recherche de l'antigène cryptococcique et la culture sur milieu de Sabouraud.

- **La toxoplasmose :**

La toxoplasmose à *Toxoplasma gondii*, essentiellement cérébrale, est diagnostiquée si un scanner est réalisable. La présence d'anticorps spécifiques n'est pas un argument suffisant pour affirmer une localisation cérébrale.

3.3.1.4- Les infections digestives :

Elles sont fréquentes, entraînant une symptomatologie évocatrice : dysphagie, associée aux douleurs rétro-sternales, due à une **candidose oesophagienne** d'aspect caractéristique en endoscopie ; diarrhée chronique ou aiguë, symptôme le plus fréquent du sida en Afrique.

- La **diarrhée** : est le plus souvent due à des protozoaires : *Cryptosporidium parvum*, qui est cause de diarrhée cholériforme, *Isospora belli* cause de diarrhée chronique, à des bactéries : salmonelles non typhiques, shigelloses, *Clostridium difficile*, *Escherichia coli* entéroaggrégant ; à des helminthes, en particulier à des larves d'anguillules. Ces infections digestives contribuent à la dénutrition des malades.

3.3.1.5- Les maladies bactériennes invasives :

Elles sont dues aux pneumocoques, aux salmonelles non typhiques, principalement *Salmonella typhi* *murium* et *S. enteritidis*, aux shigelloses, à *Escherichia coli*. Elles se manifestent par des pneumonies, des bactériémies isolées, des entérites, des sinusites, des infections invasives uro-génitales.

Certaines IO sont classiquement rares en Afrique subsaharienne comme les **microsporidioses**, cause de diarrhée chronique, les **mycobactérioses atypiques** essentiellement à *Mycobacterium avium complex*, cause d'atteintes pulmonaires sur séquelles de tuberculose et de septicémies, soit que les techniques de diagnostic ne soient pas réalisables, soit que les malades soient décédés avant le stade de dépression immunitaire majeur ($CD4 < 50/mm^3$), en particulier de tuberculose. Ainsi, la rétinite à *Cytomégalovirus*, dépistée par un simple examen ophtalmologique avec fond d'œil, est rarement rapportée. Mais, dès que les moyens de diagnostic sont performants, des infections considérées comme rares sont mises en évidence : ainsi, les **microsporidies** ont été reconnues comme cause de diarrhée au Malawi dans 10% des cas (PCR).

3.3.1.6- Ophtalmologique [19] :

Si toutes les parties de l'œil peuvent être touchées par une infection ou une tumeur préalablement décrite, certaines atteintes en sont plus spécifiques. Les conjonctivites semblent survenir de manière plus fréquentes. Les atteintes rétiniennes et vitréennes sont fréquentes surtout à un stade avancé de déficit immunitaire ($CD4 < 50/mm^3$).

L'infection rétinienne à cytomégalovirus est l'atteinte la plus fréquente, puisqu'elle peut toucher jusqu'à 25% des patients ayant un taux de $CD4 < 50/mm^3$.

La rétinocchoroïdite toxoplasmique est plus rare ; la syphilis peut avoir des traductions ophtalmologiques diverses : uvéite, choroïdite, rétinite, papillite.

3.3.1.7- Hématologique et oncologique [8, 36] :

Des anomalies hématologiques sont fréquentes lors de l'infection au VIH et la pathogénie est souvent multifactorielle. Des cytopénies limitent souvent le traitement anti-infectieux et anti-néoplasique des patients ayant une maladie liée au VIH. L'infection à VIH détermine essentiellement au cours de l'évolution la baisse du nombre de cellule lymphocyte CD4. D'autres cytopénies sont cependant également fréquentes : l'anémie étant rapportée chez 60% de patient ayant le SIDA, la thrombopénie chez 4% et la neutropénie chez 50%. Ces cytopénies surviennent en association avec la détérioration progressive de la fonction immunitaire et elles sont fréquentes aux stades précoces de l'infection à VIH.

La thrombopénie fait exception car elle peut être une manifestation à VIH lors des phases asymptomatiques de celui-ci.

- **Le sarcome de Kaposi**, en pratique la seule néoplasie retrouvée en Afrique, est de type épidémique, lié à l'*Human Herpes virus* de type 8 (HHV 8), caractérisé par des lésions cutanées étendues et disséminées, des lésions muqueuses et viscérales, mais qui peut aussi se présenter sous une forme localisée peu extensive.

Le diagnostic est histologique avec une double prolifération cellulaire, cellules fusiformes groupées en faisceaux et formations vasculaires.



Figure 3 : **Image de la maladie de kposi.**

[http //fr.wikipedia.org/wiki/image :sarcome_kaposi.jpg](http://fr.wikipedia.org/wiki/Image:sarcome_kaposi.jpg)

- Quant aux **lymphomes de type B**, ils sont liés au *virus Epstein-Barr* (EBV). Le **lymphome de Burkitt** (LB) est rarement rapporté. Il a une présentation similaire au LB sporadique, localisé fréquemment à l'abdomen et très rarement au niveau des mâchoires et des parois orbitaires.

Une prolifération d'origine vasculaire, l'**angiomatose bacillaire**, est associée chez les malades sidéens à la présence d'une bactérie, *Bartonella henselae*, visualisée à la coloration argentique de Whartin Starry. Elle a été rarement décrite en Afrique. Elle doit être évoquée devant des lésions évocatrices de sarcome de Kaposi.

3.3.1.8- Rénale, cardiaque, endocrinienne, rhumatologique [8, 19, 36] :

Les atteintes rénales, cardiaques, endocriniennes et rhumatologiques liées à l'infection à VIH ont une présentation insidieuse. La survie des individus infectés par le VIH s'améliore globalement et les modalités thérapeutiques deviennent plus sophistiquées. Alors le praticien rencontre indubitablement des atteintes de ces derniers systèmes avec une fréquence croissante.

- **Atteintes rénales :**

Les atteintes rénales liées au VIH peuvent se présenter sous forme d'anomalie hydroélectrolytique et acido-basique, insuffisance rénale aiguë, de trouble rénaux intercurrents ou de glomérulonéphrites directement liées à l'infection à VIH appelé néphropathie associée au VIH (NAVH). Ces pathologies sont fréquentes en même temps à la phase symptomatique qu'à celle asymptomatique de l'infection à VIH. Aux USA plus de 90 % des patients à VAVIH sont des noirs.

- **Atteintes cardiaques :**

Une grande variété d'anomalies cardiaques a été rapportée chez les patients infectés par le VIH dont l'atteinte de la fonction ventriculaire, la myocardite, la péricardite, l'endocardite et les arythmies. L'atteinte cardiaque est la plus souvent cliniquement silencieuse et constitue une découverte d'autopsie. Lorsque la pathologie est symptomatique, elle peut être invalidante et peut mettre en jeu la vie. Des anomalies cardiaques ont été décrites entre 25-75% de patients infectés par le VIH soumis à l'autopsie.

- **Atteintes endocriniennes :**

Toutes les glandes endocriniennes peuvent être atteintes par les infections opportunistes à des degrés différents par les lésions malignes. Elles peuvent être altérées par les drogues utilisées pour le traitement des troubles liés à l'infection à VIH. Moins de 8% développent une insuffisance surrénalienne au stade SIDA. Ceux qui développent un hypogonadisme sont de 3% avec comme méfait une baisse de la libido. Le syndrome de baisse de T3 et de T4 a été décrit au cours de

l'infection à VIH et des hypothyroïdies médicamenteuses. L'hyponatrémie est l'anomalie électrolytique la plus fréquente.

Des troubles des hydrates lors de l'invasion directe du pancréas par des opportunistes (le CMV, la toxoplasmose, le sarcome de Kaposi, le lymphome) et le diabète de type I ont été rapportés en de rares cas

- **Atteintes rhumatologiques :**

Les manifestations rhumatologiques dues au SIDA sont rencontrées avec une fréquence croissante. Des patients qui se plaignent d'atteintes musculo-squeletiques varient entre 33 et 75%. La gravité de l'atteinte va de l'arthralgie intermittente à l'arthrite invalidante et à la vascularite. De multiples anticorps, dont les anticorps antinoyaux, antiplaquettes, antilymphocytes, antigranulocytes, antiphospholipides (anticardioline et anticoagulant lupique), se rencontrent lors de l'infection à VIH, ainsi que des complexes immuns circulants, le facteur rhumatoïde, et des cryoglobulines. Malgré la présence de ces anticorps chez certains patients, les mécanismes précis par lesquels les anomalies rhumatologiques se développent n'ont pas été élucidés, probablement différents d'un trouble à l'autre. Les maladies rhumatologiques lors de l'infection à VIH peuvent être résumées comme suit : les phénomènes auto-immuns, les pathologies dermatologiques, les maladies articulaires, les myopathies, le syndrome de Sjögren et les vascularites.

3.4- Le diagnostic [36] :

La stratégie actuelle en terme de dépistage en santé publique fait appel à une séquence de 2 tests, quelle que soit la prévalence dans un pays donné du VIH. :

- un test immunoenzymatique simple (ELISA), ou automatisé (EIA) nécessitant tous deux des infrastructures de laboratoire,
- des tests rapides

- ou une association des ces méthodes.

Le premier test (test 1) doit avoir une grande sensibilité (au moins 99%), le second test (test 2) une grande spécificité (au moins 98%).

Le Western blot n'est pas recommandé pour le dépistage.

Le diagnostic se fait à partir du sang, il peut être fait à partir du sang séché sur sérobuvard (SSS) pour les populations difficiles à atteindre.

Deux problèmes diagnostiques sont difficilement résolus en zones tropicales :

- le diagnostic biologique de la primo-infection : le diagnostic de certitude ne peut être posé que 4 à 6 semaines après la date présumée du contagé. Les techniques d'identification de l'ARN viral par PCR sont performantes, mais nécessitent des laboratoires spécialisés. Le sujet infecté consulte exceptionnellement à ce stade dans les PED ;

- le diagnostic biologique chez l'enfant (transmission mère-enfant) pose par contre un problème quotidien : le test de confirmation n'est positif qu'après l'âge de 18 mois. Les techniques d'identification de l'ARN viral par PCR en temps réel permettent d'identifier 1/3 des enfants infectés dès la naissance (correspondant aux contaminations in utero), les 2/3 restant étant identifiés secondairement en règle jusqu'à 3 mois et exceptionnellement entre 3 et 6 mois.

La sérologie chez l'enfant de moins de 18 mois est d'interprétation difficile.

Donc avant 18 mois, le diagnostic virologique : antigène P24, PCR, ARN ou ADN sont à privilégier ; au-delà de 18 mois le diagnostic est sérologique comme chez l'adulte.

3.5- Transmission du VIH de la mère à l'enfant (TME) [36] :

. Dans la majorité des cas, les infections chez l'enfant ont été transmises par la mère et plus de 90% sont survenues en Afrique subsaharienne. La TME du VIH-1 (le VIH-2 est très rarement transmis à l'enfant) se fait soit pendant la grossesse, soit au cours du travail et à l'accouchement, soit au cours de l'allaitement. En l'absence de traitement préventif, 30 à 40% des enfants sont infectés dont 10% pendant la grossesse, 15% pendant le travail et environ 10% pendant l'allaitement. L'efficacité remarquable de l'AZT pour réduire la TME du VIH chez les femmes n'allaitant pas leurs enfants a été démontrée dès 1994 dans les pays industrialisés. (8% versus 26%). Il en a été de même dans les PED. Ainsi, lorsque l'AZT est débuté à partir de la 36^{ème} semaine de grossesse et la névirapine (NVP) prescrite au moment du travail et de la naissance (Ditrane Plus, Côte d'Ivoire), le pourcentage de transmission a été de 6,5%. Actuellement, le protocole thérapeutique préventif PHPT-2, associe AZT à la mère à partir de la 28^e semaine et la NVP à l'accouchement, la NVP au nouveau-né dans les 72 heures de la naissance et l'AZT pendant une semaine. Le pourcentage de transmission en Thaïlande a baissé à 1,9%.

Ces protocoles comportent l'allaitement artificiel, toujours difficile dans des conditions d'hygiène précaire. Il ne faut pas faire allaiter un enfant «par procuration» par une «nourrice infectée non connue».

4- Les traitements :

4.1- Traitement des infections opportunistes [19, 28] :

Ils sont limités le plus souvent dans les PED **aux traitements des infections opportunistes**, avec un nombre relativement limité de médicaments efficaces :

- amphotéricine B, kétoconazole, fluconazole, itraconazole pour les infections mycosiques,

- cotrimoxazole pour les parasitoses (pneumocystose, toxoplasmose, isosporose),
- ganciclovir, acyclovir pour les infections virales,
- antibiotiques spécifiques ou non (antituberculeux pour la tuberculose évolutive, cotrimoxazole ou fluoroquinolones pour les salmonelloses).

Leur disponibilité, leur coût font que beaucoup de malades ne peuvent pas en bénéficier. Cependant, la tuberculose bénéficie déjà dans beaucoup de pays de la gratuité dans le cadre de programmes nationaux.

La prophylaxie antituberculeuse primaire est très officiellement recommandée par l'OMS, mais n'est en pratique pas appliquée, surtout en raison des craintes qu'elle inspire en terme de sélection des résistances. Une prophylaxie au cotrimoxazole doit être accessible à tous, son coût est peu élevé et il assure une protection significative contre la pneumocystose, la toxoplasmose, les salmonelloses, l'isosporose. L'OMS recommande de débiter la prophylaxie par le cotrimoxazole dès que les CD4 sont $< 350/\text{mm}^3$.

La prévention des IO est en partie assurée chez les nourrissons infectés par les vaccinations du PEV (y compris le BCG en l'absence de sida). Une supplémentation en vitamine A et autres vitamines et oligo-éléments est utile.

4.2- Le traitement de l'infection à VIH par les antirétroviraux (ARV) [19] :

«Les malades du sida sont au sud, les médicaments au nord»

Les bons résultats obtenus dès 1996 par la stratégie HAART (*Highly Active AntiRetroviral Therapy*) avec les trithérapies obligent à traiter tous les VIH/SIDA dans le monde. Ceci, d'autant que toutes les trithérapies, quelles soient de type 2 inhibiteurs nucléosidiques (INTI) + 1 IP ou 2 INTI + 1 non nucléosidique (INNTI) ou 3 INTI, ont globalement montré leur intérêt.

La baisse conséquente du prix des ARV, l'application élargie de l'initiative «*Accelerating Access*» d'ONU/SIDA, la mise en place du Fonds Mondial Santé/SIDA et l'accord «historique» signé le 30/08/2003 entre les 146 pays membres de l'OMS qui ont donné leur «feu vert» à l'importation par les pays du Sud de médicaments génériques dont les ARV, doivent permettre l'accès aux ARV à un plus grand nombre de malades des pays en développement. Le prix annuel d'une trithérapie est de l'ordre de 250 \$US.

L'OMS a lancé le 22/09/2003 l'initiative «3 000 000 d'ici 2005» [3 by 5], dont l'objectif était de mettre

3 000 000 de patients, soit à peu près la moitié des malades, sous ARV d'ici la fin 2005 dans les PED. Si l'objectif n'a pas été atteint, il a contribué à provoquer une impulsion relative. L'accès aux soins contre le SIDA est aujourd'hui assuré à environ 970 000 personnes dans les PED, dont 500 000 en Afrique et 115 000 en Asie et on estime, qu'en 2005, 250 à 350 000 décès ont été évités grâce à un plus large accès aux ARV des populations vivant dans les pays pauvres.

Le traitement antirétroviral est possible tant en milieu urbain qu'en milieu rural. Les centres de traitement doivent être intégrés dans le système sanitaire local et associé aux Programmes Nationaux de Lutte contre le Sida (PNLS). On cite l'Organisation Pan-Africaine de Lutte contre le SIDA (OPALS) et la Croix-Rouge Française (CRF) qui ont, à travers leurs Centres de Traitement Ambulatoire (CTA), prouvé que soigner le SIDA en Afrique, c'est non seulement possible, mais que cela permet également de mieux le prévenir. Assurer un traitement efficace contre l'infection à VIH/SIDA est la seule activité qui peut dynamiser et accélérer vraiment le développement de la prévention.

Le traitement doit être commencé lorsque les lymphocytes CD4+ sont inférieurs à 200/mm³ (ou inférieurs à 15% du total des lymphocytes), que le patient soit symptomatique ou non, ou en cas de manifestation opportuniste majeure définissant le SIDA.

Il faut se rappeler que les associations d'ARV ne sont que virostatiques et que leur maintien permanent est nécessaire pour contrôler la réplication virale. L'éradication virale est considérée comme un objectif inaccessible et l'infection à VIH/SIDA devient sous ARV une maladie chronique. L'objectif est de maintenir ou de restaurer un compte de lymphocytes CD4 $> 200/\text{mm}^3$, car c'est au-dessous de ce taux que le risque d'IO apparaît. La restauration immunitaire est toujours incomplète et ceci d'autant que le traitement ARV a débuté tardivement, ce qui est souvent le cas dans les PED.

Il faut dans les PED optimiser l'observance aux ARV. C'est l'élément clé du succès des programmes en cours, dans lesquels on recommande un suivi biologique allégé ainsi que la prescription en première ligne de molécules antirétrovirales efficaces, mais dont la barrière génétique est faible (INNTI : névirapine, efavirenz).

4.3- Traitement antirétroviral selon le protocole de prise en charge national du Mali [8, 19, 28] :

4.3-1- Principes du traitement ARV

a- Objectif :

L'objectif du traitement ARV est de rendre la charge virale indécélable et au mieux de restaurer l'immunité, permettant d'augmenter la durée et la qualité de vie des patients.

b- Principes

- C'est un traitement à vie, qui nécessite une excellente observance de la part des patients et un suivi intensif de la part des personnels soignants.

Le traitement antirétroviral est une trithérapie associant généralement deux inhibiteurs nucléosidiques de la transcriptase inverse (INTI) à un inhibiteur non nucléosidique de la transcriptase inverse (INNTI) ou à un inhibiteur de protéase (IP).

- Les combinaisons thérapeutiques fixes doivent être privilégiées pour favoriser l'observance et diminuer le coût de la prise en charge pour les pays.
- Les molécules utilisées doivent figurer sur la liste des médicaments essentiels du Mali et seront nécessairement pré-qualifiées par OMS (organisation mondiale de la santé).

4.3-2- Protocoles thérapeutiques antirétroviraux chez l'adulte et l'adolescent

a- Indication du traitement :

L'indication du traitement sera fonction de l'état clinique et immunologique du patient.

Pour les patients asymptomatiques ou peu symptomatiques ayant un taux de lymphocytes CD4 entre 200 et 350/mm³, le traitement sera discuté en fonction de :

- ✓ l'évolution clinique
- ✓ la rapidité de la baisse des lymphocytes CD4 (comptage CD4 trimestriel)
- ✓ la motivation du patient.

Pour les patients asymptomatiques avec des CD4 > 350/mm³, le traitement n'est pas recommandé et l'on surveillera les lymphocytes CD4 tous les 6 mois.

Si la numérotation des lymphocytes CD4 n'est pas disponible, on se basera sur la clinique et le taux de lymphocytes totaux.

- . Stade IV et III de l'OMS quelque soit le taux des lymphocytes totaux
- . Stade II OMS avec un taux de lymphocytes totaux < 1200/mm³

Les patients asymptomatiques (stade I) ne doivent pas être traités en l'absence de numération des lymphocytes CD4.

b- Schémas thérapeutiques



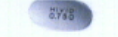













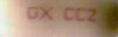

Bilan pré-thérapeutique :

- **Jour 1 :** On procède à l'examen clinique incluant le poids, la recherche d'une grossesse chez une femme en l'âge de procréer, l'éducation thérapeutique du patient, NFS ou hématicrite si utilisation AZT, les transaminases, la créatinémie, et la glycémie en fonction des ATCD personnels et familiaux et l'utilisation des IP, la radiographie pulmonaire en cas de symptômes pulmonaires, et la numération des CD4 si disponible.
- **Jour 15 :** l'examen clinique inclut le poids, l'évaluation de l'observance et de la tolérance, les transaminases en cas de signes d'appel sous Névirapine.
- **Mois 1 :** l'examen clinique inclut le poids, l'évaluation de l'observance, la NFS ou l'hématicrite en cas d'utilisation d'AZT, les transaminases en utilisation INNTI/DDI ou de signes d'appel. Après le 1^{er} mois de traitement, le suivi clinique sera maintenu à un rythme mensuel jusqu'au bilan du douzième mois.
- **Mois 3 :** l'examen clinique inclut le poids, l'évaluation de l'observance, l'examen biologique en cas de signes cliniques d'appel.
- **Mois 6, Mois 12, Mois 18, Mois 24 :** l'examen clinique inclut le poids, l'évaluation de l'observance, la tolérance, l'efficacité clinique et immuno-virologique, la glycémie et le bilan lipidique si utilisation d'IP.

Tableau V : Les molécules antirétrovirales [8] :

DCI	Nom de spécialité	Posologie (nombre total de gélule par jour)
Inhibiteurs nucléosidiques de la transcriptase inverse		
Didanosine (DDI)	Videx	1gél. à 400mg x 1 / jour
Lamivudine (3TC)	Epivir	1gél. à 150mg x 2 / jour
Stavudine (D4T)	Zérit	1gél. à 40mg x 2 / jour
Zalcitabine (DDC)	Hivid	1gél. à 0.75mg x3/j
Zidovudine (AZT, ZDV)	Retrovir	1cp. à 300mg x2/j
Abacavir (ABC)	Ziagen	1cp à 300mg x2/j
Ténofovir (TNV)	Ténofovir	1cp à 300mg x1/j
Inhibiteurs non nucléosidiques de la transcriptase inverse		
Delavirdine (DLV)	Rescriptor	2gél.à 200mg x3/j
Névirapine (NFV)	Viramune	1gél.à 200mg x2/j
Efavirenz (EFV)	Sustiva ou Stocrin	3gél.à 200mg x1/j
Inhibiteurs de la protéase		
Indinavir (IDV)	Crixivan	2gél. à400 mg x 3/j
Nelfinavir (NFV)	Viracept	5gél. à 250mg x 2/j
Ritonavir (RTV)	Norvir	6gél. à 100mg x 2/j
Saquinavir (SQV)	Invirase	3gél. à 200mg x3/j
Amprénavir (AMP)	Agenerase	8gél. à 150mg x2/j
Lopinavir (LPV)	Kaletra	3gél. à 133/33mg x2/j

C.I.S.I.H. PITIE SALPETRIERE
 Services des MALADIES INFECTIEUSES et TROPICALES (F. BRICAIRE) et de PHARMACIE (A. THUILLIER)

	MOLECULES	PRESENTATIONS	POSOLOGIES USUELLES	
NRTI	RETROVIR® 250 mg (AZT) 300 mg		250 mg x 2 / j 300 mg x 2 / j	
	VIDEX® 250 mg (DDI) 400 mg		250 mg / j < 60 kg 400 mg / j > 60 kg	
	HIVID®(DDC) 0.75 mg		0.75 mg x 3 / j	
	EPIVIR® 150 mg (3TC)		150 mg x 2 / j	
	ZERIT® 30 mg (D4T) 40 mg		30 mg x 2 / j 40 mg x 2 / j	
	COMBIVIR® (AZT 300 mg + 3TC 150 mg)		1 cp x 2 / j	
	ZIAGEN® 300 mg (ABACA VIR)		300 mg x 2 / j	
	TRIZIVIR® (AZT 300 mg + 3TC 150 mg + ZIAGEN 300 mg)		1 cp x 2 / j	
	VIRAMUNE® 200 mg (NEVIRAPINE)		1 cp / j pendant 15 j puis 1 cp x 2 / j	
	SUSTIVA® 200 mg (EFAVIRENZ)		600 mg / j le soir au coucher	
NNRTI	NORVIR® 100 mg (RITONAVIR)		600 mg x 2 / j (en doses progressives au début)	ou en booster pharmacologique à 100 mg x 2 / j
	CRIXIVAN® 400 mg (INDINAVIR)		800 mg x 3 / j	RITO 100 mg x 2 IDV 400 mg x 2 *
IP	VIRACEPT® 250 mg (NELFINAVIR)		750 mg x 3 / j ou 1250 mg x 2 / j	
	INVIRASE® 200 mg (SAQUINAVIR)		600 mg x 3 / j	RITO 100 mg x 2 SAQUI 800 mg x 2 *
	FORTOVASE® 200 mg SAQUI (EOF)		1200 mg x 3 / j	RITO 100 mg x 2 EOF 800 mg x 2 *
	AGENERASE® 150 mg (AMPRENAVIR)		1200 mg x 2 / j	RITO 100 mg x 2 AMP 600 mg x 2 *
	KALETRA® (LOPINAVIR 133.3 mg + RITONAVIR 33.3 mg)		3 gel x 2 / j	
	HYDREA® 500 mg		500 mg x 2 / j	

Document à usage interne du service
Septembre 2001

C. KATLAMA
H. AIT MOHAND M. H. FIEVET G. LECISO

* sous réserve de dosages pharmacologiques

Figure 4 : Quelques présentations de molécules ARV, posologie et formes galéniques.

c- Schéma de première ligne pour le VIH1

Il associe deux INTI et un INNTI. Le régime préférentiel en première intention, devant couvrir les besoins en traitement de 80% des malades nouvellement inclus, est le suivant :

Stavudine (D4T) + Lamivudine (3TC) + Névirapine (NVP)

Les régimes alternatifs suivants sont possibles :

- . Zidovudine (ZDV) + Lamivudine (3TC) + Efavirenz (EFV)
- . Zidovudine (ZDV) + Lamivudine (3TC) + Névirapine (NVP)
- . Stavudine (D4T) + Lamivudine (3TC) + Efavirenz (EFV)

Ils seront utilisés en cas de contre-indication ou de toxicité à une ou plusieurs molécules du schéma préférentiel de première ligne. La molécule incriminée sera ainsi remplacée selon les modalités suivantes, en tenant compte de la sévérité de l'effet secondaire :

- ✓ En cas de toxicité hépatique ou dermatologique de la Névirapine cette molécule est remplacée par l'Efavirenz.
- ✓ En cas de neuropathie imputable à la Stavudine, cette molécule est remplacée par de la Zidovudine.
- ✓ En cas de troubles neurologiques imputables à l'Efavirenz, cette molécule est remplacée par la Névirapine.
- ✓ En cas d'anémie imputable à la Zidovudine, cette molécule est remplacée par la Stavudine.

Remarques :

La Névirapine (NVP) doit être administrée à demi dose (200 mg/jour) pendant les 14 premiers jours de traitement puis à pleine dose (200mg x 2/jour) par la suite.

Si un schéma de traitement, contenant un INNTI (longue demie vie) doit être arrêté, les 2 INTI doivent être poursuivis pendant 15 jours.

Il faut éviter de prescrire dans une même association :

- ✓ La D4T et l'AZT en raison de leur effet antagoniste
- ✓ La D4T et la didanosine (DDI) en raison de leur toxicité neurologique et pancréatique.

L'utilisation de 3 INTI comme AZT/3TC/ABC (Abacavir) est possible, mais n'est pas recommandée en première ligne, sauf :

- ✓ en cas d'intolérance aux schémas de première ligne,
- ✓ chez les patients VIH2
- ✓ Chez les patients co-infectés VIH/Tuberculose nécessitant un traitement par la Rifampicine.

d - Cas particuliers

• **Traitement antituberculeux et antirétroviraux**

Il existe des interactions médicamenteuses entre les INNTI ou les IP et la rifampicine. La Névirapine (NVP) n'est pas recommandée en raison de son hépatotoxicité additive à celle des antituberculeux.

Si le traitement antirétroviral doit débuter en même temps que la rifampicine, on privilégiera donc l'Efavirenz (EFV à 800mg pour les patients de plus de 60 kg).

Stavudine (d4t) + Lamivudine (3TC) + Efavirenz (EFV)
--

L'initiation du traitement antirétroviral se fera selon les modalités suivantes:

- | |
|---|
| <ul style="list-style-type: none">▪ Taux de CD4 inférieur à 200/mm³ : débuter le traitement antituberculeux. Dès que ce traitement est bien toléré (au bout de 10 à 15 jours), commencer les ARV.▪ taux de CD4 compris entre 200 et 350/mm³ : terminer la phase intensive du traitement antituberculeux avant de débuter le traitement par les ARV.▪ taux de CD4 supérieur à 350/mm³ : traiter la tuberculose entièrement et commencer les ARV à la fin du traitement antituberculeux. |
|---|

En cas de tuberculose chez le patient VIH2 ou un femme enceinte :

- retarder le début des ARV à la fin de l'utilisation de la rifampicine, si l'état du patient le permet. On proscrit l'utilisation de l'Efavirenz chez la femme enceinte pendant le premier trimestre de la grossesse.
- utiliser une ligne temporaire composée de 3 INTI (AZT+3TC+ABC), si l'état du patient exige l'initiation du traitement antirétroviral.
- **Prise en charge des patients infectés par le VIH2 ou co-infection VIH1-VIH2 (ou infecté par le VIH1 du groupe O)**

Le choix thérapeutique doit exclure les inhibiteurs non nucléosidiques de la transcriptase inverse (Efavirenz, Névirapine) qui ne sont pas efficaces sur le virus VIH2 ou sur le VIH1 du groupe O.

On utilisera les schémas thérapeutiques associant les inhibiteurs nucléosidiques de la transcriptase inverse (INTI) à un inhibiteur de protéase (IP).

Le traitement de première ligne préférentiel est le suivant :

Stavudine (D4T) + Lamivudine (3TC) + Indinavir/Ritonavir (IDV/r)
--

Les alternatives thérapeutiques en cas de toxicité, d'intolérance ou d'interaction médicamenteuse sont les suivantes :

- Zidovudine (AZT) + Lamivudine (3TC) + Indinavir/Ritonavir (IDV/r)
- Stavudine (D4T) + Lamivudine (3TC) + Saquinavir/Ritonavir (SQV/r)
- Zidovudine (AZT) + Lamivudine (3TC) + Abacavir (ABC)
- **Cas des patients ayant déjà reçu un traitement ARV (non naïf)**

✓ Patients ayant interrompus leur traitement ARV :

Certains patients qui ont déjà reçu un traitement ARV dans le passé mais l'ont interrompu (patient non naïf si supérieur à 1 mois de traitement ARV au cours des 2 années précédentes) peuvent se présenter dans les structures de santé.

S'il n'y a pas de suspicion de résistance aux ARV, le traitement initial reçu sera utilisé.

✓ Patients traités par le passé avec d'autres régimes ARV :

Les patients observants et traités efficacement par un schéma thérapeutique différent des schémas préférentiels actuels seront maintenus sous cette ligne thérapeutique.

e- **Traitement de 2^{ème} ligne**

Il est indiqué :

- ✓ chez un patient observant et en échec thérapeutique documenté.
- ✓ chez un patient en échec thérapeutique du fait d'une inobservance caractérisée, il faudra reprendre l'éducation thérapeutique du patient et renforcer l'observance avant d'envisager tout changement de ligne thérapeutique.

Définition de l'échec thérapeutique : la documentation sur l'échec thérapeutique est basée sur des critères cliniques, immunologiques et au mieux virologiques.

- l'échec clinique est défini par la détérioration clinique avec apparition de nouvelles infections opportunistes ou récurrence d'infections opportunistes autres que la tuberculose et la survenue d'une affection du stade III ou IV de OMS.
- l'échec immunologique est défini par l'absence d'ascension des CD4 malgré un traitement ARV efficace depuis plus de 6 mois, à un retour de CD4 au niveau ou sous le niveau pré thérapeutique.
- l'échec virologique est défini par l'impossibilité de réduire la charge virale à des niveaux indétectables après 6 mois de traitement (sauf si la charge virale initiale était $>5 \times 10^6$ copies virales/mm³ qu'elle atteint un niveau $<10^4$ copies/ml).

Un échec thérapeutique sera au mieux documenté par une mesure de la charge virale, mais la constatation d'un échec clinique et immunologique patent permettra d'affirmer l'échec de la première ligne de traitement.

Protocoles des échecs thérapeutiques

En cas d'échec thérapeutique confirmé de la 1^{ère} ligne, le schéma préférentiel de la deuxième ligne suivante est recommandé :

Abacavir (ABC) + Didanosine (DDI) + Indinavir/Ritonavir (IDR/r)

Les alternatives suivantes sont possibles en cas de contre-indication ou de toxicité de l'une des molécules du schéma préférentiel :

- Abacavir + Ténofovir (TDF) + Indinavir/Ritonavir
- Abacavir + Ténofovir + Lopinavir/Ritonavir (LPV/r)
- Zidovudine + (DDI ou TDF) + IP boosté

L'association DDI + Ténofovir n'est pas recommandée en raison d'une toxicité cumulée (pancréatique, lymphopénie).

Le traitement de deuxième ligne recommandé en cas d'échec thérapeutique chez un patient infecté par le VIH2 est le suivant :

Abacavir + (Didanosine ou Ténofovir) + Lopinavir/Ritonavir

CHAPITRE II

ITINERAIRES THERAPEUTIQUES

II- ITINERAIRES THERAPEUTIQUES

La santé ne peut vraiment progresser que si l'on renforce les systèmes de santé en les fondant sur les soins de santé primaires. Dans la plupart des pays, les progrès sur la voie des objectifs du Millénaire pour le développement, énoncés par les Nations Unies, et des autres priorités sanitaires nationales seront forcément limités si l'on ne permet pas aux systèmes de santé de s'adapter à une situation sanitaire de plus en plus complexe. Ces systèmes doivent intégrer, à tous les niveaux, la promotion sanitaire et la prévention des maladies avec le traitement des maladies aiguës et les soins chroniques pour dispenser à l'ensemble de la population des services de qualité, à la fois équitables et efficaces. Les leçons tirées de la lutte contre le SRAS (syndrome respiratoire aigu sévère) et de l'éradication de la poliomyélite nous montrent la voie à suivre pour traiter d'urgence le problème du VIH/SIDA, tandis que la montée en puissance de la lutte contre le VIH/SIDA contribuera à son tour largement à renforcer les systèmes de santé.

1- IMPACT SOCIO-ECONOMIQUE DU VIH/SIDA [10] :

Il est essentiel de noter que la relation joue dans les deux sens : le VIH affecte l'économie, et le système économique affecte l'étendue et la répartition du VIH, notamment sa distribution entre les zones rurales et urbaines, entre les populations pauvres et non pauvres.

La pauvreté et la médiocrité des perspectives économiques sont souvent des variables fondamentales dans la décision de migrer.

Ainsi, l'une des deux influences importantes du VIH sur l'économie réside dans la réduction de la quantité et de la qualité de la main-d'œuvre disponible pour la production. En effet le VIH entraîne une hausse de la morbidité et de la mortalité dans certaines tranches d'âge. Cela a pour effet de réduire la quantité de la main-d'œuvre qui peut être utilisée avec d'autres facteurs productifs comme la terre et le capital, et donc de réduire la production.

Dans les sociétés qui subissent une augmentation de la mortalité adulte, la transmission des aptitudes et des connaissances acquises, facteur majeur de croissance de la productivité du travail, diminue. La capacité de transfert des connaissances et du savoir-faire technique d'un travailleur à un autre et entre générations s'amenuisera.

2- ORGANISATION DU SYSTEME DE SANTE AU MALI [29] :

La politique sectorielle de santé et de population fut adoptée en 1990 par le Mali.

Elle est conforme d'une part aux grands principes de l'OMS dont il est membre, et d'autre part à ses réalités socio-économiques et culturelles.

Elle vise à améliorer l'état de santé des populations à travers l'extension de la couverture sanitaire tout en rendant le système de santé viable et performant.

Elle est fondée sur le principe d'universalité qui fait de la santé un droit fondamental de tout malien et de l'action sociale une œuvre de solidarité de l'Etat envers les collectivités et l'individu.

Elle s'exécute à travers l'organisation actuelle du système de santé à trois niveaux :

- Le niveau central qui joue un rôle de conception, de prise de décision politique, d'appui stratégique, de mobilisation des ressources, et d'évaluation,
- Le niveau intermédiaire ou régional qui joue un rôle d'appui au niveau périphérique,
- Le niveau périphérique ou niveau opérationnel qui joue un rôle de planification, programmation et d'exécution des opérations à travers le plan décennal sanitaire et social du cercle (PDSSC).

Les structures :

Il existe au Mali :

- 2 Etablissements publics hospitaliers de troisième référence à vocation générale sont : l'hôpital du Point « G » et l'hôpital Gabriel Touré

- 2 Etablissements publics hospitaliers spécialisés de troisième référence sont : l'Institut d'Ophtalmologie Tropicale d'Afrique (IOTA) et le Centre National d'Odonto-Stomatologie (CNOS)
- 1 Institut National de Recherche en Santé Publique (INRSP),
- 1 Laboratoire National de Santé (LNS),
- 1 Centre National de Transfusion Sanguine (CNTS),
- 1 Centre National d'Appui à la lutte contre la Maladie (CNAM)
- 1 Centre de recherche et de formation sur le paludisme et le Département d'Epidémiologie et des Affections Parasitaires aux côtés de la Faculté de Médecine, de Pharmacie et d'Odontostomatologie.
- 7 Etablissements publics hospitaliers au niveau régional qui sont les structures de santé de deuxième référence (Hôpital Fousseyni Daou de Kayes ; Hôpital de Sikasso ; Hôpital Nianankoro Fomba de Ségou ; Hôpital Sominé Dolo de Mopti ; Hôpital de Tombouctou ; Hôpital de Gao ; Hôpital de Kati).
- 55 centres de santé de première référence
- 680 centres de santé communautaires (CSCOM),
- 434 structures privées y compris les pharmacies et les laboratoires.

Un paquet minimum d'activités est défini par niveau pour satisfaire les besoins de santé des populations et l'extension de la couverture sanitaire était en 2001 de 41% dans un rayon inférieur ou égal à 5 km et de 66% à 15 km.

La priorité de l'action sanitaire, réservée au milieu rural et péri-urbain, est dominée par la prévention des maladies, la promotion socio sanitaire et le bien-être de la famille.

Malgré cette priorité et la présence de toutes les structures sus-citées, les indicateurs ci-dessous issus de l'EDS III sont faibles :

- L'espérance de vie à la naissance est estimée à 61,6 ans,
- Le taux de mortalité infantile est de 113 pour 1000,
- Le taux de mortalité infanto juvénile est de 229 pour 1000,

- Le taux de la mortalité maternelle est de 577 pour 100000 naissances vivantes, le taux de couverture vaccinale est de 61% chez les enfants de 0 à 11 mois complètement vaccinés.

Le personnel :

Le personnel de santé est insuffisant tant en quantité qu'en qualité.

Le tableau ci-dessous présente le ratio toutes catégories de personnel de santé par rapport à la population.

Tableau VI : Ratios personnel de santé/ population au Mali en Juin 2001

Catégorie	Effectifs	Ratios	Normes OMS
Médecins (toutes spécialités)	719	1/14612	1/10000
Chirurgien-dentiste	52	1/213336	1/10000
Techniciens supérieurs filière Odontologie	44	1/246522	1/5000
Infirmiers d'état	579	1/18145	1/5000
Infirmiers	751	1/13989	1/5000
Sages femmes	490	1/21440	1/5000
Infirmières obstétriciennes	169	1/62163	1/5000

Source : Ministère du Plan

3- FREQUENTATION DES STRUCTURES SANITAIRES [27] :

Si on sait que l'offre de soins n'est pas de loin le seul déterminant de l'état de santé d'une population (les facteurs biologiques, l'environnement, le développement économique, le comportement socio culturel, l'éducation en sont d'autres importants), l'objectif explicite du système de soins est de maintenir, voire d'améliorer, l'état de santé de la population.

3.1- FACTEURS FAVORISANT LA FREQUENTATION [23, 20, 4] :

L'accessibilité est un phénomène très complexe ne se limitant pas seulement aux barrières financières et géographiques.

Dans les pays en voie de développement l'interaction entre les variables dans l'utilisation des services de santé est plus complexe que dans les pays développés du fait de l'existence de systèmes médicaux pluralistes et d'alternatives thérapeutiques diversifiées.

Pour FIELDER l'accès aux soins médicaux doit être analysé comme une interaction de deux jeux caractéristiques : celles d'un individu ou de sa famille qui fait la demande et les caractéristiques relatives au système de soins. Toutes les deux sont influencées par les politiques de santé. Les dimensions de l'accessibilité sont vues comme des facteurs caractérisant la satisfaction du patient et s'interposent entre les deux jeux de facteurs et l'utilisation des soins de santé.

La politique sectorielle de santé au Mali s'est fixée comme objectif de réduire la mortalité et la morbidité des mères et des enfants, en cherchant à assurer à la population l'accessibilité géographique et financière à des services de qualité. Pour ce faire, des outils ont été mis en place dont un découpage sanitaire du pays et le renforcement des liens entre les structures (communautaires) de premier niveau et les structures (publiques) de second niveau.

Comparé aux systèmes de santé des pays environnants, le système de santé malien présente une grande particularité. Tout d'abord, si les services de santé de second niveau (niveau des districts) et de troisième niveaux (niveau régional et national) sont essentiellement publics, ceux du premier niveau (villages) sont de type privé communautaire à but non lucratif. Le secteur confessionnel et privé libéral est peu développé. Ensuite, bien que les services de premier niveau relèvent du secteur privé communautaire, l'Etat est omniprésent et intervient tant dans la création des aires de santé, que dans la programmation des activités des centres qu'il planifie sans laisser beaucoup de manœuvres aux communautés.

A la base, se trouve le CSCOM, qui, en zone rurale, dessert plusieurs localités distantes de 0 à 15 km, au plus, couvrant une aire de santé dont la population totale est théoriquement comprise entre 5000 habitants et 15000 habitants. A Bamako, les aires de santé sont les communes. Pour assurer la continuité des soins de qualité, chaque centre de santé de premier niveau est en relation avec le centre de référence auquel il est rattaché et vers lequel il référera les cas qui dépassent sa compétence (évacuations).

A cette fin, chaque CSCOM devrait être équipé d'un réseau autonome de communication (RAC) pour avertir, en cas d'évacuation, le centre de santé de référence qui enverra son ambulance. Par ailleurs, pour alléger le coût des évacuations à la charge des usagers, deux systèmes ont été mis en place et consistent :

- Au versement, par les ASACO, d'une cotisation mensuelle au centre de santé de référence pour la constitution de kit d'urgence ;
- Au partage des coûts sur une base théorique de 40 % à la charge des patients, 30% des ASACO et 30% du centre de référence.

Les centres privés (confessionnels ou non) de premier niveau sont pour l'instant en dehors de ce schéma.

3.2- FACTEURS INFUENÇANT NEGATIVEMENT SUR LA FREQUENTATION DES SERVICES DE SANTE [23, 20, 9, 1, 14, 4, 21] :

L'utilisation des services de santé de premier niveau en Afrique reste très faible malgré les efforts importants qui ont été consacrés, depuis plus d'une décennie, pour renforcer l'offre de soins.

Malgré l'accroissement important de l'offre de ce type de soins (le nombre de centres de santé est passé d'environ 340 en 1998 à plus de 800 en 2003 au Mali), et donc l'amélioration de l'accessibilité géographique aux soins, l'utilisation des structures est restée faible et est inférieure à 0,25 contact par habitant et par an.

Il ressort de la littérature, tant sur l'Afrique qu'au Mali que le facteur financier, bien que présent, n'est pas, sauf pour la partie de la population la plus pauvre, le facteur **bloquant** l'utilisation de ces services. Les principaux facteurs bloquant cette utilisation sont avant tout **l'absence de qualité**, tant **perçue**, (tels la non disponibilité en médicaments à moindre coût, le mauvais accueil, l'attitude méprisante et condescendante du personnel soignant, les pratiques illicites et la malhonnêteté du personnel), qu'**objective** (telles la faible **compétence** du personnel de santé ou encore **la non application des règles classiques** de conduite thérapeutique). Un certain nombre d'études, notamment celles menées au Mali, ont en effet montré une élasticité prix négative, mais relativement modérée qui tend à disparaître lorsque la qualité perçue ou objective est introduite.

Ainsi, malgré un taux élevé d'analphabétisme et une assez grande asymétrie de l'information, les usagers réagissent, à leurs détriments, à une offre médiocre en se détournant du système en compensant par un recours à l'automédication, au secteur traditionnel ou encore au secteur privé à but lucratif lorsqu'ils en ont la possibilité. Et dans le même sens, d'autres études ont mis en évidence la volonté de la population à payer pour des soins de qualité. Les autres facteurs empêchant une forte utilisation des structures concernent **la faible accessibilité géographique et le nomadisme** de la population dans les zones désertiques à faible densité de population, la **perception de la nature de la maladie**, et plus spécifiquement pour les activités préventives, **la faible circulation de l'information, le manque de sensibilisation** (on ne fait pas recours si on n'est pas malade), **le statut de la femme et de l'enfant** dans la société. Un autre facteur, moins fréquent, est la méfiance entre les villages d'une même aire de santé qui conduit la population de certains villages à ne pas utiliser le CSCOM de l'aire de santé dont elle dépend.

Du côté *de l'offre des services*, plus spécifiquement au Mali, les facteurs limitant son fonctionnement sont en premier lieu la mauvaise entente entre le personnel des CSCOM et les membres des ASACO, qui ont pour mission de gérer les centres de santé et qui interfèrent à mauvais escient, la méfiance entre le personnel et l'absence d'autorité du responsable du centre de santé qui se trouvera incapable

d'exiger de son personnel un comportement correct. La **faible ou mauvaise capacité de gestion des ASACO, l'absence de motivation** du personnel, liée à l'instabilité de leur statut, à leur faible rémunération et à leur absence de plan de carrière sont d'autres facteurs qui entravent le bon fonctionnement des structures.

La pauvreté, le niveau d'éducation et la familiarisation avec le système de santé ou une combinaison de ces facteurs agissent plus significativement sur l'utilisation des soins que les manifestations des différences culturelles entre les producteurs et utilisateurs des services.

Parmi les facteurs de la non utilisation des soins prénataux, les facteurs émotionnels prennent une place prépondérante. Ces facteurs sont entre autres le déni, la dépression, la peur, le manque de support social et les problèmes familiaux.

La disponibilité des soins, les pratiques institutionnelles (horaires, temps d'attente, ordre de service, communication médecin/patient, accueil) et la localisation spatiale sont autant de facteurs qui constituent des barrières à l'utilisation des soins.

L'absence de communication entre le personnel de santé et le patient et/ou la mauvaise coordination des services peuvent aussi constituer une source de non utilisation.

3.3- CAS PARTICULIERS DU VIH/SIDA [44] :

En 2002 et 2003, la campagne mondiale contre le VIH/SIDA intitulée « Vivre et laissez vivre » était consacrée à la lutte contre toutes les formes de stigmatisation et de discrimination.

Dramatiques conséquences du VIH/SIDA, et obstacles principaux à la prévention et la prise en charge de l'infection, la discrimination et la stigmatisation des personnes vivant avec le VIH et de leur entourage sont une sombre réalité que l'on préfère parfois ignorer.

La crainte de la discrimination et de la stigmatisation détourne du dépistage, et incite les personnes infectées et affectées par le VIH/SIDA à se taire, et à se priver de soins et d'une attention sociale et humaine pourtant indispensables.

La discrimination doit également être considérée comme un enjeu de santé publique dans la mesure où elle s'oppose à la diffusion de l'information sur le risque de transmission. Information qui, doit être la plus large possible pour favoriser la prévention et d'empêcher d'évoquer le risque VIH de manière personnalisée. Ceci sous peine de susciter la méfiance ou la critique ce qui réduit les possibilités de négocier les mesures préventives. D'une part, elle restreint la volonté des personnes de connaître leur statut sérologique et limite le recours au dépistage. Et d'autre part, elle favorise le déni de la maladie par les personnes atteintes et restreint leur recours au traitement.

Cette situation peut inciter à la négligence des besoins spécifiques des personnes atteintes et favorise l'immobilisme des institutions de santé publique et le désengagement des professionnels de santé.

4- RECOURS AUX SOINS ET ITINERAIRES THERAPEUTIQUES [43, 12, 11, 46, 4, 27] :

Plusieurs études ont été faites sur les recours aux soins et itinéraires thérapeutiques, mais nous nous limiterons à la revue de quelques études au Mali et dans certains pays africains.

Plusieurs études faites en 1991 par S.TRAORE, T. DIARRA et B.D. DIAKITE T. DIARRA respectivement sur le recours aux soins et leurs détermination, sur la consommation médicale et sur les représentations et itinéraires thérapeutiques ont montré que 54 à 55% des personnes enquêtées avaient eu recours à l'automédication, 36% à la médecine moderne, 3% à la médecine traditionnelle lors de leur premiers recours aux soins.

Par contre en seconde étape le taux de recours à l'automédication diminuait au profit des autres, celui de recours à la médecine traditionnelle augmentait de 3 à 12% et celui de la médecine moderne augmentait de 36 à 39%.

Lorsqu'on enquête auprès de la population pour décrire l'itinéraire thérapeutique des personnes ayant eu un épisode morbide, il en ressort :

- Que la principale cause de morbidité déclarée se classe dans la rubrique fièvres et paludisme (entre 34 et 40 % des cas) ;
- Que les ruraux déclarent moins d'épisodes morbides (0,5 à 0,7 épisode morbide en moyenne par an) que les urbains (1 épisode morbide par an) ;
- Que le recours aux soins modernes (toutes structures confondues) concerne entre 45 % à 55 % des plaintes, l'automédication (à base de traitement traditionnel ou moderne), plus de 40 % et le recours aux thérapeutes traditionnels, plus variable selon les régions, entre 3 % et 23 % ;
- Que le recours à tel ou tel type de soins n'est pas exclusif : on passe alternativement d'une structure moderne à une structure traditionnelle, si la médecine moderne (ou traditionnelle) ne parvient pas rapidement à un résultat, on ira dans l'autre secteur, quitte à faire des allers-retours;
- Que les pauvres d'un côté, les femmes de l'autre, ont plus recours à l'automédication que les riches et que les hommes.

D'après les études menées sur la demande de soins, la qualité des soins et de l'accueil est un élément important dans le choix thérapeutique des ménages, mais aussi dans l'assiduité du groupe ciblé (les femmes et les enfants) aux activités qui leur sont proposées.

J. VAUGELADE dans son étude sur la consommation médicale et les itinéraires thérapeutiques en milieu rural au BURKINA FASO a montré que dans les milieux ruraux où existait un centre de santé primaire (CSP) 42% des malades avaient eu recours à la médecine traditionnelle et 37% à la médecine moderne. Par contre dans la zone où existait un dispensaire le taux de recours était de 35% pour la médecine traditionnelle et 44% pour la médecine moderne. L'étude faite par POPP et A. KEITA à Bandiagara va dans le même sens.

5- SITUATION DE MEDECINE TRADITIONNELLE DANS LE MONDE [35] :

Pendant la dernière décennie, le recours à la médecine traditionnelle a connu un regain d'attention et d'intérêt dans le monde. En Chine, 40 % environ de l'ensemble des soins de santé relèvent de la médecine traditionnelle. Au Chili et en Colombie, 71 % et 40 % de la population, respectivement, ont recours à la médecine traditionnelle et, en Inde, 65% de la population rurale y font appel au niveau des soins de santé primaires. Dans les pays développés, les médecines traditionnelles, complémentaires et parallèles connaissent un succès croissant. Ainsi, le pourcentage de la population ayant eu recours à ces médecines au moins une fois est de 48 % en Australie, 31 % en Belgique, 70 % au Canada, 49 % en France et 42% aux Etats-Unis d'Amérique.

Les médecines traditionnelles, complémentaires et parallèles (ci-après « médecine traditionnelle ») sont couramment utilisées pour traiter ou prévenir les maladies chroniques et pour améliorer la qualité de la vie. Certains éléments indiquent que la médecine traditionnelle est prometteuse.

La médecine traditionnelle a également été appliquée au traitement de maladies très graves comme le paludisme ou le SIDA. Au Ghana, au Mali, au Nigeria et en Zambie, les plantes médicinales sont des médicaments du traitement de première intention pour plus de 60 % des enfants atteints de forte fièvre. Des études menées en Afrique et en Amérique du Nord ont montré que 75 % des personnes vivant avec le VIH/SIDA ont recours à la médecine traditionnelle, exclusivement ou en complément d'autres médecines, pour plusieurs symptômes ou maladies.

Nombreux sont ceux qui ont recours à la médecine traditionnelle dans le cadre d'une auto prise en charge, car une conception erronée et largement répandue fait de « naturel » le synonyme de « sans danger ». Les gens ne savent peut-être pas quels sont les effets secondaires éventuels des plantes médicinales ni comment et quand elles peuvent être utilisées en toute sécurité. Dans la plupart des pays, il n'existe aucun système de contrôle de l'innocuité ; lorsqu'il existe, ce système exclut les plantes médicinales. A cause de l'absence de contrôle de la qualité et du manque d'information des consommateurs, des cas d'utilisation erronée de préparations à base de plantes ont été signalés. Ainsi, en Belgique, plus de 50

personnes ont été atteintes d'insuffisance rénale en 1996 après avoir ingéré une préparation à base de plantes contenant *Aristolochia fangchi* (une plante toxique) au lieu de *Stephania tetrandra* ou *Magnolia officinalis*.

Bien que l'on ait recours depuis longtemps à la médecine traditionnelle, il existe peu de preuves systématiques de son innocuité et de son efficacité. L'évolution de la médecine traditionnelle a été influencée par le contexte culturel et historique, ce qui rend difficile une évaluation systématique puisqu'il faut prendre en compte des facteurs tels que la philosophie et la théorie qui sous-tendent son utilisation.

Par là même, l'absence d'évaluation a freiné la mise en place d'une réglementation et d'une législation.

En outre, il y a peu de coopération et de partage de l'information entre pays concernant la réglementation des produits à base de plantes sur le marché.

La médecine traditionnelle est facilement accessible et son coût est abordable dans les pays à faible revenu, mais, avec la mondialisation croissante, les détenteurs du savoir s'inquiètent de l'érosion des cultures et modes de vie traditionnels du fait de pressions extérieures, notamment de la perte de leur savoir et de la réticence des plus jeunes à perpétuer les pratiques traditionnelles. Le détournement des ressources naturelles, la préservation de la biodiversité et la protection des ressources phytothérapeutiques pour le développement durable de la médecine traditionnelle constituent d'autres sujets de préoccupation.

L'utilisation de la médecine traditionnelle se heurte à un obstacle principal : l'absence de système de qualification et de délivrance de l'autorisation d'exercer. Il est donc difficile pour les autorités nationales et les consommateurs de savoir qui sont les prestataires qualifiés. Les réseaux organisés de tradipraticiens manquent également.

6- DEPENSES DE SANTE [43, 12, 4] :

Plusieurs études ont été faites au Mali. En 1990 une étude sur les conditions de vie, les dépenses de santé, et les recours aux soins dans une population du quartier de

Bankoni (Bamako) avait fait une répartition des dépenses en cinq rubriques : Consultation, Médicaments, Analyses de laboratoire, Transport et Hospitalisation. Le tableau ci dessous illustre la structure des dépenses annuelles moyennes de santé par ménage dans le quartier de Bankoni

Tableau VII : Répartition selon les dépenses annuelles à Bankoni [4] :

	Espèce	Nature	Total
Consultation moderne	270	16	286
Consultation traditionnelle	85	57	142
Médicaments modernes	4801	56	4857
Médicaments traditionnels	210	6	216
Hospitalisation	226	0	226
Analyses	234	0	234
Transport	325	0	225
total	6151	134	6285

La dépense annuelle de santé par ménage était de 6285F CFA soit 1047F CFA par personne dans le quartier de Bankoni. La taille moyenne d'un ménage était de six personnes. Cette étude a montré que les dépenses de santé étaient d'une importance négligeable par rapport à l'ensemble des dépenses de ménage : 1,16% des dépenses totales.

Différentes études réalisées vont dans le même sens. Ainsi la part des dépenses de santé dans le budget du ménage représentait seulement 4% du revenu dans les familles des travailleurs de l'enseignement et de la culture du district de Bamako, moins de 4% à DIOLA et DIDIENI ; à peine 5% à Kangaba.

Dès le début des années 1980, de nombreuses études vont alors chercher à évaluer l'effet de la tarification sur l'utilisation des services de santé. Durant près d'une décennie, une large controverse animera le débat : certaines études concluant à

l'inélasticité de la demande de soins par rapport au prix (Mwabu 1986 ; Gertler et van der Gaag 1990), les autres démontrant exactement le contraire.

Selon FERRANTI la population était peut être psychologiquement mal préparée à dépenser directement pour sa santé, certains pensaient que les impôts, les taxes et les multiples cotisations que percevait le gouvernement devrait lui permettre de financer les dépenses de santé.

S. Coulibaly, dans une étude sur l'accessibilité financière aux centres socio sanitaires du cercle de Bougouni (CSSCB) a remarqué, qu'il existait une résistance au paiement direct des frais d'actes par les usagers ; en consultation par exemple que 59% des personnes enquêtées ont affirmé que le prix était très élevé (200F CFA). La même étude a montré que 34% de ceux qui prenaient, leurs soins au CSSCB manquaient de moyens financiers, 67% avaient eu à renoncer de voir le médecin ou l'infirmier par manque de moyens financiers pour payer les frais de consultation et des médicaments.

CHAPITRE III

MALADES ET METHODES

III- MALADES ET METHODES

1. Cadre d'étude :

Notre étude a eu lieu au Centre hospitalier universitaire du Point « G » qui a une superficie de 35 hectares, situé au Nord de la ville de Bamako sur la colline dont il porte le nom à 8 km du centre de la ville. Il est le plus grand hôpital du Mali et s'insère dans un système sanitaire composé comme suit :

- ✓ Les centres de santé de 1^{ère} référence (niveau opérationnel) qui regroupent les centres de santé des cercles et les centres de santé communautaire (CSCOM).
- ✓ Les centres de 2^{ème} référence (niveau stratégique) qui regroupent les hôpitaux régionaux et les hôpitaux secondaires dans certains cercles.
- ✓ Les centres de 3^{ème} référence au niveau national représentés par l'hôpital Gabriel Toure, l'hôpital du point G, le centre national d'odontostomatologie, le CNAM (ex : Institut Marchoux).

Ces dernières occupent le sommet de la pyramide sanitaire du Mali dont la base est occupée par les centres de santé communautaires. On y retrouve les spécialités médicales et chirurgicales suivantes :

- ✓ Médicales : Médecine Interne ; Cardiologie ; Neurologie ; Maladies Infectieuses ; Hématologie-oncologie ; Néphrologie ; Pneumo-phtisiologie ; Psychiatrie ; Urgences et Réanimation ; Radiologie.
- ✓ Chirurgie : Chirurgie générale, Urologie ; Gynecologie-Obstetrique.

2. Lieu de l'étude :

Notre étude a été effectuée dans le service des maladies infectieuses ayant une capacité d'hospitalisation de 16 lits, composé comme suit :

Trois grandes salles d'hospitalisation au réz de chaussés comportant chacune quatre lits (RDC) et deux petites salles d'hospitalisation comportant chacune d'elle

deux lits (à l'étage). Il constitue la référence en matière de prise en charge des maladies infectieuses en général et du VIH/SIDA en particulier.

Pour le fonctionnement de ce service, le personnel est composé de :

- Trois médecins : deux médecins spécialistes de maladies infectieuses et un médecin généraliste en formation.
- Trois Techniciens de santé.
- Deux aides-soignants.
- Trois Techniciens de surface.

3. Type d'étude et période d'étude :

C'était une étude prospective, transversale et descriptive sur huit mois, qui s'étalait de Juillet 2006 en Mars 2007.

4. Population d'étude :

Notre étude a porté sur les patients hospitalisés ou suivis en externe pour infection à VIH au service des maladies infectieuses du Point «G».

5. échantillonnage :

L'échantillonnage était de type exhaustif par inclusion de tous les patients répondant à nos critères d'inclusion et suivis pour l'infection à VIH pendant la période de l'étude.

La taille de l'échantillon n'a pas été fixée au départ.

➤ critères d'inclusion :

Etaient inclus dans notre étude des patients dont la sérologie rétro virale est positive et acceptant de participer sur la base de consentement volontaire, oral et éclairé.

➤ **critères de non inclusion :**

N'étaient pas inclus dans notre étude les patients dont la sérologie rétro virale est négative ou inconnue ainsi que les patients non consentants.

6. Collecte et analyse des données :

Les données ont été recueillies sur une fiche d'enquête à partir de l'interrogatoire et des dossiers médicaux d'hospitalisation et de suivis.

Les techniques de collecte étaient reposées sur l'interrogatoire, entretien avec les patients, examen physique, examen complémentaire.

La saisie et l'analyse ont été faites sur les logiciels Epi-Info version 6. , Excel version 2003 et sur Word version 2003.

7. Variables mesurées :

Age, sexe, statut matrimonial, résidence, profession, niveau d'instruction, Motifs d'hospitalisation ; Infections opportunistes diagnostiquées ; Conduite thérapeutique ; l'évolution ; la sérologie VIH ; le taux de CD4.

8. Aspects éthiques :

L'inclusion des malades était faite sur la base de consentement volontaire, éclairé et oral.

L'anonymat des patients a été gardé et les patients avaient le droit de se retirer ou de refuser de participer à l'étude sans avoir des conséquences sur la prise en charge.

Les données biologiques et cliniques continueront à faire l'objet d'une stricte confidentialité en gardant l'anonymat des patients.

CHAPITRE I V

RESULTATS

IV- RESULTATS

A- ETUDE QUANTITATIVE :

De 1^{er} juillet 2006 au 31 Mars 2007, nous avons mené une étude prospective sur 152 patients atteints de VIH/SIDA. Nous en avons analysé les aspects sociodémographiques, cliniques et les itinéraires thérapeutiques des patients.

1- CARACTERISTIQUES SOCIODEMOGRAPHIQUES DE LA POPULATION D'ETUDE

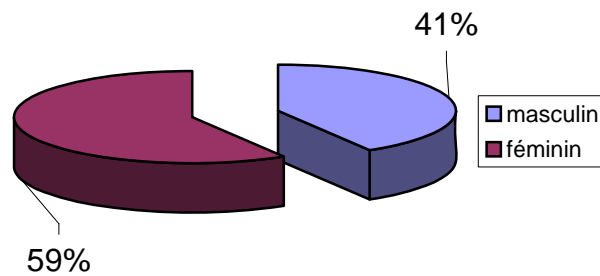


Figure 6 : Répartition des patients selon le sexe

Le sexe féminin prédominait avec 59% des cas (89 patientes).

Le sex-ratio est 0.7

Tableau VIII : Répartition des patients selon l'âge :

Tranches d'âge	Effectif	Pourcentage (%)
20-29	32	21
30-39	61	40
40-49	43	28,3
50-59	15	10
>60	1	0,7
Total	152	100

La tranche d'âge la plus touchée était celle de 30-39 ans avec 40% des cas ; la moyenne d'âge a été 36,7 ans avec des extrêmes allant de 20 à 66 ans

Tableau IX : Répartition des patients selon le statut matrimonial :

SITUATION MATRIMONIALE	EFFECTIF	POURCENTAGE (%)
Mariés	96	63,2
Veufs	23	15,1
Divorcés	16	10,5
Célibataires	17	11,2
Total	152	100

Les mariés représentaient la plus grande partie de la population d'étude soit 63,2%

Tableau X : Répartition des patients selon la profession exercée :

Profession	Effectif	Pourcentage (%)
Ménagères	53	35
Salariés	20	13,1
Commerçants	16	10,5
Ouvriers	13	8,5
Cultivateurs	13	8,6
Vendeuses	10	6,5
Militaires	9	6
Chauffeurs	7	4,6
Artisans	6	4
Autres*	5	3,2
Total	152	100

*= 1 élève, 2 restauratrices, 2 teinturières

Parmi les enquêtés, 35% étaient des ménagères.

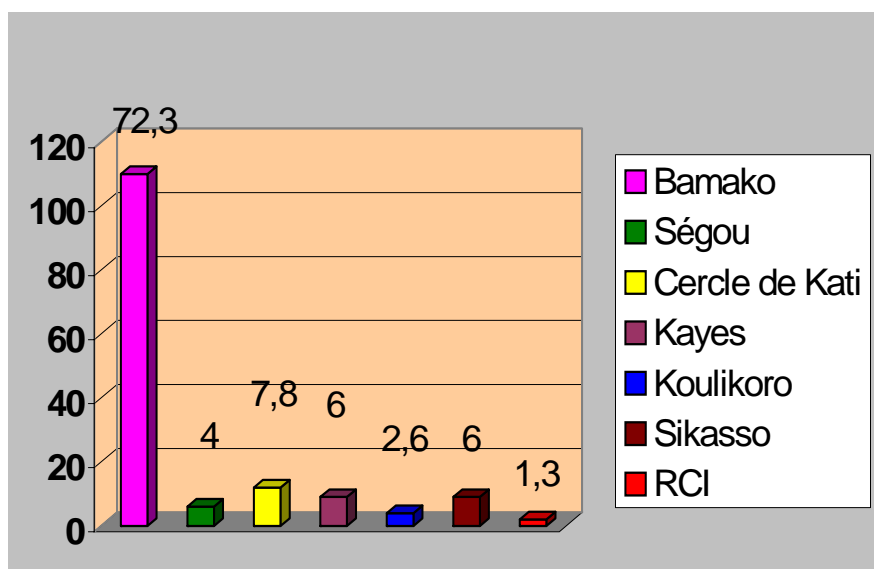


Figure 7 : Répartition des patients selon leur résidence :

Les résidents à Bamako avaient la plus grande représentation avec 72,3% des cas suivis du cercle le plus proche de Bamako, Kati 7,8%.

Tableau XI : Répartition des patients selon le niveau d'instruction :

<i>Niveau d'instruction</i>	Effectif	Pourcentage (%)
Non scolarisé	43	28,3
Premier cycle	39	25,7
Ecole secondaire	32	21
Seconde cycle	27	17,8
Ecole coranique	9	5,9
Ecole supérieure	2	1,3
Total	152	100

Les non scolarisés représentent 28,3% de la population enquêtée.

2- CARACTERISTIQUES CLINIQUES ET BIOLOGIQUES DE LA POPULATION D'ETUDE :

Tableau XII: Répartition des patients selon les stades cliniques de l'OMS

Stade selon l'OMS	Effectif	Pourcentage (%)
Stade I	58	38,2
Stade II	8	5,2
Stade III	28	18,4
Stade IV	58	38,2
Total	152	100

Les stade I et IV sont les plus représentés avec 38,2% pour chacun

Tableau XIII : Répartition des patients en fonction des catégories selon CDC 1993 :

Catégorie selon CDC1993	Effectif	Pourcentage (%)
Catégorie A	66	43,4
Catégorie B	6	4
Catégorie C	80	52,6
Total	152	100

La plupart de nos patients étaient à la phase SIDA, soit 52,6% à la catégorie C

Tableau XIV : Répartition des patients selon l'indice de KARNOFSKI :

INDICE DE KARNOFSKI	EFFECTIF	POURCENTAGE (%)
100%	52	34,2
90%	25	16,4
80%	18	11,8
70%	22	14,5
60%	10	6,6
50%	11	7,2
40%	14	9,2
Total	152	100

Les patients dont l'indice de KARNOFSKI se trouve entre 50 et 80% représentaient la majorité soit 40,1 %.

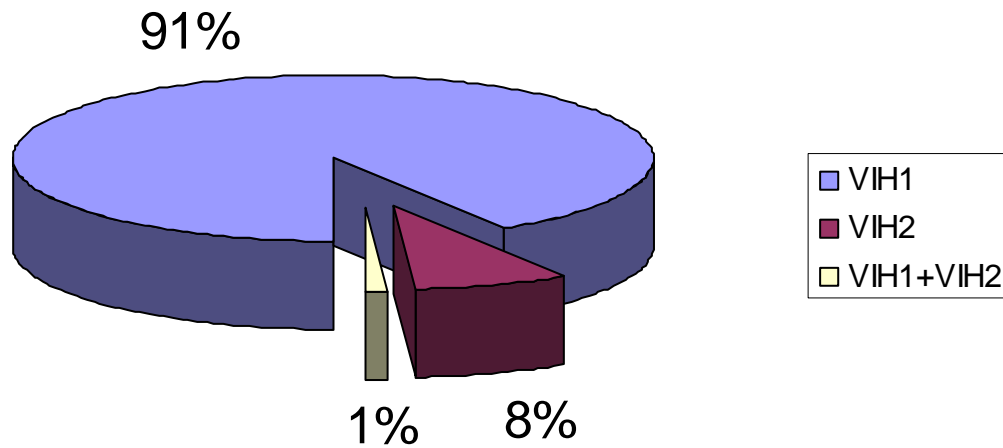


Figure 8 : Répartition des patients selon le type du virus :

La majorité des patients sont infectés par le VIH1 soit 91% des cas.

Tableau XV : Répartition des patients selon le taux de CD4 :

Taux de CD4	Effectif	Pourcentage (%)
<100	74	48,6
100-200	21	13,8
>200	57	37,6
Total	152	100

Parmi la population enquêtée, **48,6%** avaient un taux de CD4 < 100 cell/ul.

3- ITINERAIRES THERAPEUTIQUES DES PATIENTS ENQUETES :

Tableau XVI : Répartition des patients selon les différents recours.

Traitement	OUI		NON		TOTAL	
	effectif	Pourcentage%	effectif	Pourcentage%	Effectif	Pourcentage%
Automédication	78	51,3	74	48,7	152	100
Traitement traditionnel	122	80,3	30	19,7	152	100
Médecine moderne	126	82,9	26	17,1	152	100

Parmi la population étudiée ; 51,3% des malades ont fait une automédication ; 80,3% ont fait un traitement traditionnel et 82,9% des malades ont déjà effectué un traitement conventionnel.

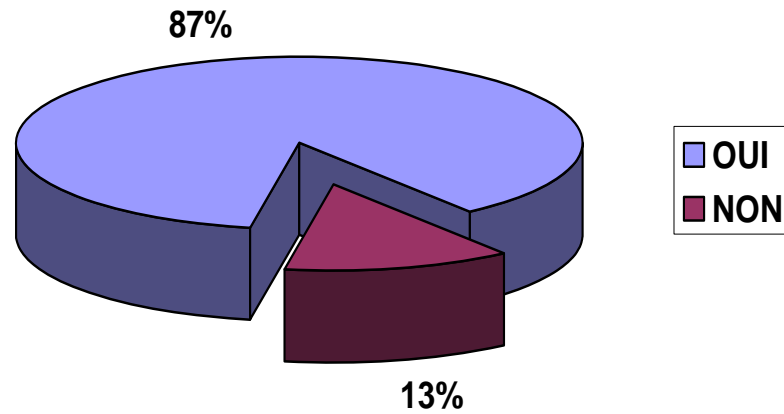


Figure 9 : Répartition des patients ayant fait le traitement traditionnel et le traitement moderne.

Parmi la population étudiée, 87% des patients (106 patients sur 122) ayant fait un traitement traditionnel, ont fait un traitement moderne.

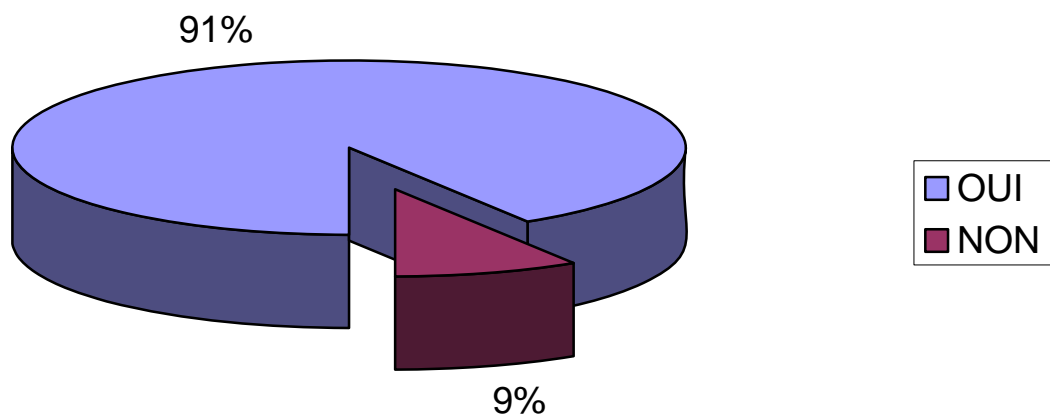


Figure 10 : Répartition des patients ayant fait l'automédication et le traitement traditionnel.

Parmi la population étudiée, 91% des patients (71 patients sur 78) ayant fait une automédication, ont fait un traitement traditionnel.

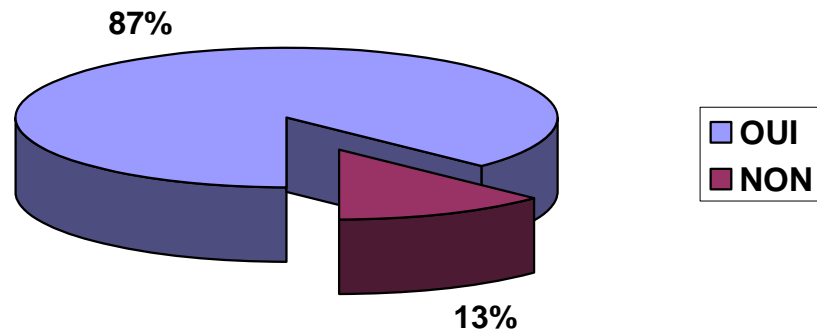


Figure 11 : Répartition des patients ayant fait l'automédication et le traitement moderne.

Parmi la population étudiée, 87% des patients (68 patients sur 78) ayant fait une automédication, ont fait un traitement moderne.

Tableau XVII: Répartition des patients qui ont effectué les traitements traditionnels et l'automédication selon l'origine de l'initiative :

Origine d'encouragement	Automédication		Traitement traditionnel	
	Effectif	Pourcentage	Effectif	Pourcentage
Un parent	9	11,5	42	34,5
Un ami (e)	1	1,2	4	3,3
Moi même	68	87,2	76	62,2
Total	78	100	122	100

La majorité de la population enquêtée a pris l'initiative d'elle même de faire recours à l'automédication et/ou un traitement traditionnel, soit respectivement 87,1% et 62,2%.

Tableau XVIII : Répartition des patients selon les raisons du choix des différents recours :

<i>Raisons</i>	Automédication		Traitement traditionnel	
	effectif	Pourcentage (%)	effectif	pourcentage (%)
Accessibilité facile	0	0	13	10,7
Coût facile	0	0	14	11,5
Traitement semble efficace	0	0	54	44,3
Pauvreté	15	19,2	7	5,7
Ignorance	14	18	32	26,2
Manque d'infos sur la prise en charge du VIH	17	21,8	0	0
Ne sait pas que c'était le VIH	31	39,7	0	0
Autres	1*	1,3	2#	1,6
Total	78	100	122	100

***= aucune raison**

#= 2 aucune raison

Les raisons les plus avancées pour avoir choisi l'automédication et le traitement traditionnel ont été respectivement : **Ne sait pas que c'était le VIH (39,7%)** et **Traitement semble efficace (44,3%)**.

Tableau XIX : La durée des différents recours avant l'admission au service des maladies infectieuses.

Différents recours	Durée moyenne du traitement en mois	Les extrêmes allant de :
Automédication	12	20 jours à 4 ans
Traitement traditionnel	10	3 jours à 6 ans
Médecine moderne	4	1 jour à 3 ans

Les résultats de la présente étude montrent que les patients passent beaucoup de temps avant de consulter au service des maladies infectieuses. Pendant cette période, l'automédication et le traitement traditionnel jouent un rôle important soit respectivement 12 mois et 10 mois en moyenne.

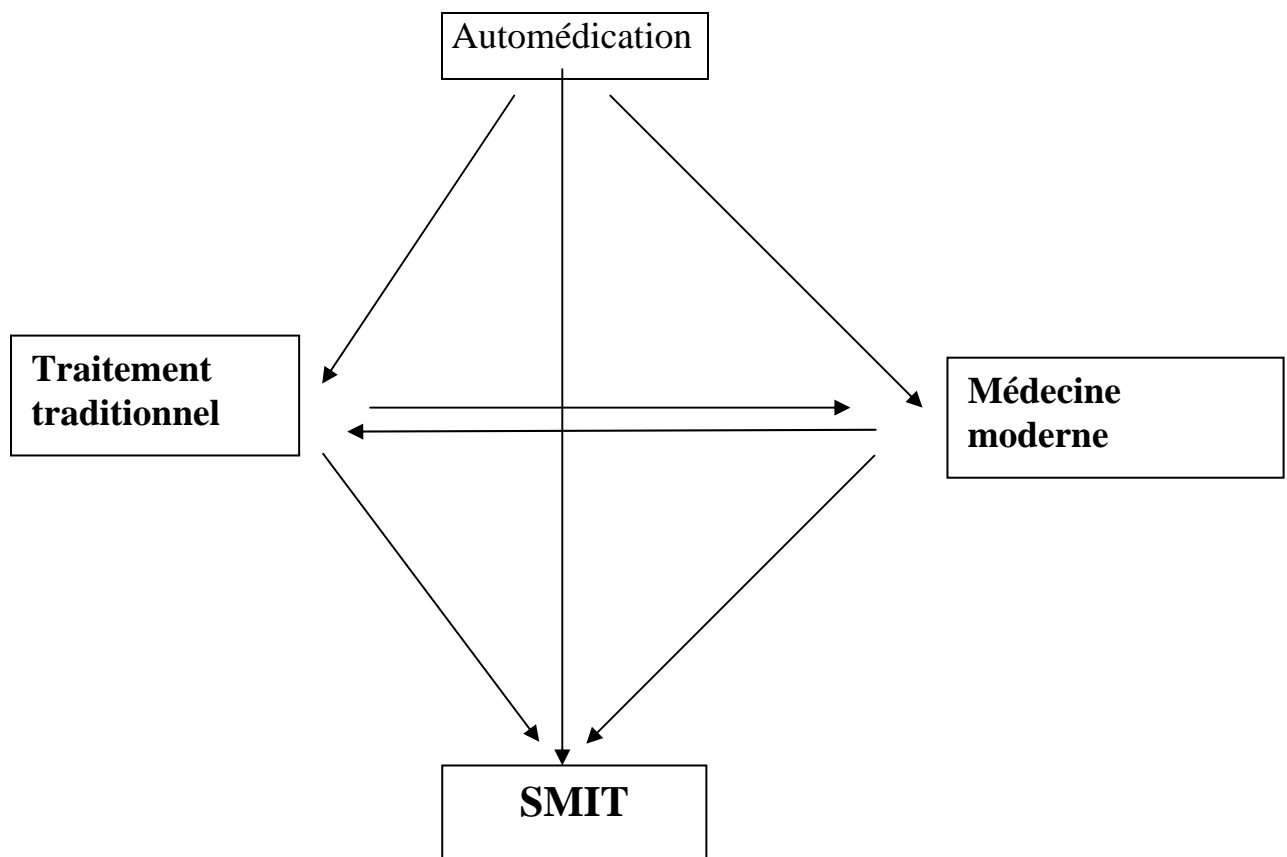


Figure12 : Itinéraires thérapeutiques des patients ayant consulté au service des maladies infectieuses.

4- FACTEURS ENTRAUVANT LE DIAGNOSTIC PRECOCE :

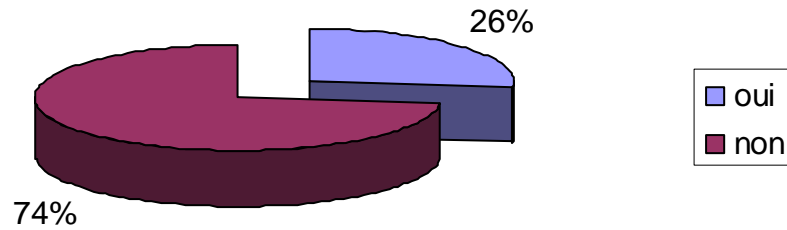


Figure 13 : Répartition des patients selon le dépistage volontaire effectué :

Parmi la population enquêtée seulement 26% ont fait un dépistage volontaire.

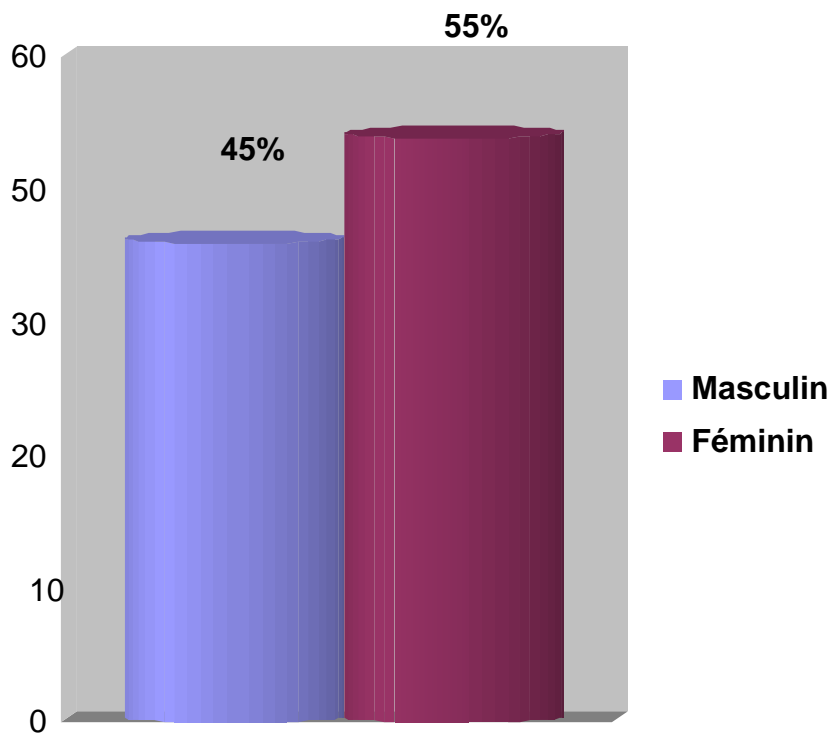


Figure 14 : Répartition des patients ayant volontairement fait un dépistage volontaire selon le sexe :

Il y a plus des femmes ayant effectué un dépistage volontaire que les hommes soient 55% pour les femmes contre 45% pour les hommes.

Tableau XX: Répartition des patients ayant volontairement effectué un dépistage selon le niveau d'instruction :

<i>Niveau d'instruction</i>	Dépistage volontaire		<i>Total</i>
	Oui	non	
Premier cycle	11	28	39
Seconde cycle	10	17	27
Ecole secondaire	14	18	32
Ecole supérieure	0	2	2
Ecole coranique	4	5	9
Non scolarisé	1	42	43
Total	40	112	152

Le dépistage volontaire avait été effectué le plus souvent chez les patients ayant un niveau d'instruction secondaire soit 14 patients sur 32.

Tableau XXI : Répartition des patients selon la circonstance de découverte :

Circonstance de découverte	Effectif	Pourcentage (%)
Diagnostic clinique	125	82,2
Dépistage volontaire	12	7,9
Conjoint positif	12	7,9
Autres*	3	2
total	152	100

*= 2 Bilans prénataux, 1 enfant infecté

La majorité des patients ont été diagnostiqués au stade SIDA soit 82,2% des cas.

Tableau XXII : Répartition des patients selon le lieu du 1er test de découverte

Lieu de découverte	Effectif	Pourcentage (%)
CSCOM	3	2
CSREF	22	14,5
Hôpital	106	69,8
Centre de dépistage volontaire	6	3,9
Structure privée	9	5,9
Autres*	6	3,9
Total	152	100

*= 5 INRSP ; 1CNTS

La majorité des patients ont su leur statut sérologique à l'hôpital soit 69,8%.

B- ETUDE QUALITATIVE :

Les informations présentées ici ont été collectées lors de la même enquête. Il s'agissait de relever les itinéraires thérapeutiques et de comprendre chez les patients les raisons et les conséquences de ces différents recours sur la prise précoce dans les services spécialisés.

Pour cela nous avons procédé à des entretiens avec les patients. Ces entretiens ont été transcrits en Bamanankan.

Avant de présenter les différents itinéraires thérapeutiques, il est nécessaire de souligner les différents obstacles ou raisons pouvant entraver le diagnostic précoce :

Les fantasmes liés à la perte de l'étayage social, au rejet social et à la dégradation de l'image de soi constituent plus au Mali un facteur essentiel de la résistance face à l'acceptation de l'infection à VIH/SIDA chez les patients que les troubles somatiques induits. Ceci est important à souligner dans la mesure où cette situation peut être aussi la cause du refus du dépistage volontaire dans la population générale [49]. En plus de ces facteurs, il est ressorti au cours de nos entretiens avec les patients beaucoup de facteurs pouvant influencer l'accessibilité et l'utilisation des services de santé. Ces facteurs ont été également cités dans la littérature. Ils peuvent être les raisons de choix des différents recours aux soins.

Nous pouvons citer entre autres :

- Barrière financière et géographique ;
- Absence de qualité tant perçue qu'objective (le mauvais accueil, l'attitude méprisante du personnel soignant, la non application des règles classiques de conduite thérapeutique) ;
- Le niveau d'éducation et la familiarisation avec le système de santé ;
- Les facteurs psychoaffectifs ;
- Les facteurs socioculturels et religieux.

TEMOIGNAGES DES PATIENTS SUR LEURS ITINERAIRES THERAPEUTIQUES :

Cas I : Un adulte de 48 ans soninké cultivateur, marié, polygame (3 épouses), père de 5 enfants explique :

Ma maladie a commencé par la fièvre pour laquelle j'ai consulté un tradithérapeute. Il m'a mis sous une substance en poudre d'une plante médicinale en poudre. J'ai fait trois ans en prenant ce médicament qui m'apportait une amélioration. Pendant la même période, un voyant m'a dit que cette maladie est dans mon sang, mais il m'a rien dit par rapport à la curabilité.

Un jour après avoir ingéré de la salade, j'ai fait une diarrhée. Le médecin de notre centre de santé m'a prescrit des sérums et d'autres médicaments pendant un mois. Mon état général s'altérait de jour en jour. Pendant ce traitement conventionnel, ma tante me donnait un produit traditionnel qui aggravait ma maladie.

Devant la persistance et l'aggravation de la symptomatologie, mon Frère a décidé de m'amener à Bamako pour le suivi de mon traitement. Un médecin de la famille m'a consulté et m'a orienté vers le service des maladies infectieuses au Point « G ». C'est là que j'ai su mon statut sérologique. Ils m'ont mis sous le traitement antirétroviral, il y a maintenant 10 mois, j'avoue que ce traitement m'a apporté une amélioration.

NB : Ce patient a été hospitalisé et traité pour une dysenterie bacillaire et une tuberculose ganglionnaire. A la sortie il était sous les deux traitements : le traitement antirétroviral et le traitement antituberculeux.

Cas II : Une jeune dame de 35 ans soninké vendeuse explique :

Les médecins m'ont dit que j'ai la maladie (le SIDA) lors des consultations prénatales. Je n'avais pas cru à ce que les médecins m'ont dit. Avant cela quand je faisais du "Sumaya" (paludisme et/ou fièvre typhoïde ou paratyphoïde, ou seulement la fièvre), j'achetais des médicaments conventionnels et/ou des plantes puis je me traitais. Après avoir découvert mon statut sérologique, ils m'ont mis

sous un traitement (un comprimé matin et soir), mais je ne connais pas la nature de ces comprimés.

Un jour nous étions en causerie mes camarades et moi, parmi nous il y a une Voyante qui m'a dit que ma maladie est un mauvais sort venant de ma coépouse. Elle m'a cité le nom de quelques plantes et elle m'a dit de les bouillir, boire et me laver avec ces plantes. J'ai arrêté de prendre ces comprimés au profit du traitement traditionnel. Dès que j'ai commencé ce traitement traditionnel il y a eu une régression de mon Sumaya, mais la plaie sur ma langue (candidose buccale) et la perte blanche (candidose génitale) persistaient. Ma voisine est agent de santé, elle m'a conseillé de consulter un médecin devant ce tableau. C'est ainsi que j'ai consulté au service des maladies infectieuses. Ils m'ont bien expliqué la maladie, puisque que je n'aie aucune preuve qui me montre que la maladie n'existe pas, je me suis soumise à leur décision. Mais je ne compte non plus arrêter mon traitement traditionnel.

NB Chez cette patiente le bilan préthérapeutique était en cours. Le traitement de sa candidose est fait en ambulatoire.

Cas III : Une jeune dame âgée de 38 ans ménagère Malinké explique :

Au début de ma maladie je faisais l'automédication à base faite des médicaments conventionnels et traditionnels. Ce traitement m'apportait un soulagement temporaire, mais les signes persistaient.

Un jour j'ai consulté au service des maladies infectieuses que mon mari m'a recommandé. A la consultation on m'a fait le conseil de dépistage, je l'ai accepté mais en réalité je ne me suis jamais fait l'idée que je pouvais avoir cette maladie. C'est la raison pour la quelle après cette consultation je n'ai pas voulu poursuivre la prise en charge.

Quelques temps après il y a eu l'aggravation des signes en ce moment mon mari était en mission, mon frère m'a conseillé d'aller voir un tradithérapeute à Manikala (Pays Manding). Ce dernier m'a affirmé que ma maladie est curable. Il a dit qu'il peut me traiter. Au bout de 15 jours il y a eu persistance et aggravation

des signes. J'ai commencé à faire une tuméfaction d'un membre inférieur (thrombophlébite).

Devant cette aggravation mon mari est parti me chercher et m'amener au service des maladies infectieuses.

NB : Cette patiente est décédée dans un tableau de thrombophlébite fébrile.

Cas IV : Une jeune dame âgée de 38ans, ménagère, peulh explique :

J'avais des maux de tête, j'ai consulté au centre de santé de notre localité. On a fait des traitements médicaux. Quelques jours après le début de ce traitement je n'ai pas eu beaucoup de satisfaction puis je me suis dirigée vers le secteur traditionnel mais je n'ai pas arrêté le traitement conventionnel. Le tradipraticien m'a fait savoir que c'est du "Djinè-bana" (maladie causée par le diable). Je faisais ces deux traitements simultanément, je pense qu'il y a une complémentarité entre ces deux traitements.

Malgré ces traitements ma maladie persistait et j'ai commencé à avoir des problèmes financiers c'est ainsi que j'ai décidé de venir à Bamako pour poursuivre le traitement chez mes parents. Ils m'ont amené dans une clinique et on a fait des prises de sang et des traitements. Après les résultats ils m'ont adressée au service des maladies infectieuses c'est ainsi que j'ai su mon statut sérologique. J'ai été mis sous le traitement antirétroviral. J'ai eu beaucoup de satisfaction mais seulement au début du traitement je faisais des malaises.

NB : Cette patiente est sous traitement ARV depuis trois ans environ et est satisfaite. Elle ne présente aucun effet indésirable.

Cas V : Une dame de 33 ans, à son deuxième mariage suite à un divorce avec un monsieur qui résidait en Côte d'Ivoire. Maintenant elle s'est remariée à un marabout au Mali.

J'ai fait 4 grossesses dont les enfants sont tous vivants. Pendant les quarante jours suivant l'accouchement de mon dernier enfant, sa grande sœur de deux ans a été hospitalisée au service de Pédiatrie de HGT pour diarrhée. C'était au cours de cette hospitalisation qu'elle a été déclarée séropositive au VIH. Les docteurs ont demandé à mon mari et moi de faire le test du SIDA. Nous avons accepté de faire le test, les résultats ont montré que j'ai la maladie du SIDA et mon mari ne l'a pas, mais je n'en croyais pas. Mon mari m'a laissé tomber, j'avais le paludisme chronique (le paludisme évolutif) que je traitais avec les plantes médicinales en automédication. Lorsque j'ai commencé à avoir les "Cononadjoli" (candidose digestive), ma sœur m'a amené au service des maladies infectieuses à l'hôpital de Point « G » où on m'a bien expliqué la maladie et j'ai commencé à suivre le traitement.

Cas VI : Un vieux Miniankan de 55 ans explique :

J'ai fait plusieurs mois étant souffrant jusqu'à ce que j'ai perdu l'espoir. Parce que j'ai fait beaucoup de traitements aussi bien conventionnels que traditionnels sans succès. Un jour j'ai été voir un tradipraticien, il m'a pris 35000 F CFA. Son médicament ne m'a rien servi. Nous étions au centre de santé de notre localité où beaucoup de traitements et d'analyses ont été effectués, mais personne n'a pu me dire de quoi je souffre. C'est ainsi que je suis venu à Bamako, avec l'aide de mon neveu j'ai été adressé au service des maladies infectieuses. Ils ont commencé à me traiter et à me faire des analyses. A partir de ces analyses, j'ai su que j'ai la maladie du SIDA et la Tuberculose. Ils m'ont bien expliqué jusqu'à ce que j'ai accepté la maladie. J'ai commencé les deux traitements (traitement antituberculeux et traitement antirétroviral). Je vous avoue que j'ai vu la différence, mon état général s'est beaucoup amélioré.

Ces témoignages vont dans le même sens que la majorité des nos patients.

L'automédication et le secteur traditionnel sont le plus souvent consultés en premier lieu. Cela étant si ce genre de traitement ne parvenait pas rapidement à un résultat, ils vont dans le secteur conventionnel.

Il faut également signaler que le recours à un tel ou tel type de soins n'est pas exclusif.

CHAPITRE V

DISCUSSIONS

V- DISCUSSIONS :

1- caractéristiques sociodémographiques :

1.1- Age et Sexe :

Dans notre étude, l'âge moyen de la population était 36,7ans avec des extrêmes allant de 20 à 66ans. La tranche d'âge la plus représentée a été celle de 30-39ans avec 40% des cas. Le sexe féminin était le plus représenté avec 59% des cas soit 89 patientes sur 152.

Nos résultats vont dans le même sens que ceux de SOGOBA, qui avait trouvé dans son étude que la tranche d'âge la plus touchée était celle de 30-35 ans avec une prédominance féminine soit 53,3% [40] .

L'EDSM III estimait déjà que les femmes étaient les plus touchées dans la population générale soit 2% des séropositives au VIH contre 1,7% pour les hommes.

Ces résultats sont probablement liés à la vulnérabilité socio-économique de la femme et les tranches d'âge sont les plus matures et les plus sexuellement actives.

1.2- Profession et statut matrimonial :

Dans notre étude, 63,2% de la population étaient mariés dont 46,7% étaient mariés sous le régime de polygamie ; et 16,4% étaient célibataires.

Les ménagères exerçaient la profession la plus représentée avec 35% suivies des salariés 13,1%, des ouvriers 8,5% des cultivateurs 8,5% et des commerçants 10,5% des cas.

Ces résultats vont dans le même sens que ceux de COULIBALY qui avait trouvé que 65,1% de la population étaient des mariés et 29% de ces mariés étaient des polygames. Les veufs et les divorcés représentaient 18,6% des cas et les célibataires étaient 16,3% des cas. Les ménagères exerçaient la profession la plus représentée

avec 32,6% des cas suivies des ouvriers et des commerçants avec respectivement 16,3% et 14,0% des cas [8].

Les couches socioprofessionnelles les plus nombreuses sont les ménagères et les salariés dans notre société, cela pourrait expliquer la fréquence élevée de l'infection à VIH dans cette couche de la population.

1.3- Origine géographique et le niveau d'instruction:

La plupart des patients enquêtés soit 72,3%, venaient de BAMAKO suivis du cercle le plus proche, KATI avec 7,8%.

Cela pourrait s'expliquer par la présence des services spécialisés de prise en charge de VIH à Bamako, mais également Bamako est la ville la plus infectée au Mali, en plus l'étude s'est déroulée ici.

Les résultats de COULIBALY vont dans le même sens [8].

La majorité de la population enquêtée avait un niveau d'instruction bas ou non scolarisé soit respectivement 25,7% et 28,3%.

Ces résultats s'expliquent par le fait que le niveau d'instruction est bas dans la population générale au Mali.

2- Caractéristiques cliniques et biologiques de la population d'étude :

2.1- Stade clinique selon l'OMS et la catégorie selon CDC 1993 :

La grande partie de la population enquêtée était à un stade avancé de la maladie soit 52,6% à la catégorie C et 38,2% au stade IV.

Ces résultats sont comparables avec ceux de SANOGO qui avait trouvé dans son étude 65,7% des patients diagnostiqués à la catégorie C [37].

Une grande partie de la population pense que l'infection à VIH est une maladie des autres et ne cherche pas à connaître leur statut sérologique mais également la honte et la discrimination auxquelles font face les PVVIH font que beaucoup d'autres

personnes craignent de se faire dépister ou de solliciter une assistance après le dépistage.

2.2- Données biologiques :

Dans notre étude le VIH1 prédominait avec 91% des cas et 8% pour le VIH2, 1% pour le VIH1+VIH2.

Ce résultat concorde avec celui de SOGOBA qui avait trouvé 88% pour le VIH1, 4% pour le VIH2 et 2,7% pour le VIH1+VIH2.

Ce résultat s'explique par le fait que le VIH1 est plus pathogène et plus transmissible.

Dans notre étude la plupart des patients enquêtés avaient une immunodépression avancée soit 48,6% avaient le taux de CD4 inférieur à 100 cell/ul.

Ce résultat s'explique par le fait que les patients sont le plus souvent diagnostiqués au stade SIDA.

3- Itinéraires thérapeutiques :

En Afrique, pour le recours aux soins, nous avons un tradipraticien pour 500 habitants contre un médecin pour 40 000 habitants [28].

Dans notre étude, 51,3% de la population étudiée avaient fait une automédication ; 80,3% des malades avaient fait la tradithérapie et 82,9% des malades avaient déjà effectué un traitement moderne (toutes les structures confondues).

Le recours à tel ou tel type de soins n'est pas exclusif : on passe alternativement d'une structure moderne à une structure traditionnelle, si la médecine moderne (ou traditionnelle) ne parvient pas rapidement à un résultat, on ira dans l'autre secteur, quitte à faire des allers-retours [27].

Le guérisseur promet toujours la guérison. Il a l'avantage sur la médecine moderne d'accorder plus de temps d'écoute [28].

Dans les études menées par Martine et Eric auprès des personnes ayant eu un épisode morbide, il ressort que le recours aux soins modernes (toutes structures confondues) concerne entre 45% à 55% des plaintes, l'automédication (à base de traitement traditionnel ou moderne), plus de 40% et le recours aux thérapeutes traditionnels, plus variable selon les régions, entre 3% et 23% [27].

Par contre les études menées par l'OMS en Afrique et en Amérique du Nord ont montré que 75% des personnes vivant avec le VIH/SIDA ont recours à la médecine traditionnelle, exclusivement ou en complément d'autres médecine, pour plusieurs symptômes ou maladies.

4- Facteurs entravant le diagnostic précoce :

Dépistage volontaire, la circonstance de découverte et le lieu du 1er test de découverte:

Dans notre étude, seuls 26% des patients avaient fait un dépistage volontaire dans leur vie ; 82,2% ont été diagnostiqués au stade SIDA et la majorité ont su leur état sérologique à l'hôpital soit 69,8%.

Cela s'explique par le fait que la majeure partie de la population générale a peur de se faire dépister ou ils sont mal informés par rapport au dépistage.

CHAPITRE VI

CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

VI- CONCLUSION ET RECOMMANDATION

1- CONCLUSION

Le SIDA est devenu depuis quelques années un problème majeur de santé et de développement socio-économique à travers le monde et en Afrique subsaharienne en particulier. L'étude de l'itinéraire thérapeutique des patients atteints de VIH/SIDA admis au service des maladies infectieuses nous a permis de tirer les conclusions suivantes :

- Toutes les couches socioprofessionnelles sont touchées par l'infection à VIH ;
- Les femmes sont les plus touchées.
- Les sujets de tranche d'âge 30-39 ans sont les plus touchés.
- Les malades arrivaient à l'hôpital avec une dégradation clinique et immunologique très avancée.
- La majorité des patients sont infectés par le VIH1.
- L'automédication et le traitement traditionnel sont le plus souvent le premier recours.
- La grande partie de la population étudiée a su son statut sérologique à l'hôpital et lors de diagnostic clinique.
- Les facteurs entravant le diagnostic précoce étaient l'absence de dépistage volontaire par crainte de discrimination et le manque d'information sur le dépistage volontaire.

2- RECOMMANDATIONS :

Au terme de notre étude, nous formulerons des recommandations suivantes :

Aux autorités :

- Intensifier les campagnes de sensibilisation auprès des jeunes et des femmes en âge de procréer,
- Créer des centres de dépistage volontaire à travers le pays,
- Assurer la formation continue du personnel socio sanitaire dans la prise en charge des infections opportunistes.
- L'intégration des tradipraticiens dans la prise en charge des PVVIH qui a pour objectif de raccourcir l'itinéraire thérapeutique et d'optimiser l'observance.
- La réglementation de la médecine traditionnelle.
- La formation et l'information des tradipraticiens sur l'infection à VIH.
- L'évaluation scientifique des plantes médicinales utilisées.
- Intensifier les campagnes de sensibilisation et d'information auprès de la population générale les dangers et l'inconvénient sur l'automédication.

Au personnel soignant :

- Référer rapidement les patients VIH positifs,
- Rechercher les signes d'immunodépression au VIH lors des consultations ordinaires.
- Améliorer la relation soignant/soigné.

Aux tradipraticiens :

- Référer à temps tout patient présentant un signe d'immunodépression.
- Accepter l'efficacité des thérapies antirétrovirales
- Ne pas recommander aux patients d'arrêter l'utilisation des antirétroviraux.

A toute la population :

- Changer de comportement pour diminuer le risque de contamination (abstinence jusqu'au mariage, dépistage avant le mariage, fidélité dans la relation conjugale et utilisation des préservatifs pour les couples discordants...)

- Faire un dépistage volontaire par an et consulter tôt un service de prise en charge en cas de confirmation de l'infection à VIH.
- Soutien psychosocial aux personnes infectées et affectées par le VIH/SIDA.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. ABASIENKONG, M.

Familism hospital admission in rural NIGERIA: a case study

Soc. Scie and med, 1981, **15**: 45-50

2. ANDERSEN ; NEWMAM, J. F.

Societal and individual determinants of medical care utilisation in the United States

Milbank Memorial Fund Quarterly Winter, 1973: 89-117

3. ANDERSEN, R.

A behavioral model of families' health service

Research series, 1968, **25**:

4. BAKAYOGKO, S.

Itinéraire thérapeutique des patients atteints de cataracte dans la région de Ségou (Mali)

Thèse médecine Bamako 1997 ; **97** : 4-8

5. C. DERANCOURT ; C. MERLE ; H. DODEAU ; F.VIGNON

Evaluation clinique du risque d'infection par le VIRUS de l'immunodéficience humaine (VIH) de la population consultant dans un centre de dépistage anonyme et gratuit (CDAG)

Mémoire France 2004 ; **131** : 5-11

6. C. LAURENT, N.F. NGOM GUEYE, N.DIAKHATÉ,

Efficacité et tolérance du traitement antirétroviral dans le contexte de L'Initiative sénégalaise d'accès aux antirétroviraux.

7. C. Lewdon ; M. Soberky

Causes de décès des adultes infectés par le VIH dans les départements français d'Amérique à l'ère des traitements antirétroviraux hautement actifs

Médecine et maladies infectieuses (2004) 34 : 286-292

8. COULIBALY, D.

Les causes liées aux décès des patients sous traitement anti-rétroviral au service des Maladies Infectieuses et tropicales de l'hôpital du Point « G ».

Thèse médecine Bamako 2006 : 93

9. CURRY, A. M.

Factors associated with inadequate prenatal care.

Jr. of community Nursing 1990, **7, 4**: 246-252

10. DESMOND, C.

Impact économique de l'épidémie d'infection par le VIH

New York : PNUD, 1993 : 42

11. DIARRA, T.

Représentation et itinéraire thérapeutique dans le quartier de Bankoni

INRSP, Bamako 1991: 11

12. DIARRA, T. DIAKITE, D.

Recours aux soins et consommation médicale dans le quartier BANKONI.

INRSP, Bamako 1991 : 11

13. DONABEDIAN, A.

Aspect of medical care administration: specifying requirement for Cambridge

Harvard University Press 1972 health care

14. DONABEDIANA, A. ; ROSENFELD, S.

Some factor influencing prenatal care

New England Jr. Of Medecine 1961; **(265) 1**: 1.6

15. DUTTON, D.

Financial, organization and professional factor affecting health care utilization

Soc. Sce and med 1986; **(23) 7**: 721-735

16. ENQUETE SOCIODEMOGRAPHIQUE DE SANTE AU MALI ; Edition

IV

17. FIELDER, J. ET ALL :

A review of the literature on access and utilisation of medical care with special emphasis on rural primary care.

Soc .sci_ and med. 1981; **15**: 129- 142

18. Gaëlle.C

L'épidémie du SIDA, une mort collective ?

Article N°00000003540000097740850040 France 2000, pp111-126

19. GUIDE INFECTION à VIH 2001

Sous la direction du Pr. Willy Rozenbaum

Préface de Jacques CHIRAC.

20. HADDA, S. ; FOURNIER, P.

Une vision globale de l'utilisation des services de santé dans les pays en voie de développement est-elle possible ?

Rapport de recherche, Montréal, 1992

21. J.-L. DUPONCHEL

Bilan des soins de santé primaires

Med Trop 2004 ; 64 : 533-538

22. JOYCE, K. et AL

Internal and external barriers to detaining prenatal care.

Social work in health care, 1983, (2) 9: 89-96.

23. KOPP, P. ; KEITA, A.

Médecine traditionnelle, acteurs itinéraires thérapeutiques

Edizione, Triest, Mali 1990 : 320

24. KROEGER, A.

Anthropological and social medical health care research in developing countries

Soc. Scie med. 17, 147p

25. MAIGA Z

Suivi à court terme des patients sous traitement ARV : 6 mois

Thèse pharmacie Bamako 2003 ; 44

26. Marc. G ; Bernard. D

Médecine Tropicale

Flammarion médecine sciences

4e édition 1986

27. Martine, A. ; Eric, R.

Utilisation des services de santé de premier niveau au Mali : *Analyse de la situation et perspectives*. Avril 2005 : 128

28. MEMENTO THERAPEUTIQUE DU VIH/SIDA EN AFRIQUE 2005:

Première édition

29. MINISTERE DE LA SANTE

Plan stratégique national de santé bucco-dentaire 2004-2008 ; **65** : 12-14

30. OMS

Améliorer l'accès aux traitements ARV dans les pays à ressources limitées

Recommandation pour une approche de santé publique.

OMS avril 2002

31. ONUSIDA

Rapport annuel sur l'épidémie de sida dans le monde : 23-11-2004

32. ONUSIDA

Le point sur l'épidémie de sida. Décembre 2004

33. ONUSIDA

Rapport annuel sur l'épidémie de sida dans le monde 2005

34. ONUSIDA : Aide-mémoire 2004

35. ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE

Médecine traditionnelle :

Rapport du Secrétariat 12 décembre 2002

36. P. AUBRY

Médecine tropicale

Le SIDA tropical (infection par le VIH/SIDA et tropiques) ;

Actualités 2006

37. SANOGO. M

Enquête seroépidémiologique sur l'infection par le VIH au CESAC de 2001 à 2003

Thèse Pharmacie Bamako 2004 ; 65 : 86

38. SISSOKO, Z.

Etude la séroprévalence des infections dues au VIH au MALI

Thèse Médecine Bamako 1993

39. Situation du VIH/SIDA au Mali

www.santetropicale.com/actualités/u03/u03_10.htm consulté 7/9/2006

40.SOGOBA. D

Contribution à l'étude épidémiologique du SIDA en milieu hospitalier au point « G »

Thèse médecine Bamako 2004 ; **60**: 1-3

41.STEWART, J.M

Access to health care of economically disadvantaged Canadians; a model

Canadian Jr. of public Health, 1981: 450-455

42.Thierry. B

Evaluation des infections opportunistes au cours du traitement ARV dans le cadre de l'IMAARV

Thèse médecine 2005

43.TRAORE, S.

Les recours aux soins et leurs déterminants à Bankoni.

INRSP ? Bamako 1991: 17

44.UNESCO/ONUSIDA

L'Approche culturelle de la prévention et du traitement du VIH/SIDA : VIH/SIDA stigmatisation et discrimination, une approche anthropologique (Eng. Fr.) 2003: 70

45.V. GARRAIT ; J, M. MOLINA

Infection par le VIH

REVUE DU PRATICIEN 2000, maladies infectieuses.

46.VAUGELADE, J.

La consommation médicale et itinéraire thérapeutique en milieu rural au Burkina FASO

ORSTOM, Ouagadou 1991: 10

47.YARO. F

Relation entre le SIDA et les indicateurs de pauvreté chez les patients atteints du VIH/SIDA à l'HPG et au cercle de SIKASSO

Thèse Médecine Bamako 2005: 82

48. Zachary A (Kenya)

Les questions d'éthique et de méthodologie dans le domaine de la recherche en science sociale sur le VIH/SIDA ; 2003: 48-118

49. Quatrièmes Journées VIH/SIDA de BAMAKO

« Prise en Charge Globale du VIH » 2007: 33

CHAPITRE VII

ANNEXES

FICHE D'ENQUETE

I- IDENTIFICATION DU PATIENT

- Q1- N° du patient []
- Q2- Type de patient [] 1= naïf 2= non naïf
- Q3- Age []
- Q4- Sexe [] 1= M 2= F
- Q5- Situation matrimoniale [] 1= marié 2= divorce
3= célibataire 4= veuf
- Q6- régime de mariage [] 1= polygame 2= monogame
- Q7- Profession []
- Q8- Domicile/résidence []
- Q9- Niveau d'instruction [] 1= premier cycle 2= seconde cycle
3= école secondaire 4= école supérieure 5= école coranique
6= non scolarisé.

II- ANTECEDENTS PERSONNELS

Médicaux :

- Q10- Zona [] 1= oui 2= non
- Q11- Tuberculose [] 1= oui 2= non
- Q12- Transfusion sanguine [] 1= oui 2= non
- Q13- Notion de partenaire sexuel VIH+ [] 1= oui 2= non
3= ne sait pas
- Q14- IST [] 1= oui 2= non
- Q15- Autres à préciser []
- Q16- chirurgicaux [] 1= oui 2= non
- Q17- Si oui lequel []

III- CLINIQUE

La classification de l'infection à VIH :

- Q18- Stade clinique selon l'OMS []

TRAITEMENT TRADITIONNEL

Q31- Traitement traditionnel [] 1= oui 2= non

Q32- Si oui où []

1= Guérisseur traditionnel 2= Maraboutage 3= connaissance personnelle des plantes
4= autres à préciser []

Q33- Raisons de ce choix [] (Plusieurs réponses possibles)

1= accessibilité facile 2= coût facile 3= traitement semble efficace
4= pauvreté 5= ignorance 6= autres à préciser []

Q34- Qui vous a encouragé ? []

1= un parent 2= un ami 3= moi-même 4= autres []

Q35- Durée de ce traitement []

Q36- Evolution sous ce traitement [] 1= favorable 2= non favorable

MEDECINE MODERNE

Q37- Avez-vous fait un traitement avant ce service ?

1= oui 2= non

Q38- Si oui où ?

1= centre de santé de 1^{ère} référence 4= clinique médicale
2= centre de santé de 2^{ème} référence 5= cabinet médical
3= centre de santé de 3^{ème} référence 6= autres à préciser []

Q39- Quel est le traitement reçu ? []

1= antibiotique 5= antihistaminique
2= antifongique 6= tous les médicaments ci-dessus
3= antipaludique 7= ne sait pas
4= anti-inflammatoire 8= autres à préciser []

Q40- Durée de ce traitement []

Q41- traitement ARV [] 1= oui 2= non

Q42- Si oui le régime []

Q43- Durée de ce traitement []

V- FACTEURS ENTRAVANT LE DIAGNOSTIC PRECOCE

Q44- Il vous arrive de faire un dépistage volontaire [] 1= oui 2= non

Q45- Si non quelles sont les différentes raisons ? [] [] []

1= crainte de discrimination et /ou de stigmatisation

2= manque d'information sur le dépistage

3= aucune raison

4= autres à préciser []

Q46- Circonstance de découverte []

1= diagnostic clinique 3= conjoint positif

2= dépistage volontaire 4= autres à préciser []

Q47- Lieu du 1^{er} test de découverte []

1= CSCOM 4= centre de dépistage volontaire

2= CSREF 5= structure privée

3= Hôpital 6= autres à préciser []

Q48- Quelle appréciation faites vous sur les ARV sur votre état de santé []

1= efficace 4= non efficace

2= peu efficace 5= ne sait pas

3= efficace mais effets secondaires+++ 6= autres à préciser []

FICHE SIGNALETIQUE

NOM : KOTY

PRENOM : ZOUMANA

PAYS D'ORIGINE : MALI

ANNEE DE SOUTENANCE : 2007

VILLE : BAMAKO

TITRE : Itinéraires thérapeutiques des patients atteints de VIH/SIDA admis au service des maladies infectieuses du Centre Hospitalier Universitaire du Point « G ».

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

Secteur d'intérêt : Maladies infectieuses

Adresse et E-mail : zoumana_koty@yahoo.fr . Tel : 00 223 6446944.

Résumé :

Le VIH/SIDA est un problème majeur de santé publique en Afrique. Les patients vivant avec le SIDA emploient toutes les manières pour récupérer leur santé en raison de l'ignorance ou de la pauvreté.

Objectif :

Etudier les itinéraires thérapeutiques des patients atteints de VIH/SIDA et les conséquences sur leur santé.

Méthode :

Du 1er Juillet 2006 au 31 Mars 2007, nous avons rassemblé toutes les données sur le système de médicaments employés par 152 patients atteints de VIH/SIDA admis au service des maladies infectieuses de l'hôpital du Point G. L'hôpital national est le plus grand du Mali situé à Bamako la capitale. La sérologie d'HIV était positive à 2 tests (Immunocoumb et génie II).

Résultats :

L'âge moyen des patients était de 36,7 ans avec les extrêmes allant de 20 à 66 ans. Le sex-ratio était 0,7. La sérologie VIH était positive au VIH1 dans 91% de cas ; VIH2 (8%), VIH1+VIH2 (1%). L'automédication et le traitement traditionnel étaient les premiers recours avec respectivement 51.3% et 80.3% de patients. Le deuxième recours thérapeutique était le traitement médical non spécifique avec la thérapie en dehors des antirétroviraux. Le retard de la thérapie antirétrovirale va de 10 à 12 mois en moyenne. Les patients ont reçu de la trithérapie antirétrovirale après le diagnostic du VIH. La conséquence de retard du traitement antirétroviral

était l'immunodépression profonde. En effet 100% de patients avaient moins 350 CD4/ul et 48.6% de patients avaient moins de 100 CD4/ul

Conclusion :

Le dépistage volontaire et le traitement antirétroviral précoce jouent un rôle important dans l'apaisement de la mortalité liée au VIH/SIDA en Afrique et particulièrement au Mali.

Mots clés : Itinéraire thérapeutique, VIH/SIDA

SIGNAL/RAPORT

FIRST NAME: KOTY

LAST NAME: ZOUMANA

COUNTRY of ORIGIN: MALI

YEAR OF SUSTAINING: 2007

CITY: BAMAKO

TITRATE: Therapeutic itineraries of the patients having caught AISD/HIV admitted in the service of infectious diseases of the University Hospital center of Point "G".

Place of deposit: Library of Faculty Medicine of the Odonto-Stomatologie and Pharmacy.

Sector of interest: Infectious diseases

Address and E-mail: zoumana_koty@yahoo.fr. Such: 00.223 6446944.

Summary:

HIV/AIDS is a major public health in Africa. Patients living with AIDS used any ways to recover their health because of ignorance or poverty.

Objective: To study the therapeutic route of HIV/AIDS patients and its consequences on their health

Method: Data on all medications systems used by 152 HIV/AIDS patients admitted in the infectious diseases service of the "Hospital National Point G" from 1er July to 1er September 2006 were collected. The National Hospital is the largest hospital of Mali located in the capital Bamako. The HIV serology was positive at 2 tests (Immunocomb and Genie II.)

Results:

The average age of patient was 36.7 years with a range from 20 to 66 years. The sex ratio was 0.7 The HIV serologic status was HIV1 (91%), HIV2 (8%) VIH 1+HIV2 (1%).

Selt medication and indigenous treatment was the first recourse by the patients with respectively 51.3% and 80.3 % of patients. The second therapeutic recourse was unspecific medical treatment with out antiretroviral therapy. This period with out antiretroviral therapy was varied from 10 to 12 month.

The man consequence of this late antiretroviral therapy was the deeply immune-depression. In fact 100% of patient had less than 350 CD4 count and 48.6 % of them had less than 100 CD4 count while they arrived to the HIV/AIDS clinic.

Conclusion:

Early HIV test and antiretroviral therapy could be a principal way to contain HIV/AIDS related death in Africa especially in Mali

Key words: Therapeutic itineraries, HIV/AIDS.

SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des maîtres de cette faculté, de mes chers condisciples, devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine.

Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au dessus de mon travail, je ne participerai à aucun partage clandestin d'honoraires.

Admis à l'intérieur des maisons mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs, ni à favoriser le crime.

Je ne permettrai pas que des considérations de religion, de nation, de race, de parti ou de classe sociale viennent s'interposer entre mon devoir et mon patient.

Je garderai le respect absolu de la vie humaine dès la conception.

Même sous la menace, je n'admettrai pas de faire usage de mes connaissances médicales contre les lois de l'humanité.

Respectueux et reconnaissant envers mes maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses.

Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque.