

MINISTRE DES ENSEIGNEMENTS SECONDAIRE,
SUPERIEUR ET DE LA RECHERCHE SCIENTIFIQUE

UNIVERSITE DE BAMAKO

REPUBLIQUE DU MALI

Un Peuple– Un But– Une Foi



Faculté de Médecine de Pharmacie et d'Odonto-Stomatologie

Année: 2007– 2008

N°



THESE

**EVALUATION DE LA PRISE EN CHARGE
DECENTRALISEE DES PVVIH AU NIVEAU DE
L'USAC EN COMMUNE V DU DISTRICT DE
BAMAKO A PROPOS DE 199 CAS**

Présentée et soutenue publiquement le / / 2008
devant la Faculté de Médecine, de Pharmacie et d'Odonto-Stomatologie
Par

Mademoiselle TILEUK WELAMEUK VICTORINE

Pour l'obtention du grade de Docteur en Médecine (Diplôme d'Etat)

Jury

Président :

Professeur Mamadou TRAORE

Membre :

Professeur Soukalo DAO

Co-directeur :

Docteur Fodié DIALLO

Directeur de thèse:

Professeur Elimane MARIKO

FACULTE DE MEDECINE, DE PHARMACIE ET D'ODONTO-STOMATOLOGIE

ANNEE UNIVERSITAIRE 2007-2008

ADMINISTRATION

DOYEN : **ANATOLE TOUNKARA** – PROFESSEUR

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

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

SECRETARE PRINCIPAL: **YENIMEGUE ALBERT DEMBELE** – PROFESSEUR

AGENT COMPTABLE: Mme **COULIBALY FATOUMATA TALL**- CONTROLEUR DES FINANCES

LES PROFESSEURS HONORAIRES

M. Alou BA	Ophthalmologie
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-Histoembryologie
M. Sidi Yaya SIMAGA	Santé Publique, Chef D.E.R.
M. Abdoulaye Ag RHALY	Médecine Interne
M. Boukassoum HAIDARA	Législation
M. Boubacar Sidiki CISSE	Toxicologie
M. Massa SANOGO	Chimie Analytique

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. Alhoussein Ag MOHAMED	O.R.L.
Mme SY Aïssata SOW	Gynéco-obstétrique
M. Salif DIAKITE	Gynéco-obstétrique
M. Abdoulaye DIALLO	Anesthésie-Réanimation
M. Djibril SANGARE	Chirurgie Générale
M. Abdel Kader TRAORE Dit DIOP	Chirurgie Générale

2. MAITRES DE CONFERENCES

M. Abdoulaye DIALLO
 M. Gangaly DIALLO
 M. Mamadou TRAORE
 M. Filifing SISSOKO
 M. Sékou SIDIBE
 M. Abdoulaye DIALLO
 M. Tiéman COULIBALY
 Mme TRAORE J. THOMAS
 M. Mamadou L. DIOMBANA
 Mme DIALLO Fatimata S. DIABATE
 M. Nouhoum ONGOIBA
 M. Sadio YENA
 M. Youssouf COULIBALY

Ophtalmologie
 Chirurgie Viscérale
 Gynéco-obstétrique
 Chirurgie Générale
 Orthopédie –Traumatologie
 Anesthésie –Réanimation
 Orthopédie – Traumatologie
 Ophtalmologie
 Stomatologie
 Gynéco-obstétrique
 Anatomie et Chirurgie Générale
 Chirurgie Thoracique
 Anesthésie –Réanimation

3. MAITRES ASSISTANTS

M. Issa DIARRA
 M. Samba Karim TIMBO
 Mme TOGOLA Fanta KONIPO
 M. Zimogo Zié SANOGO
 Mme Diénéba DOUMBIA
 M. Zanafon OUATTARA
 M. Adama SANGARE
 M. Sanoussi BAMANI
 M. Doulaye SACKO
 M. Ibrahim ALWATA
 M. Lamine TRAORE
 M. Mady MACALOU
 M. Aly TEMBELY
 M. Niani MOUNKORO
 M. Tiemoko D. COULIBALY
 M. Souleymane TOGORA
 M. Mohamed KEITA
 M. Bouraïma MAIGA
 M. Youssouf SOW
 M. Djibo Mahamane DIANGO
 M. Moustapha TOURE

Gynéco-Obstétrique
 O.R.L.
 O.R.L.
 Chirurgie Générale
 Anesthésie –Réanimation
 Urologie
 Orthopédie –Traumatologie
 Ophtalmologie
 Ophtalmologie
 Orthopédie –Traumatologie
 Ophtalmologie
 Orthopédie –Traumatologie
 Urologie
 Gynéco- Obstétrique
 Odontologie
 Odontologie
 O.R.L.
 Gynéco-Obstétrique
 Chirurgie Générale
 Anesthésie-Réanimation
 Gynécologie

D.E.R. DE SCIENCES FONDAMENTALES

1. PROFESSEURS.

M. Daouda DIALLO
 M. Amadou DIALLO
 M. Moussa HARAMA
 M. Ogobara DOUMBO
 M. Yéniomégué Albert DEMBELE
 M. Anatole TOUNKARA
 M. Bakary M. CISSE
 M. Abdourahmane S. MAIGA
 M. Adama DIARRA
 M. Massa SANOGO
 M. Mamadou KONE

Chimie Générale et Minérale
 Biologie
 Chimie Organique
 Parasitologie –Mycologie
 Chimie Organique
 Immunologie, **Chef de D.E.R.**
 Biochimie
 Parasitologie
 Physiologie
 Chimie Analytique
 Physiologie

2. MAITRES DE CONFERENCES.

M. Amadou TOURE
 M. Flabou BOUGOUDOGO
 M. Amagana DOLO

Histoembryologie
 Bactériologie- Virologie
 Parasitologie

M. Mahamadou CISSE
M. Sékou F. M. TRAORE
M. Abdoulaye DABO
M. Ibrahim I. MAIGA

Biologie
Entomologie médicale
Malacologie, Biologie Animale
Bactériologie-Virologie

3. MAITRES ASSISTANTS

M. Moussa Issa DIARRA
M. Kaourou DOUCOURE
M. Bouréma KOURIBA
M. Souleymane DIALLO
M. Cheik Bougadari TRAORE
M. Lassana DOUMBIA
M. Mounirou BABY
M. Mahamadou A. THERA
M. Guimogo DOLO
M. Mouctar DIALLO
M. Abdoulaye TOURE
M. Boubacar TRAORE

Biophysique
Biologie
Immunologie
Bactériologie-Virologie
Anatomie-Pathologie
Chimie Organique
Hématologie
Parasitologie
Entomologie Moléculaire Médicale
Biologie Parasitologue
Entomologie Moléculaire Médicale
Parasitologie Mycologie

4. ASSISTANTS

M. Mangara M. BAGAYOKO
M. Djibril SANGARE
M. Bokary Y. SACKO
M. Mamadou BA
M. Moussa FANE

Entomologie Moléculaire Médicale
Entomologie Moléculaire Médicale
Biochimie
Biologie, Parasitologie, Entomologie Médicale
Parasitologie Entomologie

D.E.R. DE MEDECINE ET SPECIALITES MEDICALES

1. PROFESSEURS

M. Mamadou K. TOURE
M. Mahamane MAIGA
M. Baba KOUMARE
M. Moussa TRAORE
M. Issa TRAORE
M. Hamar A. TRAORE
M. Dapa Aly DIALLO
M. Moussa Y. MAIGA
M. Somita KEITA
M. Boubakar DIALLO
M. Toumani SIDIBE

Cardiologie
Néphrologie
Psychiatrie, **Chef de D.E.R.**
Neurologie
Radiologie
Médecine Interne
Hématologie
Gastro-Entérologie Hépatologie
Dermato-Leprologie
Cardiologie
Pédiatrie

2. MAITRES DE CONFERENCES

M. Bah KEITA
M. Abdel Kader TRAORE
M. Siaka SIDIBE
M. Mamadou DEMBELE
M. Mamady KANE
M. Saharé FONGORO
M. Bakoroba COULIBALY
M. Bou DIAKITE

Pneumo-Phtisiologie
Médecine Interne
Radiologie
Médecine Interne
Radiologie
Néphrologie
Psychiatrie
Psychiatrie

M. Bougouzié SANOGO
Mme SIDIBE Assa TRAORE
M. Adama D. KEITA

Gastro-Entérologie
Endocrinologie
Radiologie

3. MAITRES ASSISTANTS

Mme TRAORE Mariam SYLLA
Mme Habibatou DIAWARA
M. Daouda K. MINTA
M. Kassoum SANOGO
M. Seydou DIAKITE
M. Arouna TOGORA
Mme DIARRA Assétou SOUCKO
M. Boubacar TOGO
M. Mahamadou TOURE
M. Idrissa CISSE
M. Mamadou B. DIARRA
M. Anselme KONATE
M. Moussa T. DIARRA
M. Souleymane DIALLO
M. Souleymane COULIBALY
M. Sounkalo DAO
M. Cheïck Oumar GUINTO

Pédiatrie
Dermatologie
Maladies Infectieuses
Cardiologie
Cardiologie
Psychiatrie
Médecine Interne
Pédiatrie
Radiologie
Dermatologie
Cardiologie
Hépto-Gastro-Entérologie
Hépto-Gastro-Entérologie
Pneumo-phtisiologie
Psychologie
Maladies Infectieuses
Neurologie

D.E.R. DES SCIENCES PHARMACEUTIQUES

1. PROFESSEURS

M. Gaoussou KANOUTE
M. Ousmane DOUMBIA
M. Elimane MARIKO

Chimie Analytique, **Chef de D.E.R.**
Pharmacie Chimique
Pharmacologie

2. MAITRES DE CONFERENCES

M. Drissa DIALLO
M. Alou KEITA
M. Benoît Yaranga KOUMARE
M. Ababacar MAIGA

Matières Médicales
Galénique
Chimie Analytique
Toxicologie

3. MAITRES ASSISTANTS

M. Yaya KANE
Mme Rokia SANOGO
M. Saïbou MAIGA
M. Ousmane KOITA
M. Yaya COULIBALY

Galénique
Pharmacognosie
Législation
Parasitologie Moléculaire
Législation

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. Adama DIAWARA Santé Publique
M. Hamadoun SANGHO Santé Publique
M. Massambou SACKO Santé Publique
M. Alassane A. DICKO Santé Publique
M. Mamadou Souncalo TRAORE Santé Publique
M. Hammadoun Aly SANGO Santé Publique
M. Seydou DOUMBIA Epidémiologie
M. Samba DIOP Anthropologie Médicale
M. Akory AG IKNANE Santé Publique

4. ASSISTANTS

M. Oumar THIERO Biostatistique
M. Seydou DIARRA Anthropologie

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

DEDICACES

A mon Seigneur, le Dieu tout puissant !

Père Eternel, grâce à toi ce travail est arrivé à son terme. Loin des parents, tu n'as cessé de me soutenir durant tout ce temps et aujourd'hui encore tu remplis mon cœur de joie.

Sans toi Seigneur je n'y serai pas arrivée, merci infiniment pour toute cette grâce et ses bénédictions dont tu nous combles ma famille et moi.

Ce travail est le tien et je te remercie de m'avoir donné la santé, l'intelligence, le courage nécessaire et la chance de voir ce jour tant attendu arrivé.

Seigneur toi qui es au dessus de tout, donne moi la force de toujours vivre dans ta crainte.

A mon papa adoré, M.Tileuk Célestin

Papa, tu nous a inculqué un trésor inestimable : l'amour du prochain, le pardon, la patience, le sens de l'honneur, de la dignité et du travail bien accompli. Tu es le phoenix de la sagesse, de la rigueur et de la sincérité. Tu es le modèle de courage, de persévérance et d'humilité.

Ce travail est le résultat de ce que tu as fait germé en moi et en ce jour papa, mes mots sont bien trop petits pour exprimer ce que je ressens pour toi papa.

Je t'aime papa.

A ma douce maman, Mme Tiako Agnès épouse Tileuk

Aujourd'hui maman, c'est le cœur qui t'écrit. Toi qui m'a donné la vie, tu m'as comblé de bonheur en rendant ainsi ma vie belle. Ta personnalité, ton dynamisme, ton amour, ta générosité, ta modestie ont contribué à la stabilité de notre famille. Tu m'as appris à accepter et aimer les autres avec leur différence, tu as cultivé en moi le sens de la tolérance et de l'amour du prochain sur un fond de tendresse et d'affection et tu

souhaitez que je sois ton image. Maman tu es un modèle de femme pour moi.

Ce travail est le fruit de tous tes conseils, c'est le tien. Trouve ici l'expression de mon amour indéfectible.

Je t'aime maman.

Papa, maman, vous avez tant donné, sans restriction, repoussant sans cesse vos limites. Je souhaite que ce travail vous comble d'une immense joie et d'un grand sentiment de fierté.

Puisse le Seigneur nous prêter longue vie pour mieux goûter au fruit de tous vos sacrifices.

A mes frères et sœurs : Roberto Carlos, Yves Rostand, Danielle Stella, Reine Raïssa, Fabrice Frankling.

Vous m'avez été d'un grand soutien durant toutes ces années passées loin de vous. Vos conseils et vos différentes personnalités m'ont permis de garder la tête toujours très haute afin de mener à bien ce travail.

Que ce travail soit une source d'inspiration, de motivation pour vous. Apprenez que l'ambition et la réussite individuelle contribuent à l'épanouissement de la famille.

Merci infiniment de m'avoir accepté et de m'avoir comprise. Je vous adore.

Restons toujours unis.

A Tileuk Tchakoua yves rostand

Quand épuisée par une semaine studieuse, je retrouvais la chaleur familiale le week-end ou quand je recevais ta visite, il n'y avait pas meilleur remède pour me redonner de la vigueur.

Ce travail est aussi le tien, qu'il soit source de motivation pour toi. Je t'adore.

Que le Seigneur nous aide à resserrer d'avantages les liens de la famille.

Au Dr Tchonko Claude Bernard Tcheuffa

Nos chemins se sont croisés il y'a longtemps mais Il a fallu que six années s'écoulent pour que nous nous mettions ensemble.

Ton attention et ton soutien ne m'ont pas fait défaut pendant la réalisation de ce travail. Reçois ce travail comme gage de mon amour et daigne me pardonner toutes les fois où je serai obligée de te négliger au profil du travail.

Trouve ici l'expression de ma grande affection. Que le Seigneur bénisse notre relation selon sa volonté et qu'il te comble de ses bénédictions.

A mes grands parents

A mes oncles et tantes

A mes cousins et cousines

Que je chéri tant !

Votre affection, votre soutien moral, matériel et financier ont été un appui inestimable pour ce travail. Trouvez ici l'expression de ma reconnaissance et de mon admiration.

A tous ceux qui souffrent du VIH/SIDA

Puisse ce travail contribue aux voies et moyens vers l'apaisement de vos maux ! Il y a des vérités qui sont difficiles à supporter, mais sachez que tant qu'il y a la vie, l'espoir est permis.

REMERCIEMENTS

ô Cameroun, berceau de nos ancêtres, ma chère patrie....

Au peuple malien

Grâce à vous l'intégration africaine est une réalité. Vous êtes un exemple pour toute l'Afrique car votre hospitalité n'a d'égal que votre sens du respect. Je vous suis infiniment reconnaissante. Vive l'union africaine.

A tous mes maîtres de la faculté

Vous êtes pour nous des modèles. Impressionnés par la qualité de vos enseignements ainsi que vos leçons d'humilité, aujourd'hui nous vous disons merci le cœur plein d'émotion et de reconnaissance.

Au Dr Fouapon Thierry et Dr Christelle Boyom

Vous qui m'avez accueillie et guidée durant mon odyssée à Bamako. J'admire en vous la force, la témérité, la disponibilité et cette analyse que vous avez des situations. Que le Seigneur continue de vous bénir et de vous combler de ses grâces.

A Leckpa Tazo Armel Gaël

Ton affection, ton soutien moral et ton amitié ont été un appui inestimable pour ce travail. Puisse le Seigneur consolider davantage cette amitié, qu'il te comble de toutes ses grâces et ses bénédictions. Je te souhaite beaucoup de courage et de persévérance dans la suite de ta carrière. Que Dieu t'accorde longue vie et qu'il te bénisse !

A mon groupe d'étude : Stephanie Towa, Judith Nkuidjeu , Anne Sango, Myriame Manefoue

Vous m'avez positivement marqué par votre sens de l'entraide, de l'amitié et de votre promptitude à prêter main forte. Nous avons passé des moments inoubliables qui à porter ses fruits. Je vous souhaite beaucoup de réussite et de persévérance dans la suite de votre carrière. Que le Seigneur vous bénisse!

A Anne Sango, Judith Nkuidjeu

Immense est la joie qui m'anime en ce moment car avec chacune de vous j'ai vécu plein de choses et c'est ça l'amitié. Vos conseils m'ont été d'un grand secours et je vous dis merci. Que le très Haut nous donne la force de garder si fort ce lien et qu'il consolide l'amour qui nous unit. Qu'il vous protège et vous bénisse !

A Audrey Moghomaye

Le lycée, la fac. Tu as toujours été là quand j'avais besoin de toi. Durant ces derniers moments assez difficiles, tu n'as cessé de m'apporter ton soutien. Trouve ici l'expression de toute ma reconnaissance. Puisse le Seigneur nous donner davantage la force et le courage de se supporter et qu'il te couvre de toutes ses bénédictions. Courage pour la fin !

A mes amis (ies) : Ghislain Ndoma, Huguette Ngassa, Eugénie Tchouandop, Dieudonné Fassi, Aïcha Fofana, Dr Dominique Arama, Dr Djibril Kassogué

Vous avez toujours été là chaque fois que j'ai eu besoin de vous et c'est avec vos multiples conseils, votre soutien qu'aujourd'hui je suis arrivée à un bout de ce travail. Recevez ici l'expression de ma reconnaissance et de mon admiration.

A Férid Tatiensé

Je n'oublierai jamais les bons moments faits de conseils mutuels et de blagues que nous avons partagé ensemble pendant notre séjour commun au village du point G. Merci pour le soutien que tu n'as cessé de m'apporter. Que Dieu t'accorde longue vie et te bénisse.

A mes aînés (ées) : Dr Sylviane Djoko, Dr Denise Tamga, Dr Serge Akwo, Dr Christian Djeukam, Dr Sandrace Keuko, Xavier Domche, Irène Djomo

Merci pour l'encadrement.

A mes promotionnaires : Stéphanie Towa, Judith Nkuidjeu, Anne Sango, Myriam Manefoué, Blaise Kodjou, Stéphane Tchomchoua, Yannick Modi, Didier Ndané, Pamela Sonfack, Laurence, Lucesse, Lydienne Ouembé, Léopold Njapom, Ariane Métiégan, Francine Ngo louga, Brice, Sandra Taguembou

Nous avons été une vraie famille avec ses hauts et ses bas. Nous avons su nous soutenir dans les bons et les mauvais moments. Bonne carrière à ceux qui ont déjà soutenu et beaucoup de courage à ceux qui travaillent encore pour leur thèse. Restons unis.

Aux promotions : Aspro, Premium, Sosere, Satre, Segalen, Pradier, César, Degaulle

A mes cadets : Minette Tadié, Jean - Samuel Boyom, Georgette Ngadeu, Daniel Nemsu, Patricia Eyoup, Michelle Zouna, Tatiana Bella, Rosine Kuissu, Freddy Simo, Hermine Leckpa, Armel Tcheuffa, Marcel Feujo.

Beaucoup de courage. Nous croyons que vous ferez mieux que nous.

A l'ARCAD/SIDA

Merci pour tout le soutien que vous apporté à l'endroit de ceux qui vivent avec le VIH/SIDA au MALI.

A tout le personnel de l'USAC : Dr fodié DIALLO, Dr Daouda Traoré, Dr Kassim COULIBALY, Yacouba Konaté, Seynabou ABIDINE, Issa COULIBALY, Moussa Diabaté, Korotoumou DIALLO, Sibiri DIARRA

Merci pour tout l'encadrement et le soutien.

A l'AEESCM

Restons toujours solidaire.

A tous ceux que j'ai oublié, mille excuses ; vous êtes également gravés dans mon cœur.

HOMMAGES AUX MEMBRES DU JURY

**A notre maître et président du jury
Pr Mamadou Traoré**

**Professeur agrégé en gynéco obstétrique
Secrétaire général adjoint de la SAGO (Société Africaine de
Gynécologie et Obstétrique)
Médecin chef du centre de santé de référence de la commune V.**

Honorable maître,

Vous nous faites un privilège et un grand honneur en acceptant de présider ce jury malgré vos multiples occupations. Vous nous avez profondément marqué par votre personnalité, votre simplicité, votre humanisme et surtout votre disponibilité constante.

Votre amour du travail bien fait, votre rigueur scientifique font de vous un maître admiré de tous.

Veillez accepter cher maître, l'expression de notre profonde gratitude et sincères respects.

**A notre maître et juge
Pr Sounkalo Dao**

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

Cher maître,

Nous vous sommes sincèrement reconnaissant pour la spontanéité avec laquelle vous avez accepté de juger ce travail.

Votre courage, votre dévouement, votre amour du travail bien fait et votre disponibilité ont forcé notre estime. Ayez l'amabilité d'accepter ma profonde reconnaissance pour votre contribution. Ce travail n'aurait pu se réaliser sans vous.

Infiniment merci.

**A notre maître et Co-directeur de thèse
Dr Fodié Diallo**

**Coordinateur de l'USAC au centre de santé de référence de la
commune V**

Cher maître, vous nous avez toujours reçu comme une sœur et vous étiez toujours à notre écoute.

Principal artisan de l'élaboration de ce travail, vous avez assuré la direction intellectuelle de cette thèse. Après une année passée à vos côtés, nous avons apprécié votre rigueur scientifique et votre exigence du travail bien fait.

Qu'il nous soit permis de vous exprimer notre gratitude et notre profonde admiration.

**A notre maître et directeur de thèse
Pr Elimane Mariko**

Maître de conférence agrégé en pharmacologie à la FMPOS

Chargé de cours de pharmacologie à la FMPOS

Chef de DER des sciences pharmaceutiques

**Chargé de mission au Ministère des forces armées des anciens
combattants**

Colonel de l'Armée Malienne

Cher maître,

Nous vous remercions pour l'honneur que vous nous avez fait en acceptant de diriger ce travail. Nous espérons avoir été à la hauteur de vos attentes dans la réalisation de ce travail.

Votre sens de justice et d'équité sans cesse renouvelé votre pragmatisme. Vous êtes un homme de science rigoureux et pointilleux. Votre ardeur au travail, votre grande culture et votre très grande compétence méritent admiration. Vous êtes un véritable modèle pour toutes les générations d'étudiants qui sont passées chez vous.

Trouvez ici cher maître le témoignage de notre profonde gratitude et de toute notre estime.

SOMMAIRE

SOMMAIRE

INTRODUCTION

I- OBJECTIFS

II- GENERALITES

2-1.Historique de la maladie

2-2.Epidémiologie dans le monde et en Afrique

2-3.Réservoirs du germe

2-4. Classification et répartition des VIH type 1 en zone tropicale (groupe M, O, N) et particularité de l'infection liée au VIH type 2

2-5.Modes de contamination

2-6.Modes de prévention

2-7.Diagnostic de l'infection à VIH

2-8.Avantages de l'emploi des tests rapides

2-9.Situation au Mali

III- METHODOLOGIE

IV- RESULTATS

V- COMMENTAIRES ET DISCUSSION

VI- CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

VII- REFERENCES

VIII- ANNEXES

ABBREVIATIONS

Abréviations

AES :	A ccident d' E xposition au S ang
ANEH :	A gence N ationale d' E valuation des H ôpitaux
AMM :	A utorisation de M ise sur le M arché
ARCAD :	A ssociation de R echerche de C ommunication et d' A ccompagnement à Domicile de PVVIH
ARV :	A nti- R étro V iraux
AZT :	Z idovudine
BAAR :	B acille A cido A lcool R ésistant
CCSLS :	C ellule du C omité S ectoriel de L utte contre le S IDA
CD4 :	C luster of D ifferentiation 4
CDC :	C enter for D isease C ontrol
CERKES :	C entre de R éférence K énéDougou S olidarité
CESAC :	C entre de S oins, d' A nimation et de C onseil
CNAM :	C entre N ational d' A ppui à la M aladie
CNESS :	C omité N ational d' E thique pour la S anté et les S ciences de la V ie
CNIECS :	C entre N ational d' I nformation E ducation C ommunication pour la S anté
CNOS :	C entre N ational d' O odonto- S tomatologie
CPS :	C ellule de P lanification et de S tatistiques
CREDOS :	C entre de R echerche et de D ocumentation pour la S urvie de l'enfant
CSCOM :	C entre de S anté C ommunautaire
CV :	C harge V irale
DDI :	D idanosine
DNS :	D irection N ationale de la S anté
ECBU :	E tude C yto B actériologique des U rines
EDS :	E nquête D émographique et de S anté
ESOPE :	Logiciel de suivi des patients
ESTHER :	E nsemble pour une S olidarité T hérapeutique H ospitalière en R éseau
FV :	F rottis V aginal
GE :	G outte E paisse
HCG :	G onadotrophine C horionique H umaine
HCNLS :	H aut C onseil N ational de L utte contre le S IDA
IEC :	I nformation, E ducation et C ommunication

IMAARV : Initiative **M**alienne d'**A**ccès aux **A**ntirétroviraux
INNTI: Inhibiteur **N**on **N**ucléosidique de la **T**ranscriptase **I**nverse
INRSP : Institut **N**ational de **R**echerche en **S**anté **P**ublique
INTI: Inhibiteur **N**ucléosidique de la **T**ranscriptase **I**nverse
IO : Infections **O**pportunistes
IP : Inhibiteur de **P**rotéase
IST : Infections **S**exuellement **T**ransmissibles
NFS : **N**umération **F**ormule **S**anguine
OMS : **O**rganisation **M**ondiale de la **S**anté
ONG : **O**rganisation **N**on **G**ouvernementale
ONUSIDA: Programme commun des Nations Unies pour le SIDA
PAM : **P**rogramme **A**limentaire **M**ondial
PCIMA : **P**rise en **C**harge **I**ntégrée de la **M**aladie chez l'**A**dolescent et l'**A**dulte
PDSC : **P**lan de **D**éveloppement **S**ocio **S**anitaire de la **C**ommune
PEV : **P**rogramme **E**largi de **V**accination
PIB : **P**roduit **I**ntérieur **B**rut
PMS : **P**rogramme **M**ondial de **S**anté
POK : **P**arasite, **Œ**ufs et **K**ystes
PTME : **P**révention de la **T**ransmission de la **M**ère à l'enfant
PVVIH : **P**ersonnes **V**ivant avec le **VIH**
SE/HCNLS : **S**ecrétariat **E**xécutif du **H**aut **C**onseil **N**ational de **L**utte contre le **S**IDA
SIDA : **S**yndrome d'**I**mmunodéficience **A**cquis
SLIS : **S**ystème **L**ocal d'**I**nformation **S**anitaire
UNICEF : **F**onds des Nations Unies pour l'enfance
USAC : **U**nité de **S**oins d'**A**ccompagnement et de **C**onseil
VHB : **V**irus **h**épatite **B**
VIH : **V**irus d'**I**mmunodéficience **H**umaine
VS : **V**itesse de **S**édimentation

INTRODUCTION

Introduction

Découverte pour la première fois en 1981 à Atlanta (USA), la maladie du SIDA est devenue une des pandémies les plus préoccupantes de ces dernières décennies. [1]

Selon ONU/SIDA/OMS, on dénombre dans le monde 33,2 millions de séropositifs avec 30,2 millions d'adultes et 15,4 millions de femmes. Sur l'ensemble des personnes vivant avec le VIH (PVVIH) dans le monde, 22,5 millions vivent en Afrique subsaharienne. Les femmes risquent deux fois plus que les hommes d'être infectées en ayant des relations sexuelles non protégées. [2]

En Afrique de l'ouest francophone, la prévalence de l'infection par le VIH est inférieure à 2% de la population générale dans plusieurs pays. Les estimations fixent à plus de 4 784 000 le nombre de personnes vivant avec le VIH/SIDA dans cette région aux faibles ressources économiques. [2]

Le SIDA représente aujourd'hui la plus grande menace pour le continent Africain avec des séroprévalences dépassant dans certains cas 25% de la population en âge de procréer.

Les femmes, les jeunes, et les adolescents constituent partout les couches les plus touchées et payent un très lourd tribut à la pandémie. Le VIH/SIDA affecte les fondements même du développement et met en péril tout l'ordre sécuritaire établi. Tous les secteurs sont concernés avec les incidences énormes surtout ceux de l'éducation, de la santé et du développement socio-économique. [3]

L'infection à VIH est l'objet d'une attention soutenue depuis plus de 10 ans. Pourtant malgré l'énorme quantité d'informations accessibles et transmises, il est paradoxal de constater que la réalité de cette pandémie ne s'est pas encore installée dans la conscience de la majorité de la population. Les infections

sexuellement transmissibles (IST) et le VIH/SIDA progressent dans les pays d'Afrique. [2]

Au Mali les résultats de l'enquête démographique de santé (EDS IV 2006) ont mis en évidence une prévalence de 1,3% avec une estimation de 130000 personnes vivant avec le VIH. Cette prévalence varie selon les 8 régions du Mali dont les plus touchés sont : district de Bamako (1,9%), Mopti (1,4%), Ségou (1,3%) Koulikoro (1,2%), Kayes (0,7%), Sikasso (0,6%), Kidal (0,6%), Tombouctou (0,5%). L'évolution non maîtrisée de cette tendance (1,3) pour le Mali peut nous amener à un taux de 6% en 2010. [4]

Cette moyenne nationale, peut paraître faible en comparaison avec d'autres pays Africains, mais ce chiffre ne doit pas nous tromper sur la vraie nature du mal car il ne reflète pas les graves disparités, avec des taux particulièrement élevés chez certains groupes à risque et vulnérables tels que les professionnels de sexe, les transporteurs routiers, les populations migrantes et les enfants.

Aujourd'hui le SIDA n'est pas seulement une maladie ; il est devenu un important problème de développement voire un fléau national. A ce titre, sa gestion devient une mission nationale, hautement prioritaire et d'une grande portée stratégique pour notre pays. Avec le paludisme il est devenu une des premières causes de morbidité et de mortalité. Il pourrait constituer à terme une menace pour la stabilité et la survie de notre pays, parce que touchant les jeunes, les femmes, et les institutions comme: éducation, armée, agriculture, mines, industries, etc.

Pour ne pas tomber dans ces travers et prendre cette responsabilité lourde de conséquences devant l'histoire, les autorités maliennes ont depuis longtemps accordé la priorité à la lutte contre le SIDA aujourd'hui devenu un défi majeur et une préoccupation pour les gouvernants. Il occupe de ce fait une place de choix dans toutes les politiques et stratégies nationales mises en place ces dernières années. La création du Haut Conseil National de Lutte contre le SIDA (HCNLS)

présidé par le Président de la République est un des exemples illustrant la volonté du gouvernement du Mali dans le cadre de lutte contre la pandémie du VIH/SIDA.

L'accès au traitement par Antirétroviraux (ARV) aux personnes vivant avec le VIH/SIDA est une réponse du gouvernement du Mali dans le cadre de la lutte contre la pandémie mais aussi un accompagnement des PVVIH dans le cadre de l'accès aux soins de proximité conduisant à la décentralisation des activités de prise en charge des PVVIH.

C'est dans cette perspective que ARCAD/SIDA en collaboration avec la direction régionale de la santé du district de Bamako avec l'appui financier du fond mondial de lutte contre le SIDA au Mali a mis en place les Unité de soins, d'accompagnement et de conseils (USAC) au sein des centres de santé de référence. [5]

Dans ce contexte de la décentralisation de la prise en charge globale des PVVIH, nous nous proposons d'évaluer cette initiative à l'USAC de la commune V.

OBJECTIFS

I-OBJECTIFS

1- Objectif général

Evaluer la prise en charge globale des PVVIH au niveau de l'USAC de la commune V, afin de contribuer à l'amélioration de la qualité de la prise en charge des PVVIH.

2- Objectifs spécifiques

- Déterminer le profil sociodémographique et clinique des PVVIH ;
- Préciser la qualité des services fournis à l'USAC ;
- Déterminer l'opinion et la perception des patients sur la prise en charge des PVVIH en milieu intégré;
- Identifier les atouts et les difficultés de la prise en charge globale des PVVIH en milieu intégré ;
- Proposer des solutions permettant une amélioration dans la prise en charge des PVVIH.

GENERALITES

II-GENERALITES

2-1. Historique de la maladie

Au cours de l'été 1981, les services épidémiologiques américains annoncent à la communauté scientifique internationale l'apparition d'un mal nouveau. Les équipes de chercheurs engagent alors une course pour identifier la maladie, son agent causal et sa thérapeutique.

De leur côté, les épidémiologistes et les historiens des sciences se posent des questions pour savoir l'origine de cette maladie : s'agit-il d'une maladie ancienne (révélée par l'épidémie) non identifiée par les médecins avant 1981 ou d'une nouvelle maladie que l'homme n'avait jamais connue ? La réponse à cette question reste encore obscure, faute de recul suffisant et de connaissances scientifiques complètes.

Le 5 juin 1981, les CDC, l'agence épidémiologique Fédérale d'Atlanta, annonce dans son bulletin hebdomadaire cinq (5) cas graves de pneumocystose observés entre octobre 1980 et mai 1981 dans trois (3) hôpitaux de Los Angeles. Les patients sont de jeunes homosexuels âgés de 29 à 36 ans qui inhalent tous du nitrite d'amyle («Les poppers»). Certains présentent aussi une candidose et une infection à cyto mégalo virus.

Malgré une polychimiothérapie intensive, deux (2) des malades décèdent. La numération lymphocytaire réalisée pour trois de ces patients montre un effondrement du nombre des lymphocytes T.

Un an plus tôt, sur la Côte Est, à New York, des cas mortels de pneumocystose, de toxoplasmose cérébrale et de sarcome de Kaposi ont été rapportés chez des adultes jeunes appartenant également à la communauté homosexuelle.

En mars 1981, huit (8) patients hospitalisés à New York présentent des sarcomes de Kaposi dont l'évolution est grave et rapide [1].

Le 4 juillet 1981, le Dr James Curan, chef du service de recherche sur les maladies vénériennes de l'agence fédérales (CDC) d'Atlanta) est le 1^{er} à considérer que les malades californiens et ceux de New York sont victimes d'une seule et même maladie [6].

Le 28 août 1981, dans un troisième communiqué, les CDC d'Atlanta dénombrent 108 malades dont 40% sont décédés. Si toutefois ces malades sont homosexuels ou bisexuels on note aussi des hétérosexuels toxicomanes et une femme.

A la fin de l'année 81, les épidémiologistes américains sont convaincus que la maladie est engendrée par un agent infectieux à transmission sexuelle. Les multiples dénominations « gay compromise syndrome » « Pneumonie gay », « cancer gay », « gay plaque », « gay related immunodeficiency » (GRID) traduisent l'embarras du corps médical pour caractériser une maladie nouvelle dont la transmission (homo) sexuelle semble indiscutable.

En 1982, le SIDA prend son nom définitif. Au début de l'année 1982, l'épidémie de sida (VIH-1) concerne 200 malades inégalement répartis dans 15 Etats américains à Haïti et au Danemark. La pandémie qui affecte l'Afrique centrale (foyer primitif ?) et la seconde épidémie (VIH-2) de l'Afrique occidentale sont ignorées des épidémiologistes jusqu'en 1984.

L'épidémiologie du SIDA est prise en compte en Europe au début de 1982 (36 cas sont recensés en janvier). Les épidémiologistes constatent que la majorité des cas européens se concentrent en France, en ex-RFA et au Royaume Uni (65%). Une particularité intrigue les chercheurs : 15% des malades décédés en France et en Belgique sont originaires d'Afrique centrale. [7]

En février 1983, lors d'un symposium se tenant à New York, les experts du groupe de travail français sur le SIDA signalent à la communauté scientifique internationale l'existence d'une « piste » africaine.[6]

Dès le début de l'épidémie, quatre institutions concentrent leurs efforts pour identifier le virus et promouvoir une politique de prévention : l'organisation Mondiale de la santé (OMS), l'institut Pasteur, les National Institutes of Health (NIH) et les CDC. [6]

En 1983, le corps médical admet que l'épidémie ne concerne pas seulement les homosexuels mais aussi les héroïnomanes, les Haïtiens, les hémophiles et même les hétérosexuels.[8]

Le 23 avril 1984, Margeret Hackler, secrétaire d'Etat américain à la santé annonce que le professeur Gallo a découvert le virus responsable du sida et dépose une demande de brevet pour un test de dépistage.[8]

Le 28 mai 1985, le Patent Office américain accorde son brevet au test anti-HTLV III du professeur Gallo. [8]

De 1984 à 1985, les équipes de chercheurs isolent le récepteur cellulaire spécifique du virus du sida, la molécule CD4. Elles établissent la séquence du génome viral. Elles démontrent aussi que le virus peut infecter les lymphocytes B, les monocytes, les promyélocytes, les macrophages cérébraux et de nombreuses autres variétés de cellules humaines. [8]

En mars 1986, en collaboration avec des médecins portugais, Clavel, Guétard et Brun-Vézinet de l'équipe de Montagnier isolent un nouveau virus, le LAV type II (futur HIV2) chez les malades originaires de Guinée Bissau. [8]

En mai 1986, un comité international de nomenclature propose l'emploi de la dénomination HIV (Human Immunodeficiency virus).

En 1988, l'OMS déclare le sida comme « grande cause nationale » et institue le 1^{er} décembre comme « journée nationale du sida ». [9]

En 1992, la didanosine obtient son AMM en France.

Le 11 juillet 1994 le conseil d'administration de la fondation Franco-américaine pour le sida (FAAF) reconnaît la paternité de l'équipe française quant à la découverte du virus du sida.

2-2. Épidémiologie dans le monde et en Afrique

En 1988, le nombre de séropositifs était estimé à 30,6 millions. [10]

Ce nombre s'accroît en 2000 et se chiffre à 34,3 millions de personnes. [10]

En 2002, l'épidémie du SIDA a causé plus de 3 millions de décès et on estime que 5 millions de personnes ont contracté le virus de l'immunodéficience Humaine (VIH) cette même année. Ce qui porte à 42 millions le nombre de personnes vivant avec le VIH dans le monde. [11]

Depuis le début de l'épidémie, le SIDA a fait quelques 12,1 millions d'orphelins en Afrique, sur un total mondial de 13,2 millions d'orphelins du SIDA. Avant l'avènement du SIDA, 2% de tous les enfants des pays en développement étaient orphelins. En 1997, la proportion des enfants qui avaient perdu un de leurs parents ou les deux avait atteint 7% dans de nombreux pays africains. [11]

Une étude récente estime qu'en 1997, les dépenses de santé publique réservées au seul SIDA ont déjà dépassé 2% du produit intérieur brut (PIB) de 7 pays africains sur les 16 pays échantillonnés alors que dans ces mêmes nations, la totalité des dépenses de santé représente 3-5% du PIB. [8]

Bien que des progrès aient été réalisés en matière de prévention et de soins, on a compté 29,4 millions de personnes vivant avec le VIH en Afrique Subsaharienne avec quelques 3,5 millions de nouvelles infections en 2002. [8]

Dans les six pays de l'Afrique Australe, on avait estimé que jusqu'en 2005, le SIDA emporterait entre 8% et 25% des médecins en exercice aujourd'hui. Dans sept pays tous situés dans la corne australe du continent un adulte sur cinq au moins vit avec le VIH. Dans les pays où 10% de la population

adulte est infectée par le VIH, près de 80% de tous les décès chez les jeunes entre 25 et 45 ans seront associés au VIH.

Les taux d'infection chez les jeunes femmes africaines sont plus élevés que chez les jeunes hommes. Les taux moyens chez les adolescentes sont plus de cinq fois supérieurs aux taux chez les jeunes garçons.

Parmi les jeunes au début de la vingtaine, les taux sont trois fois plus élevés chez les femmes. [11]

Ainsi on a :

- Au Zimbabwe, depuis 1997, la probabilité pour une jeune femme de 15 ans, de décéder avant la fin de sa période de reproduction avait quadruplé, passant de 11% environ au début des années 1980 à plus de 40% en 1997. Plus de 2000 personnes meurent du SIDA chaque semaine au Zimbabwe. En 2002, la séroprévalence était de 33,7%. [11]
- Au Botswana, 35,8% des adultes sont aujourd'hui infectés par le VIH. En Afrique du Sud, ils sont 19,9%, alors qu'ils étaient 12,9% il y a deux ans. Le taux de prévalence du VIH chez l'adulte au Botswana a plus que triplé depuis 1992, année où l'on estimait à 10%. En 2002, la séroprévalence était de 38,8%. [11]
- L'Afrique du Sud est le pays du monde qui compte le plus grand nombre d'individus vivant avec le VIH/SIDA (4,2 millions séropositifs). La croissance de l'épidémie est l'une des plus rapides du globe. En 2003, une femme sud-africaine sur quatre entre 20 et 29 ans était infectée par le virus. [11]
- En Zambie, en 2003, plus d'un adulte sur quatre vivant dans les villes était séropositif et plus d'un adulte sur sept dans les zones rurales était infecté par le VIH. [11]
- L'Afrique de l'Ouest est relativement moins touchée : Le Nigeria qui est le pays le plus peuplé de l'Afrique Subsaharienne a plus de 2,7

millions de personnes infectées. En 2002, on estime à 540.000 le nombre de personnes vivant avec le VIH au Ghana.

- D'ici 2010, les taux bruts de mortalité au Cameroun auront plus que doublé à cause du VIH/SIDA. [11].

2-3. Réservoirs du germe

Les germes sont contenus dans les liquides biologiques qui sont : le sang, le sperme, le liquide séminal, les sécrétions vaginales, le liquide péricardique, le liquide pleural, le liquide ascitique, le lait maternel ; les objets souillés transmettent aussi le VIH comme les aiguilles, les seringues, les instruments de chirurgie.

Les larmes et les salives contiennent des germes mais ne sont pas infectantes.

2-4. Classification et répartition des VIH type 1 en zone tropicale (groupe M, O, N) et particularité de l'infection liée au VIH type 2

La grande variabilité génétique du VIH1 en trois sous groupes :

- Le groupe M (Majeur) divisé en 9 sous-types
- Le groupe O (Outlier) observé essentiellement en Afrique centrale
- Le groupe N (Non M non O) isolé au Cameroun. [12-13]

En plus des sous groupes définis ci-dessus, de nombreuses formes recombinantes ont été identifiées (circulating Recombinant Formes ou RF).

Certaines (RF) sont à l'origine d'épidémies importantes, comme le (RFO2 AG en Afrique de l'Ouest et le CRFO1 AE en Asie du Sud-est). Cette grande diversité des rétrovirus humains est un obstacle à la mise au point d'un vaccin. Par ailleurs elle a nécessité l'adaptation des tests de diagnostic sérologique et de mesure de charge virale aux nouveaux sous types circulants.

Les homologues simiens du VIH-1 et du VIH-2 ont été mis en évidence respectivement chez les chimpanzés et des mongabés d'Afrique centrale et de l'Ouest suggérant une origine africaine de l'épidémie. La très grande diversité

du VIH en Afrique centrale dénotant une circulation ancienne du virus est un argument supplémentaire en faveur de cette hypothèse. Le sous typage des souches retrouvées sur divers continents a permis de reconstituer en partie l'histoire de la propagation du virus dans le monde. [12]

Tous les sous types ont été décrits en Afrique intertropicale.

Le sous-type C est retrouvé en Inde. Ce qui fait que ce dernier est le plus répandu au monde.

L'exemple de la Thaïlande est une bonne illustration de l'intérêt du sous typage pour la compréhension de la propagation de l'épidémie dans une région. En Thaïlande, l'épidémie a débuté en 1989, parmi les toxicomanes de Bangkok. Un an plus tard, la surveillance sentinelle auprès des prostituées et leurs clients a mis en évidence la montée d'une épidémie en population hétérosexuelle.

Alors qu'il aurait été plausible de concevoir un scénario selon lequel des toxicomanes se prostituant auraient transmis à la population hétérosexuelle les souches circulant parmi eux, l'analyse des sous-types dans les deux populations a révélé qu'il s'agisse de deux épidémies indépendantes : l'une liée au sous-type B parmi les toxicomanes, et l'autre liée au recombinant CRFO1 AE parmi les prostituées et leurs clients. Ce dernier recombinant est à l'origine de l'épidémie en population hétérosexuelle des pays limitrophes (Birmanie et Cambodge).

Le sous-type B est largement répandu dans les pays industrialisés (Europe, Etats-Unis, Australie) essentiellement parmi les homosexuels et les toxicomanes même si depuis quelques années les sous-types non B sont de plus en plus fréquemment observés lors des contaminations hétérosexuelles en Europe, en relation avec les cas de VIH/SIDA des populations immigrantes d'Afrique. En Amérique du Sud, le sous-type B est principalement rencontré surtout au Brésil ainsi que le sous-type E.

Les différents sous-types du VIH1 ont des propriétés biologiques différentes ; par exemple la rareté au phénotype syncitium-inducing associé à l'usage du corécepteur CX CR4 parmi les sous-types C [14], il semble que les différences en termes de morbidité et de survie associées à un sous-type particulier du VIH-1 soient limitées. [15]

L'infection VIH-1 groupe O [16] a été mise en évidence en 1987 chez des patients Camerounais dont le profil sérologique au Western blot se montrait atypique. Ces isolats rattachés au VIH-1 ont été classés dans un groupe à part. Ils apparaissaient différents des autres virus du groupe M. Les cas ont été rencontrés essentiellement au Cameroun mais également au Gabon et au Nigeria. Les seules données cliniques disponibles concernent des patients diagnostiqués en France et semblent en faveur d'une évolution identique à celle des autres isolats du VIH-1.

Le VIH de type 2 [17] a été isolé en 1986 chez des patients originaires d'Afrique de l'Ouest atteints de SIDA mais séronégatifs pour le VIH-1 (75% d'homologie versus 42%). Il se rencontre essentiellement dans les zones urbaines d'Afrique de l'Ouest, notamment la Guinée-Bissau où sont notés les taux de séroprévalence les plus élevés (6 à 10% de la population de la capitale est infectée) ; en Guinée Conakry, au Cap Vert, au Sénégal, en Gambie, en Côte d'Ivoire et à moindre niveau au Burkina Faso, Mali, Ghana, Siéra Leone et Libéria ainsi que dans les pays Lusophones (Angola, Mozambique). Par ailleurs, des cas sporadiques ont été décrits. Il est probable que le VIH-2 était prédominant en Afrique de l'Ouest avant d'être supplanté par le type 1. Les modes de transmission sont les mêmes mais la transmissibilité est cinq fois moindre (si le transmetteur est asymptomatique). Autre différence avec le VIH-1, la séroprévalence augmente jusqu'à 65 ans. La moindre transmissibilité avec nécessité d'exposition répétée ainsi que la moindre pathogénicité expliqueraient cette particularité.

En effet, la période de latence clinique semble plus longue et le taux de progression vers les infections opportunistes est significativement plus faible que pour le VIH-1. En revanche, au stade d'infection évoluée, les pathologies rencontrées semblent similaires. [18]

2-5. Modes de contamination

Les trois principaux modes de contamination qui sont reconnus à l'heure actuelle sont :

- La transmission par voie sexuelle
- La transmission par voie sanguine
- La transmission par voie verticale

a- La transmission par voie sexuelle

Chez les homosexuels, il est établi que les rapports ano-génitaux représentent un risque majeur de contamination, le plus élevé qu'en cas de pratiques insertives. Les autres facteurs de risque étant les antécédents des infections sexuellement transmissibles (IST), le stade avancé de la maladie du partenaire positif, le nombre de partenaires et la douche rectale. Bien que plus faible, le risque de contamination lors de pratiques oro-anales ou oro-génitales n'est pas nul.

Chez les hétérosexuels, le risque de transmission du VIH au cours d'un seul rapport sexuel est estimé à moins de 1% (il est de 30% pour le gonocoque). Les facteurs de risque individualisés sont les antécédents d'IST, le stade avancé de la maladie du partenaire positif, les relations sexuelles en période menstruelle (x 3), les relations anales (x 5) , l'âge de la partenaire supérieure à 45 ans (réceptivité au VIH x 4). De plus comme pour toute IST, le risque de transmission paraît supérieur lorsque l'homme est infecté (20% de transmission dans le sens homme femme et 12% dans le sens femme homme). L'efficacité de l'utilisation adéquate du préservatif dans la prévention de la transmission du VIH est démontrée. [8]

En Afrique Sub-saharienne et au Mali près de 90% des cas sont imputables à une transmission hétérosexuelle. [19-20]

b- La transmission par voie sanguine

Chez les usagers de drogue par voie veineuse, le partage de seringue est un facteur de risque manifeste, mais également la fréquence des infections et l'ancienneté de la toxicomanie. Le libre accès au matériel d'injection (pharmacie, distributeur) permet de diminuer significativement les pratiques de partage de seringue donc le risque de contamination. Les usagers de drogues sont également exposés au risque de contamination par voie sexuelle.

Près de 40% des 3.000 hémophiles traités en France avant 1985 avaient été contaminés. Depuis 1985, les techniques d'inactivation virale appliquées aux facteurs de coagulation ont aboli tout risque de contamination. Le dépistage obligatoire des anticorps anti-VIH pour tout don de sang a considérablement diminué le risque de contamination lors de la transfusion des autres produits sanguins. Cependant le risque résiduel n'est pas nul notamment si le donneur est en phase de séroconversion : il était estimé en 1992 à un don infecté et sérologiquement négatif pour 600.000 dons.

Le risque de contamination professionnelle est estimé entre 0,2 et 0,3% après une exposition percutanée. Il semble corrélé au volume de sang inoculé, à la profondeur de la blessure, au stade de l'infection du patient. Il peut être réduit grâce à la sensibilisation des soignants à l'utilisation de boîtes à aiguilles ou systèmes de prélèvement sanguin à aiguille rétractable à l'absence de recapuchonnage des aiguilles et enfin à la prise des médicaments d'antirétroviraux en cas d'accident d'exposition au sang. [8]

c- La transmission verticale

Le risque de transmission materno- foetale varie d'environ 20% dans les pays industrialisés à environ 35% dans les pays en voie de développement. Il est augmenté par le stade évolué de la maladie de la mère, la présence d'une IST.

Une étude récente a démontré l'intérêt de la prise d'AZT par la mère pendant la grossesse et l'accouchement et par l'enfant dans les premières semaines de vie. Le risque de contamination du nouveau-né a été réduit significativement d'un facteur 3 (risque d'environ 8%). La transmission par l'allaitement maternel a été démontrée comme possible. Il est cependant toujours recommandé par l'OMS dans les pays en voie de développement du fait des qualités nutritionnelles et immunitaires du lait maternel et également du fait du coût élevé des produits de substitution. [8]

2-6. Modes de prévention

Le conseil psychosocial ou le counseling a un rôle éminent à jouer en matière de prévention. Il existe trois axes de prévention répondant aux trois modes de contamination possibles :

- ❑ prévention de la transmission sexuelle
- ❑ prévention de la transmission par le sang et les instruments souillés de sang
- ❑ prévention de la transmission de la mère à l'enfant.

a- Prévention de la transmission sexuelle

Globalement, il existe trois moyens possibles :

- l'abstinence sexuelle totale ;
- l'engagement d'une relation sexuelle avec pénétration après bonne connaissance mutuelle, contrôle de la sérologie VIH négative de deux partenaires avec fidélité réciproque ;
- la relation sexuelle avec pénétration en utilisant les préservatifs.

Ces trois moyens peuvent être présentés au client ou patient vu en counseling ou au groupe vu en séance de sensibilisation. C'est à chacun de déterminer en toute connaissance de cause et en fonction de ses propres valeurs et capacités, le choix qu'il fera. [11]

b-La prévention de la transmission par voie sanguine :


b. 1. La prévention de la transmission par la transfusion sanguine


Une série de mesures ont été prises dans ce sens :

- Aujourd'hui au Mali tout don de sang est testé pour le VIH avant la transfusion. Les sangs séropositifs sont aussi tôt détruits.
- Par ailleurs un interrogatoire est mené auprès du donneur à la recherche de conduites passées ou présentes à risque de contamination VIH pour diminuer le risque de tomber sur un donneur en phase muette de séroconversion VIH. [12]


b. 2. La prévention de la transmission par des aiguilles, seringues et instruments souillés :


Afin d'éliminer ce risque, il faut :


 Ne jamais partager les seringues et aiguilles entre plusieurs personnes successives.

 Les instruments de toilette tranchants doivent être individuels.

Par ailleurs, il faut également :

 Nettoyer et désinfecter immédiatement toute tâche de sang ou de liquide corporel.

 Nettoyer toute plaie avec de l'eau et du savon durant quelques minutes.

 Laver le linge souillé de sang à l'eau chaude (70°C) additionnée de détergent. Si on le lave à l'eau froide, il faut utiliser un désinfectant comme l'eau de javel. [11]

c- La prévention de la transmission de la mère infectée à son fœtus/nouveau-né :

Toute femme qui croit avoir pu être infectée par le VIH/SIDA devra consulter un médecin avant de concevoir un enfant ou aussitôt que possible si la grossesse est déjà amorcée. Le conseiller devra informer la femme des risques encourus en

cas de séropositivité, de la transmission du VIH à son enfant et sur les conséquences de cette contamination.

En ce qui concerne l'allaitement au sein, des risques et avantages sont pris cas par cas. [11]

d- Prévention de la contamination professionnelle :

Le risque de la contamination peut être réduit grâce :

- A la sensibilisation des soignants,
- Au port de blouse et tablier,
- Au port de gants,
- A la protection contre l'exposition de liquide sur les muqueuses,
- Utilisation et traitement des aiguilles et des instruments pointus ou coupants réutilisables,
- Lavage des mains,
- Protection de plaie et égratignure,
- Utilisation et traitement des aiguilles, des instruments pointus ou coupants : ne tordez pas les aiguilles ; ne les capuchonnez pas ; jetez les immédiatement dans les récipients adaptés (boîtes de sécurité poubelles)
- Utilisation de matériel de protection,
- Précaution lors du nettoyage,
- Précaution lors de l'évacuation des ordures et déchets.

Après une exposition accidentelle à un liquide biologique potentiellement infecté par le VIH ou par un des virus des hépatites (VHB ou VHC), il existe un certain nombre de mesures visant à diminuer la probabilité d'infection. Ces mesures comportent les premiers soins à réaliser : une évaluation du risque d'infection, la possibilité d'un traitement et la surveillance biologique de la personne exposée. Ces mesures se réalisent de façon différente selon qu'il s'agit d'une exposition par blessure avec un objet contaminé. [17]

Attention : *ces mesures ne remplacent pas la prévention, leur efficacité n'est pas prouvée à l'heure actuelle.*

2-7. Diagnostic de l'infection à VIH

a. Le diagnostic de l'infection à VIH

Il est avant tout sérologique.

On utilise plusieurs types des tests rapides discriminatoires ou des tests ELISA. Ces tests permettent de détecter des anticorps dirigés contre les protéines constitutives du virus. Ces techniques ont acquis une excellente sensibilité. Cependant, il existe des réactions faussement positives ; d'où la nécessité d'utiliser un troisième test pour la confirmation qui peut être discriminatoire ou non. Ces tests sont pratiqués dans des laboratoires des CSCOM, des centres de santé de référence et dans le laboratoire de référence nationale.

La chaîne ELISA relativement coûteuse n'est utilisée qu'au niveau du laboratoire de référence nationale (INRSP). [11]

b. L'interprétation des résultats :

- Si un test non-discriminatoire est négatif ou un test discriminatoire est négatif ou si le test ELISA est négatif, la personne peut être considérée comme non contaminée. En cas de doute comme un comportement à risque récent, il faut refaire un autre test 3 mois plus tard.
- Si un test non- discriminatoire est positif, il faut le confirmer par un deuxième test avant de donner le résultat positif à la personne.
- Si le test ELISA est positif, il y a une très forte probabilité pour que la personne ait été contaminée.
- Si le test ELISA est positif ainsi que le Western Blot, la personne est sans aucun doute infectée par le virus. [11]

2-8. Avantages de l'emploi des tests rapides

a- La disponibilité

Dans les pays avec des infrastructures de laboratoire limitées, l'emploi des tests rapides est plus faisable que l'algorithme Elisa/Western Blot.

b- Les tests rapides permettent la décentralisation des tests HIV et le counseling

L'avantage clé pour l'OMS dans l'emploi des tests rapides est que la dépendance des services de laboratoire pour obtenir les résultats des tests est considérablement réduite. C'est une importance majeure parce qu'ils acceptent les tests VIH et le counseling doivent être décentralisés dans les services communautaires distants des centres majeurs urbains. Les tests rapides sont spécialement adaptés en usage rural. La vitesse pour obtenir le résultat des tests est très avancée. [11]

c- Acceptabilité des tests HIV et counseling :

. Acceptabilité pour le client

Dans les pays développés une large proportion de la population qui est testée dans les cliniques ou qui a reçu un counseling volontaire sur le lieu de test ne veut pas retourner sans le résultat de leur test à cause du temps de stress pour attendre le résultat du test. [21]

. Acceptabilité pour les conseillers

Dans les régions, les conseillers sont initialement informés à peu près de la précision du test rapide et la possibilité d'être testé le même jour est moins stressante pour les malades.

Les conseillers se préparent souvent, à affronter l'émotion pour informer les clients sur les résultats des tests positifs.

d- Un temps court pour obtenir le résultat du test

La plupart des tests rapides fournissent les résultats entre 10 à 30 minutes. Le même jour, le test est pratiqué sur l'emplacement du counseling parce qu'il réduit le temps du voyage et les dépenses.

e- Réduire le coût

Le coût entre le test Elisa et les tests rapides est substantiellement discrédité. Selon l'OMS, les prix varient entre 0,4 et 2,00 dollars.

En définitive, il y a lieu de faire remarquer que les tests rapides présentent des avantages certains qui sont : la facilité dans la performance et dans l'interprétation des tests, la facilité minimale de stockage, la flexibilité des nombres et des tests interprétés, la réduction dans l'exposition des risques d'occupation.

Actuellement au Mali, il existe deux (2) types de tests :

Les tests rapides non discriminatoires :

- ✚ Détermine
- ✚ Oraquick
- ✚ Hemastrisp (Fast Ckeck)
- ✚ Double Check Gold

Les tests rapides discriminatoires :

- ✚ Génie 2
- ✚ Immunocoombs
- ✚ Les tests Elisa
- ✚ Murex VIH 1.2.0
- ✚ Vironostika
- ✚ Avant d'annoncer à un individu qu'il est séropositif, il faut au moins que le résultat de deux tests soit positif. [11]
- ✚ Un test non discriminatoire positif et un test discriminatoire positif
- ✚ Un test Elisa positif et un test rapide positif. [11]

2-9.La situation de la maladie au Mali

a- Epidémiologie

Selon les résultats de la dernière étude de séroprévalence de l'infection à VIH réalisée dans la population générale adulte au cours de l'Enquête Démographique

et de Santé [4] en 2006, le Mali pourrait être considéré au premier regard comme un pays à faible prévalence (1.2%).

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

→ **Le sexe** : Globalement les femmes sont deux fois plus touchées que les hommes, le taux de séroprévalence VIH1 chez les femmes âgées de 15-49 ans est de 1,4 %. Il est supérieur au taux obtenu chez les hommes âgés de 15-49 ans, estimés à 0,9 % pour VIH1.

→ **Les régions**: la ville de Bamako (1,9 %), suivie de la région de Mopti (1,4 %), Ségou (1,3 %) et Koulikoro (1,2 %), possèdent les niveaux de prévalence les plus élevés. Les régions de Tombouctou (0,5 %), Kidal (0,6 %), Sikasso (0,6 %) et Kayes (0,7 %) possèdent les niveaux de prévalence les plus faibles.

→ **Les tranches d'âge** : Du fait de la précocité de l'âge aux premiers rapports sexuels chez les femmes maliennes, le taux de séroprévalence VIH1 est relativement élevé à 15-29 ans (0,6 % à 15-19 ans, 1,3 % à 20-24 ans et 1,9 % à 25-29 ans), comparé aux hommes. Le taux de séroprévalence VIH1 chez les hommes reste faible aux jeunes âges : 0,2 % à 15-19 ans, 0,8 % à 20-24 ans et 0,6 % à 25-29 ans. Ce qui témoigne d'une épidémie déjà bien installée.

→ **Le milieu** : la prévalence est beaucoup plus élevée en milieu urbain (1,6 %) qu'en milieu rural (0,9 %).

L'évolution de la séroprévalence chez ces groupes à risque selon l'enquête ISBS [22] 2000 - 2003 montre une situation toujours préoccupante :

- Chez les professionnelles du sexe : **31.9 %**
- Chez les routiers : **3.9%**
- Chez les « coxeurs » (revendeurs de billets qui accompagnent les routiers) : **2.9%**

- Chez les vendeuses ambulantes : 4.6%
- Chez les aides familiales: 1.7%

Enfin, les enquêtes régulières menées au niveau des 16 sites de surveillance sentinelle [23] répartis sur pratiquement l'ensemble du pays, ont révélé une prévalence de 3,8% chez les femmes enceintes.

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

- chez les populations des groupes les plus exposés : 30.2% seulement des vendeuses ambulantes ont utilisé un préservatif avec un partenaire occasionnel.
- chez les jeunes : près de 50% des jeunes n'ont pas utilisé des préservatifs lors de leurs derniers rapports occasionnels ; deux jeunes sur trois ne croient pas à l'existence du SIDA. A cela s'ajoute la précocité des rapports sexuels (65% des jeunes ont eu leurs premiers rapports avant 18 ans).

Le pays réunit donc tous les facteurs clés de la propagation et de potentialisation de l'impact de l'épidémie: grande pauvreté (près de 70% de la population vit en dessous du seuil de pauvreté), illettrisme (70%) notamment chez les femmes, flux migratoires internes et externes importants et croissants, pratiques socioculturelles à risque telles que le lévirat et le sororat.

b- Situation de la prise en charge

❖ Historique

L'Initiative Malienne d'Accès aux Anti-rétroviraux (IMAARV) a débuté en Novembre 2001 à partir de 3 sites prescripteurs (l'hôpital du Point G, l'hôpital Gabriel Touré et le CESAC) et d'un laboratoire de référence, l'Institut National de Recherche en Santé Publique (INRSP), situés à Bamako.

A la fin de l'année 2005, le traitement antirétroviral est également disponible dans cinq régions :

- Ségou (Hôpital Régional Nianankoro Fomba, Centre de Santé de Référence Famory Doumbia, ONG Walé et Aprofem, sites appuyés par l'Association SOLTHIS). Un projet de décentralisation au niveau des cercles est prévu.
- Sikasso (Hôpital Régional et CERKES de l'ONG Kéné Dougou Solidarité, appuyés par ESTHER)
- Kayes (Hôpital Régional, appuyé par ESTHER)
- Mopti (Hôpital Régional et CESAC-MOPTI)
- Koulikoro (USAC appuyé par ARCAD/SIDA)

❖ **Leçons tirées de l'évaluation de l'IMAARV**

L'évaluation de l'Initiative Malienne d'Accès aux Antirétroviraux [24], réalisée en 2005, a fait les constats suivants :

▪ *Concernant la prise en charge*

Les standards proposés par l'IMAARV ont évolué au cours du temps. Ils n'ont pas toujours été respectés, surtout en ce qui concerne le suivi biologique ou la prise en charge des infections opportunistes, du fait du manque de moyens et de l'insuffisance de formation ou de motivations des personnels.

Si l'accessibilité aux médicaments antirétroviraux a été nettement améliorée depuis l'annonce de la gratuité, il n'en a pas été de même pour les médicaments destinés au traitement des infections opportunistes.

▪ *Concernant les médicaments, réactifs et consommables de laboratoire*

Les ruptures de stocks en médicaments antirétroviraux, fréquentes au cours des premières années, ont été relativement maîtrisées par la suite.

D'importants retards ont cependant été constatés dans les livraisons de médicaments aux sites, surtout à cause de l'indisponibilité des moyens logistiques.

Si les prix des fournisseurs ont généralement évolué à la baisse suite à la mise en concurrence des laboratoires pharmaceutiques, les produits achetés n'étaient pas toujours pré qualifié par l'OMS.

La gestion des réactifs a connu d'importantes difficultés du fait de l'insuffisance des besoins exprimés, de la rupture de stocks, de la multiplicité des réactifs, de l'insuffisance des capacités de chaîne de froid.

La maintenance des équipements a été insuffisante et les procédures d'assurance qualité étaient inexistantes.

- *Concernant les ressources humaines*

Malgré l'accroissement de la charge de travail, le nombre d'agents affectés à la prise en charge a peu augmenté. Le personnel, en particulier paramédical, n'a pas toujours pu bénéficier de formations adéquates.

- *Concernant suivi et de l'évaluation*

La coordination du programme au niveau national a été insuffisante et la plupart des comités techniques nationaux n'a pas fonctionné.

Les activités de prescription, de dispensation et d'analyse biomédicale n'ont pas été l'objet d'une supervision régulière par le niveau central.

Les supports de suivi des patients étaient peu adaptés, parfois indisponibles et ils ont souvent été insuffisamment complétés.

L'évaluation, prévue à mi parcours de l'IMAARV, et qui aurait permis de corriger les problèmes rencontrés, n'a pas été réalisée.

c- La politique nationale de lutte contre le VIH/sida

c-1. Objectifs

❖ Objectif général

Garantir l'accès aux soins, et spécifiquement aux anti-rétroviraux, à toute personne infectée par le VIH au Mali lorsque son état clinique ou/et biologique le nécessite, sur la base des critères définis au niveau national.

❖ Objectifs spécifiques

- ⇒ Étendre l'accès aux soins, et spécifiquement aux antirétroviraux à toutes les régions du Mali.
- ⇒ Standardiser et simplifier les stratégies thérapeutiques antirétrovirales pour permettre leur mise en œuvre auprès des institutions de soins à tous les niveaux de la pyramide sanitaire.
- ⇒ Assurer des soins de qualité reposant sur une bonne dispensation des médicaments antirétroviraux, la continuité du suivi clinique et biologique, l'éducation thérapeutique des patients et la formation continue du personnel.
- ⇒ Garantir au niveau des 8 régions et du district de Bamako la continuité de la disponibilité des médicaments antirétroviraux, des réactifs et des consommables dans le cadre de la pérennisation du programme.
- ⇒ Améliorer la capacité d'intervention du secteur communautaire (ONG, associations de personnes vivant avec le VIH et autres associations, collectivités décentralisées, établissements de santé privés et entreprises)
- ⇒ Organiser le recueil et l'évaluation régulière des données cliniques, biologiques et thérapeutiques.
- ⇒ Favoriser le développement des projets de recherche opérationnelle.

⇒ Évaluer périodiquement le programme de mise en œuvre de la politique et des protocoles de prise en charge anti-rétrovirale.

c-2. Fondements et principes

Les principes qui sous tendent la politique de prise en charge des PVVIH au Mali sont issus de l'analyse de la situation et s'inspirent des principes et valeurs universellement acceptés particulièrement pertinents en matière de VIH/SIDA.

Ce sont :

⇒ **le respect des droits humains** : les droits des PVVIH devront être respectés en insistant particulièrement sur le respect de la dignité des personnes, la confidentialité et le consentement éclairé.

⇒ **l'équité** : les services de prise en charge de qualité acceptable seront disponibles pour toutes les personnes qui en ont besoin, indépendamment du sexe, de l'âge, de la race, de l'appartenance ethnique, de la nationalité, du revenu, du lieu de résidence. On insistera particulièrement sur la décentralisation nécessaire de l'accès aux ARV.

⇒ **l'implication de la communauté** : la pleine participation des communautés dans la planification, la mise en œuvre et l'évaluation des services de prise en charge est un gage de succès et d'efficacité de la réponse médicale au VIH/SIDA. Le développement d'un multi partenariat entre les communautés, le secteur public, les associations de PVVIH, les ONG et le secteur privé sera renforcé.

⇒ **la prestation de services de qualité** : elle devra respecter les normes et procédures nationales adoptées en matière de prise en charge, de disponibilité des médicaments et d'attitudes positives du personnel de santé.

⇒ **le renforcement du système de santé** : la mise en place du programme de prise en charge doit permettre le renforcement du système de santé

dans son ensemble. Le programme visera par ailleurs à améliorer la qualité des activités de prévention en milieu de soins : conseil et dépistage volontaire, prophylaxie de la transmission du VIH de la mère à l'enfant, protection du personnel, prise en charge des infections sexuellement transmissibles.

⇒ **le renforcement des activités de prévention** : la mise en place du programme ne devra pas se faire au détriment des activités de prévention (mobilisation sociale, IEC, distribution de préservatifs...) destinées à la population générale et aux groupes cibles, et qui devront être renforcées.

⇒ **la pérennité des stratégies et des services de prise en charge** : elle dépendra d'un engagement national à long terme, d'un partenariat efficace entre état, partenaires techniques et financiers et société civile. Le programme de prise en charge prendra en considération les besoins organisationnels à long terme en ressources humaines, logistiques et financières.

⇒ **la dynamique sous-régionale** : la prise en charge des PVVIH par les médicaments antirétroviraux notamment, devra s'inscrire dans une dynamique sous régionale de lutte contre le VIH avec une vision commune pour la mobilisation des ressources financières, l'approvisionnement en médicaments et la mise en place des infrastructures pour la surveillance des résistances.

c-3. Cadre institutionnel

➤ Le Haut Conseil National de Lutte contre le Sida (HCNLS)

Sa mission est de :

- veiller à la promotion de la politique nationale de lutte contre le SIDA
- suivre les programmes d'intervention

- faire le plaidoyer en vue de la mobilisation des ressources et de la pleine adhésion des populations aux objectifs, stratégies et programmes de lutte contre le SIDA

Son secrétariat exécutif a pour mission de :

- Coordonner l'élaboration de la politique nationale de la lutte contre le VIH/SIDA et sa dissémination et son suivi.
- Etablir le cadre stratégique de lutte contre le VIH/SIDA.
- Assurer la coordination de la mise en œuvre, le suivi et l'évaluation de l'ensemble des programmes de lutte contre le VIH SIDA.
- Mobiliser, coordonner et budgétiser les ressources nécessaires à la mise en œuvre du cadre stratégique de lutte contre le VIH SIDA.
- Assurer la responsabilité de la connaissance de la situation de la pandémie, des réponses, techniques (recherches), de la dissémination de l'information et des bonnes pratiques.
- Promouvoir les échanges inter pays et organiser des rencontres internationales
- Assurer la coordination de la gestion technique et financière des différentes contributions au PMS.

➤ **La Cellule du Comité Sectoriel de Lutte contre le SIDA (CCSLs)**

Sa mission est d'assurer la coordination de l'ensemble des activités de lutte contre le VIH/SIDA au sein du Ministère de la Santé.

- Planification des activités du département en matière de lutte contre le VIH/SIDA
- Coordination de l'élaboration et de la révision des normes, protocoles et procédures de la prise en charge des PVVIH.
- Appui à la décentralisation et aux centres de références.
- Suivi et évaluation des activités de lutte contre le VIH/SIDA du département de la santé.

- Soutien à l'intégration des activités de lutte contre le VIH/SIDA avec les autres programmes relevant du Ministère de la Santé.
- Suivi des financements mis à disposition dans le cadre du plan sectoriel.

➤ **Les organismes personnalisés, services rattachés et directions du Ministère de la Santé**

⇒ **La Direction Nationale de la Santé**

Elle a pour mission d'assurer l'exécution des programmes du plan sectoriel de lutte contre le SIDA du Ministère de la Santé. Elle collabore avec la CCSLS pour l'élaboration et la mise en œuvre des plans opérationnels, le suivi et l'évaluation des activités.

⇒ **Les hôpitaux et structures de prise en charge**

Ils sont responsables de la prise en charge globale des patients séropositifs

⇒ **La Direction de la Pharmacie et du Médicament**

Elle a pour mission de veiller au respect des procédures d'autorisations de mise sur le marché des médicaments et des réactifs. Elle participe également à la centralisation de l'estimation des besoins.

⇒ **La Pharmacie Populaire du Mali et les grossistes privés**

Ils sont responsables de l'approvisionnement et de la distribution des médicaments et réactifs aux sites de prise en charge.

⇒ **L'Institut National de Recherche en Santé Publique (INRSP)**

Outre ses fonctions propres de laboratoire de référence, il participe à la formation des techniciens de laboratoire et à l'élaboration et la mise en œuvre du système de contrôle de qualité des laboratoires.

⇒ **Le Laboratoire National de la Santé**

Il procède aux contrôles de qualité des médicaments et réactifs.

⇒ **La Cellule de Planification et de Statistiques**

Elle est chargée de centraliser et d'analyser les informations à l'échelon national.

⇒ **L'Inspection de la Santé**

Elle vérifie le respect des procédures de la politique nationale de prise en charge

⇒ **Les autres services (CNAM ANEH, CНИЕCS, CNESS, CNOS, CREDOS, CNTS)**

Elles appuient la cellule du comité sectoriel dans leur domaine de compétence

➤ **Les comités d'experts à l'échelon national**

Ces comités appuient la Cellule du Comité Sectoriel de Lutte contre le SIDA pour :

- L'élaboration ou la révision des normes, protocoles, directives et des bonnes pratiques de la prise en charge globale des PVVIH
- L'élaboration de modules de formation et la formation des formateurs
- L'initiation, l'approbation et le suivi techniques des projets de recherche
- Le suivi et l'évaluation des activités

Des comités seront constitués dans les domaines suivants :

- Diagnostic du VIH, suivi biologique des patients et assurance qualité
- Prise en charge médicale (ARV, IO, PTME, prophylaxie AES, ...)
- Approvisionnement et distribution des médicaments, réactifs et consommables
- Ethique et droits humains
- Impact socio-économique, support psychosocial, Orphelins et Enfants Vulnérables
- Infections Sexuellement Transmissibles (IST)
- Surveillance épidémiologique

- Sécurité transfusionnelle et en milieu de soins
- Plaidoyer, communication et mobilisation sociale

➤ **Les associations de prise en charge et associations de Personnes Vivant avec le VIH**

Outre la prise en charge médicale, les acteurs de la société civile, notamment les associations de PVVIH, doivent jouer un rôle tout particulier en termes de soutien psychosocial, de formation de prestataires, d'assistance aux PVVIH, aux orphelins, aux familles affectées.

➤ **Les entreprises des secteurs public et privé**

Les entreprises et syndicats ont également un rôle à jouer pour réduire la propagation du VIH/SIDA (prévention, sensibilisation du personnel) mais aussi dans l'accompagnement des employés infectés.

d- Cadre d'extension

L'extension et la décentralisation du programme seront réalisées en se basant sur les objectifs définis dans le plan sectoriel SIDA du Ministère de la Santé. [25]

e- Aspects essentiels à la mise en oeuvre

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

Elle peut être réalisée :

- Soit dans des structures spécialisées offrant sur un même lieu la plupart des services
- Soit dans des structures non spécialisées où la prise en charge est intégrée à l'offre générale de soins.

Elle nécessite la mise en place de réseaux entre les structures de santé, les services sociaux, les organisations non gouvernementales, les associations de PVVIH et la communauté.

f- Formation

Le plan de formation développé au niveau central repose sur des formations en cascade : formation de formateurs nationaux, formation de formateurs régionaux, formation des personnels des structures périphériques. Les formations pratiques et interactives seront favorisées : stages pratiques, compagnonnage, partenariat entre des structures expérimentées et des structures en cours d'acquisition de compétences.

Ces formations seront coordonnées par la CCSLS qui s'appuiera sur les structures spécialisées du Ministère de la santé, les structures hospitalières de référence, les organisations non gouvernementales et les partenaires institutionnels.

Les modules de formation sur la prise en charge intégrée du VIH/SIDA (PCIMA) [26], développés par l'Organisation Mondiale de la Santé, seront adaptés au contexte malien et utilisés comme base de formation. Ils sont plus particulièrement destinés aux personnels soignant des structures périphériques.

Les formations concerneront non seulement les personnels soignants des structures du Ministère de la Santé mais également les personnels des entreprises (étatiques, privées) et des associations impliquées dans la prise en charge des malades.

g- Mobilisation sociale et communication

Les activités d'Information-Education-Communication ont pour objectif d'informer les populations sur l'offre de soins en matière de prise en charge antirétrovirale et d'augmenter l'utilisation des services.

Un plan de communication sera élaboré par les structures compétentes du Ministère de la Santé (Centre National d'Information-Education-Communication pour la Santé et Cellule du comité sectoriel de lutte contre le SIDA). Il sera mis en œuvre au niveau local, régional et national en utilisant les moyens appropriés (média de masse, brochures, communication interpersonnelle, ...).

Ses cibles principales seront :

- La population générale.
- La population fréquentant les structures de santé.
- Les PVVIH fréquentant les structures publiques privées et associatives proposant des services ou des activités spécifiques (dépistage, PTME, soins, support psychosocial, ...)

Les messages essentiels porteront sur :

- La confidentialité.
- La gratuité du suivi, des traitements antirétroviraux et du traitement des Infections Opportunistes.
- La nature et la qualité de la prise en charge.
- La localisation des structures assurant réellement la prise en charge.
- L'importance de la prévention.
- L'intégration sociale des Personnes Vivant avec le VIH.

h- Accréditation et assurance qualité

➤ Critères d'éligibilité des prescripteurs de traitement antirétroviral

- Etre médecin ; Un infirmier sous la responsabilité d'un médecin peut assurer le renouvellement des prescriptions.
- Appartenir à une structure agréée capable d'assurer la permanence des soins.
- Avoir suivi une formation à la prescription des ARV validée à l'échelon national.

- Etre impliqué dans la prise en charge des PVVIH.

Il revient à la Cellule du Comité Sectoriel de Lutte contre de SIDA de valider et d'actualiser la liste des médecins prescripteurs.

➤ **Critères d'éligibilité des dispensateurs d'antirétroviraux**

- Etre pharmacien ou personnel de santé responsable de dépôt pharmaceutique sous la responsabilité d'un pharmacien.
- Appartenir à une structure agréée.
- Avoir suivi une formation à la gestion et dispensation des ARV validée à l'échelon national.
- Etre impliqué dans la prise en charge des PVVIH.

Il revient à la Cellule du Comité Sectoriel de lutte contre de SIDA de valider et d'actualiser la liste des dispensateurs d'anti-rétroviraux.

➤ **Accréditation des centres de prise en charge des PVVIH**

L'accréditation des structures repose sur l'évaluation de la qualité des systèmes mis en place et des services fournis dans les domaines essentiels à la prise en charge correcte des PVVIH: offre de soins, compétences du personnel en matière de VIH/SIDA, capacités diagnostiques du laboratoire, approvisionnement en médicaments et gestion de la pharmacie, implication de la communauté, capacités en gestion de programme VIH/SIDA. Les éléments à considérer pour assurer l'accréditation des structures sont décrits dans le tableau suivant :

Tableau I- Eléments à considérer pour l'accréditation des structures de prise en charge antirétrovirale

Domaine	Eléments essentiels à considérer
Offre de soins	Disponibilité et qualité des services offerts : <ul style="list-style-type: none"> ▪ Conseil dépistage et causeries éducative ▪ Prise en charge des infections opportunistes/IST ▪ Prise en charge de la tuberculose ▪ Prise en charge des traitements

	<ul style="list-style-type: none"> antirétroviraux et de leur suivi ▪ Prise en charge des accidents d'exposition au sang ▪ Prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant ▪ Support psychosocial et nutritionnel Permanence et continuité des soins
Compétences du personnel en matière de prise en charge du VIH/SIDA	Niveau d'expérience pratique dans la prise en charge des PVVIH Types de formations VIH/SIDA reçues
Capacités diagnostiques du laboratoire	Disponibilité des tests et réactifs requis Qualité de l'équipement et de la maintenance Existence de systèmes d'assurance et de contrôle de qualité
Approvisionnement en médicaments et gestion de la pharmacie	Disponibilité en médicaments Fiabilité de l'approvisionnement Qualité des systèmes de gestion et de suivi Sécurité et conditions de stockage
Implication de la communauté	Degré d'implication des leaders communautaires Existence d'initiatives associatives ou communautaires
Capacité en gestion de programme spécifique	Expérience spécifique du responsable du programme Qualité du système d'information sanitaire Qualité de la planification et de la programmation

La notation de ces éléments (cf. *outil d'évaluation de l'état de préparation des structures de santé à la prise en charge antirétrovirale* [27], disponible sur demande auprès de la CCSLS) doit permettre :

- d'évaluer le niveau de préparation des structures de santé
- de préciser les actions à entreprendre pour permettre son accréditation.

L'accréditation sera menée par des équipes mixtes nommées par la Cellule du Comité Sectoriel de Lutte contre le VIH pouvant inclure:

- Des personnels de niveau national et régional
- Des personnels des secteurs public et associatif
- Des spécialistes dans différentes disciplines : médecins, pharmaciens, biologistes,

- Des partenaires techniques (OMS, ONUSIDA, UNICEF, PAM, ...)

Il revient à la Cellule du Comité Sectoriel de lutte contre de SIDA de valider et d'actualiser la liste des établissements agréés pour la prise en charge globale des patients séropositifs.

i- Approvisionnement et gestion

L'approvisionnement et la gestion des médicaments, consommables et réactifs nécessaires à la prise en charge seront réalisés par la Pharmacie Populaire du Mali et/ou des grossistes privés agréés, selon les plans validés par les structures compétentes du Ministère de la Santé et le Secrétariat Exécutif du Haut Conseil National de Lutte contre le SIDA.

Ses grands principes sont les suivants :

Choix des produits

Seuls seront achetés les médicaments figurant dans les protocoles thérapeutiques validés par la CCSLS et sur la liste nationale des Médicaments Essentiels. Les produits pharmaceutiques ne figurant pas sur la liste nationale pourront cependant être retenus après une autorisation spécifique du Ministère de la Santé.

Estimation des besoins

La Pharmacie Populaire du Mali et/ou les grossistes privés retenus sont responsables des prévisions. Ils sont appuyés par un comité de gestion des médicaments et réactifs.

Les besoins sont estimés pour l'ensemble des sites (publics et privés) de prise en charge, en tenant compte des guides de soins standardisés et en utilisant des outils de quantification standardisés.

Procédures d'achat

Les achats de produits pharmaceutiques sont effectués par un appel d'offre international ouvert auprès des fabricants d'ARV pré qualifiés par l'OMS [28] et dont les produits ont une autorisation de mise sur le marché au Mali.

Des contrôles sont régulièrement effectués pour s'assurer que les prix des médicaments sont conformes aux usages internationaux [29].

Distribution et gestion des stocks

La Pharmacie Populaire du Mali et/ou les grossistes privés retenus gèrent leurs approvisionnements en prévoyant un stock de sécurité. Les modalités pratiques de distribution et les rythmes de livraison seront définis dans les plans d'approvisionnement en cours d'élaboration de la Pharmacie Populaire du Mali et/ou des grossistes privés retenus.

Seuls les sites agréés par la CCSLS pour la prise en charge peuvent être approvisionnés.

La traçabilité des produits réceptionnés est assurée par l'enregistrement sur des fiches de stock qui doivent faire ressortir le numéro de lot et la date de péremption des produits.

Le stockage des produits s'effectue dans des locaux garantissant la sécurité et la qualité conformément aux recommandations du fabricant ou du distributeur. Les produits périmés sont immédiatement retirés du circuit.

Dispensation et appui à l'observance des traitements.

La dispensation doit se faire dans un local assurant la confidentialité et le confort nécessaire aux patients.

Elle doit être assurée par un pharmacien ou par un agent formé à cette activité sous la responsabilité effective d'un pharmacien : interne en pharmacie, préparateur en pharmacie, assistant médical ou technicien labo pharmacie, infirmier.

Ces personnels, formés à la gestion des ARV et à la prise en charge des personnes vivant avec le VIH/SIDA, participent activement à l'éducation thérapeutique du patient et au suivi de l'observance. Cette observance est soutenue par l'appui des psychologues ou éducateurs thérapeutiques, notamment à travers des « clubs d'observance », mis en place avec l'appui des associations des personnes vivant avec le VIH/SIDA.

L'observance doit être régulièrement évaluée :

- Au niveau individuel par le suivi de l'assiduité aux rendez-vous et par l'interrogatoire du patient
- Au niveau du programme par la réalisation d'enquêtes d'observance recherchant les facteurs associés à la bonne ou mauvaise observance

Des cahiers de suivi individuel des patients sous traitement doivent être tenus régulièrement au niveau de la pharmacie.

Pharmacovigilance et suivi de la résistance

Les réactions indésirables ou inattendues aux ARV et autres médicaments sont gérées par les sites de prise en charge et notifiées à la CCSLS. Cette dernière doit élaborer et proposer aux sites des supports de notification et de suivi de la pharmacovigilance.

Les indicateurs de suivi retenus au niveau national, tel la proportion de patients sous traitement de deuxième ligne, permettent d'alerter sur les risques de résistance aux antirétroviraux.

Les enquêtes virologiques ponctuelles, réalisées sur les sites de prise en charge dans le cadre de projets de recherche, seront poursuivies.

Enfin, des études de résistance seront régulièrement menées sur les sites de prise en charge pour déterminer le niveau de résistance des PVVIH nouvellement dépistées et apprécier la nécessité de la mise en place d'un système de surveillance sentinelle.[30]

Contrôle et évaluation de la gestion

Les inventaires sont effectués périodiquement par les responsables chargés de la gestion des stocks au niveau des sites de prise en charge et au niveau des magasins centraux. Un système d'information est mis en place pour permettre le suivi des stocks au niveau de l'ensemble des sites de prise en charge. Des missions de suivi et d'évaluation périodiques sont effectuées, au niveau des sites par les équipes du Ministère de la Santé. L'Inspection de la Santé peut aussi effectuer des contrôles à tout moment au niveau central et au niveau de tout site de gestion des ARV.

j- Suivi des programmes de prise en charge

Un système d'information sanitaire pour le suivi du Programme Multisectoriel de Lutte contre le SIDA est en cours de développement (SE/HCNLS et CCSLS). Ce système doit permettre la collecte et l'analyse d'information concernant les ressources investies dans le programme, les activités réalisées, les résultats obtenus et l'impact du programme

La Cellule du Comité sectoriel de Lutte contre le SIDA met en place des outils simples et standardisés qui permettront un suivi rapide des résultats des structures offrant une prise en charge antirétrovirale. L'intégration de ce suivi au système local d'information sanitaire (SLIS), destiné à l'ensemble des structures sanitaires du pays, est en cours.

⇒ Indicateurs

Au niveau national

Les indicateurs suivants ont été définis pour répondre aux besoins d'information du niveau national et international (OMS, Fond Mondial, ONUSIDA, ...).

Tableau II- Indicateurs nationaux de suivi des programmes antirétroviraux
[31]

Domaine	Indicateurs
Politique nationale	Existence d'une politique et de normes, directives et protocoles pour les programmes ARV
Couverture du programme	% de districts avec au moins une structure de santé offrant le traitement antirétroviral en accord avec la politique nationale
Approvisionnement en médicaments	% des structures délivrant des ARV qui ont connu des ruptures de stocks dans les 6 mois précédents
Ressources humaines	Nombre de personnels de santé formés sur les ARV en accord avec les standards nationaux
Couverture des structures	% de structures de santé possédant les systèmes et les items nécessaires pour fournir des ARV
Couverture en soins globaux	% de structures de santé fournissant des ARV qui offrent aussi des soins globaux incluant des services de prévention
Accès population	% de personnes à un stade avancé de la maladie recevant un traitement antirétroviral
Risque résistance	% de patients continuant le régime de première ligne 6, 12, 24, 36 mois après initiation du traitement
Survie	% de patients survivant 6, 12, 24, 36 mois après initiation du traitement

Au niveau local et régional

Un nombre minimal d'indicateurs a été choisi pour permettre aux sites de traitement :

- D'assurer un suivi régulier de leur activité
- D'apprécier l'efficacité de la prise en charge
- De répondre aux besoins nationaux d'information

Les indicateurs suivants s'attachent plus particulièrement au suivi des résultats et l'activité des centres :

- Nombre de PVVIH notifiés
- Nombre de PVVIH suivis
- Nombre de PVVIH initiés aux ARV
- % des différents régimes ARV prescrits
- Assiduité à la dispensation
- Nombre d'examens de laboratoire (CD4, Charge virale) effectués
- Formations effectuées (types de formations, nombre de bénéficiaires par type de personnel)

D'autres indicateurs permettent de s'assurer de l'efficacité de la prise en charge par le suivi de cohortes de patients à intervalle régulier (6 mois, 12 mois, puis tous les ans) :

- Nombre de PVVIH sous traitement et vivants
- Nombre de patients décédés, perdus de vue, en arrêt de traitement
- Variation de la valeur médiane des lymphocytes CD4, visant à apprécier le succès du programme en terme immunologique
 - % de patients avec gain de poids > 10%, visant à apprécier le succès du programme en terme clinique
 - % de patients sous traitement de deuxième ligne visant à alerter sur le risque de résistance aux ARV

⇒ **Organisation**

➤ *Outils*

Collecte

Dans un premier temps, les supports de collecte et registres existant sur les sites seront utilisés.

- Dossier de suivi des patients adultes
- Dossier PTME
- Dossier de suivi des enfants
- Ordonnanciers
- Registre de suivi de la dispensation ARV
- Supports de gestion et de suivi des stocks pharmaceutiques

Dans un second temps, ces modèles seront réactualisés pour utilisation sur l'ensemble des sites.

Rapports

Les centres de prise en charge devront fournir régulièrement les rapports (modèles en annexe).

- Un rapport mensuel s'attachant plus particulièrement à l'activité des centres de traitement. Ce rapport devra être transmis dans la semaine suivant le mois de collecte.
- Un rapport de cohorte semestriel destiné à apprécier l'efficacité de la prise en charge. Ce rapport devra être transmis dans les quinze jours suivant le mois de collecte.

Informatisation

Le logiciel ESOPE [32] a été choisi pour le suivi informatisé de la prise en charge des patients et des programmes.

Des outils informatiques seront également développés pour faciliter et harmoniser la gestion des stocks de médicaments et de réactifs.

L'informatisation des centres se fera progressivement en donnant la priorité aux centres de traitement ayant une forte activité. Dans ces centres, des opérateurs de saisie seront recrutés pour permettre d'alléger la charge de travail des personnels soignants.

Circuit de l'information

Dans un premier temps, les rapports seront transmis des sites de prescription vers la Cellule du Comité Sectoriel de Lutte contre le Sida du Ministère de la Santé avec ampliation à la Direction Régionale de la Santé et aux structures déconcentrées du SE/HCNLS.

A terme, le circuit de d'information devra suivre le circuit normal : Sites – Cercles - Directions régionales – Niveau central

Responsabilités

Chaque site de traitement devra désigner au moins un chargé de la collecte des informations sous la responsabilité du responsable du site de prise en charge.

La compilation des données sera effectuée par la Cellule du Comité Sectoriel de Lutte contre le SIDA, qui aura la responsabilité de la diffusion nationale (SE/HCNLS, DNS, CPS, ...).

➤ *Recherche*

Les activités de recherche devront se concentrer en priorité sur des questions pratiques indispensables à une meilleure compréhension et à une amélioration de la prise en charge des patients.

Quelques thèmes de recherche, non limitatifs, sont proposés :

- Essais cliniques sur les multi thérapies: Adulte, enfant, femme enceinte
- Surveillance des résistances dans les populations traitées et non traitées
- Epidémiologie des infections et affections opportunistes au Mali
- Co-infections VIH / tuberculose, VIH / paludisme, VIH / hépatites
- Facteurs affectant l'observance au traitement antirétroviral
- Place et modalités pratiques du soutien nutritionnel
- Impact du traitement antirétroviral sur le dépistage, les comportements sexuels, la stigmatisation
- Place des traitements traditionnels dans la prise en charge du SIDA

- Modèles de décentralisation de la prise en charge
- Implication du secteur privé dans la prise en charge VIH/SIDA
- Impact des programmes de prise en charge du VIH/SIDA sur le système de soin

Les activités de recherche devront être coordonnées au niveau central (cellule du comité sectoriel, INRSP, comités d'experts) et soumise pour approbation au comité national d'éthique en sciences de la santé.

k- Protocoles

k-1- Principes du traitement antirétroviral

Objectif

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

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 soignant
- 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 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 le pays.
- Les molécules utilisées doivent figurer sur la liste des médicaments essentiels du Mali et seront nécessairement pré-qualifiées par l'OMS.

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

Indications du traitement

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

Si la numération des lymphocytes CD4 est disponible

- stade IV OMS, quelque soit le taux de lymphocytes CD4
- stade III OMS avec un taux de lymphocytes CD4 < 350/mm³
- stade II OMS ou stade I avec un taux de lymphocytes CD4 sanguins < 200/mm³

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'évolutivité clinique
- la rapidité de la baisse des lymphocytes CD4 (comptage CD4 trimestriel)
- la charge virale quand elle est disponible
- 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 numération 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 < 1200/mm³

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

Définition de l'échec thérapeutique

La documentation d'un échec thérapeutique est basée sur des critères cliniques, immunologiques et, au mieux virologiques.

Echec clinique

- Détérioration clinique avec apparition de nouvelles maladies opportunistes ou récurrence de maladies opportunistes autres que la tuberculose.
- Survenue ou récurrence d'une affection du stade OMS III ou IV

Chez les patients sévèrement immunodéprimés, l'apparition de nouveaux signes au cours des 3 premiers mois de traitement ARV ne signifie pas obligatoirement un échec thérapeutique. Il peut en effet s'agir d'un syndrome de restauration immunitaire, qui doit être traité pour lui-même sans modification des ARV. La décision de changer de traitement devra donc également tenir compte de l'évolution immunologique (CD4) et, si possible virologique (CV).

Echec immunologique

- Absence d'ascension des CD4 malgré un traitement ARV efficace depuis plus de 6 mois.
- Retour du nombre de CD4 au niveau ou sous le niveau pré thérapeutique, en l'absence de la survenue d'une infection concomitante pouvant expliquer cette baisse
- Baisse de plus de 50% du nombre de CD4 par rapport au pic atteint sous traitement en l'absence de survenue d'une infection concomitante pouvant expliquer cette baisse.

Remarque : Si le patient est asymptomatique et que l'échec n'est évoqué que sur des critères immunologiques, une confirmation par un deuxième dosage des CD4 est recommandée.

Echec virologique

- Impossibilité de réduire la charge virale à des niveaux indétectables après 6 mois de traitement (sauf si la charge virale initiale était $> 5.000.000$ copies virales / mL, qu'elle a atteint un niveau $< 10\ 000$ copies / mL et que la numération lymphocytaire CD4 a augmenté d'au moins 60 cellules /mm³).

En pratique l'échec virologique peut être classé en :

- échec minime : CV $> 5\ 000$ copies/ml
- échec modéré : $5\ 000 < CV < 30\ 000$ copies/ml
- échec majeur : CV $> 30\ 000$ 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 permettront de confirmer l'échec de la première ligne de traitement.

➤ *Traitements associés aux ARV*

Prophylaxie des infections opportunistes [33]

Le cotrimoxazole doit être prescrit (faible 400/80 mg 2 comprimés par jour ou fort 960/80 mg un comprimé /jour) chez :

- tout adulte symptomatique
- tout patient ayant un taux de CD4 < 500 /mm³

En cas de réaction au cotrimoxazole, on procédera, sous étroite surveillance, à un test de réintroduction progressive à raison de $\frac{1}{4}$ de comprimé à augmenter progressivement de $\frac{1}{4}$ de comprimé tous les deux jours jusqu'à la dose de 1 comprimé. On y associera un traitement symptomatique antihistaminique.

Traitement curatif des IO

Les infections opportunistes doivent être diagnostiquées, traitées et stabilisées avant de débiter un traitement antirétroviral.

En pratique, il est préférable de ne pas débiter au même moment les traitements des infections opportunistes (prophylaxie ou traitement d'attaque) et les antirétroviraux. Par exemple, on évitera de débiter conjointement le cotrimoxazole et la névirapine (risque majoré de rash cutané). Toutefois, il n'est pas nécessaire d'attendre plus d'un mois pour prescrire la névirapine après le début d'un traitement par cotrimoxazole.

➤ *Suivi des patients adultes et adolescents*

Information et préparation du patient

Compte tenu de la chronicité du traitement ARV et de l'importance de l'observance pour l'efficacité, chaque patient recevra une éducation thérapeutique avant le début de son traitement. Au cours des consultations qui suivront, une évaluation et un soutien à l'observance seront régulièrement effectués.

Bilan initial et de suivi du patient

Aucun examen biologique n'est obligatoire en cas de critères cliniques de mise sous traitement, ni indispensable en préalable à la mise en place d'un traitement antirétroviral. Cependant, si cela ne constitue pas une barrière à l'accès au traitement certains examens biologiques sont préconisés.

Le bilan clinico-biologique recommandé est le suivant :

- **Bilan pré thérapeutique:** examen clinique incluant le poids, recherche d'une grossesse chez les femmes en âge de procréer, éducation thérapeutique du patient, NFS ou hématoците si utilisation AZT, transaminases, créatinémie et glycémie en fonction des antécédents personnels et familiaux et de l'utilisation d'inhibiteurs de protéase, radiographie pulmonaire en cas de symptômes pulmonaires, et numération des CD4 si disponible
- **Jour 15 :** examen clinique incluant le poids, évaluation de l'observance et de la tolérance, transaminases en cas de signes d'appel sous névirapine

- **Mois 1** : examen clinique incluant le poids, évaluation de l'observance, NFS ou hémocrite si utilisation d'AZT, transaminases si 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** : examen clinique incluant le poids, évaluation de l'observance, examen biologique en cas de signes cliniques
- **Mois 6, tous les 6 mois**: examen clinique incluant 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.

Après le douzième mois de traitement, le suivi clinique sera maintenu à un rythme au minimum trimestriel.

L'évaluation de la réponse immunitaire (numération des CD4) au traitement ARV sera effectuée tous les six mois. Selon l'amplitude de la réponse immunitaire, le suivi des CD4 pourra être espacé à un rythme annuel.

L'évaluation de la charge virale, si disponible, sera effectuée au sixième mois de traitement puis tous les ans.

METHODOLOGIE

III-METHODOLOGIE

3-1.Cadre de l'étude

Notre étude s'est effectuée à l'Unité de soins, d'accompagnement et de conseils (USAC) située dans le centre de santé de référence de la commune V

3-1-1. Situation géographique du centre

Il est situé sur la rive droite du fleuve Niger au flanc de la colline de Badalabougou. La commune V couvre une superficie de 41,59 Km² pour 293481 habitants et est constituée de 8 quartiers ; elle est limitée au Nord-Ouest par le fleuve, à l'Est par la Commune VI et au Sud-Ouest par le quartier Kalaban-Koro. L'infrastructure de cette commune comporte en plus du centre de santé de référence neuf centres de santé communautaires (C.S.COM) opérationnels.

3-1-2. Historique

Le Centre de santé de référence de la commune V a été créé en 1982 sous le nom de service socio sanitaire de la commune V avec un plateau minimal pour assurer les activités courantes.

Dans le cadre de la politique sectorielle de santé et de population et conformément au plan de développement socio sanitaire de la commune (PDSC), la carte sanitaire de la commune V a été élaborée pour dix aires de santé (10 CSCOM), sur les dix aires, 8 CSCOM sont fonctionnels et le centre de santé de référence la commune V a été restructuré.

Toujours dans le cadre de la politique sectorielle, en 1993, le centre de santé de référence de la commune V a été choisi pour tester le système de référence décentralisé et qui a été couronné par de succès et c'est ainsi que le centre a été nommé **centre pilote du district de Bamako** en 1993.

3-1-3. Configuration actuelle du centre

❖ les infrastructures

Il dispose de 8 services et 17 unités qui sont :

- Un service de gynéco obstétrique :
 - Une unité d'hospitalisation /bloc opératoire
 - Une unité de consultation prénatale
 - Une unité de planning familial
 - Une unité de soins après avortement
 - Une unité suites de couche
 - Une unité de gynécologie
 - Une unité de compartiment technique bloc
 - Une unité de PEV
- Un service de médecine
 - Une unité de pédiatrie
 - Une unité de radiologie
 - Une unité de néonatalogie
 - Une unité labo pharmacie
 - Une unité de prise en charge des cas de tuberculose
 - Une unité de soins, d'accompagnement et de conseil des personnes vivant avec le VIH/SIDA (USAC)
- Un service de stomatologie
- Un service de comptabilité
 - Une unité SIS
 - Une brigade d'hygiène
 - Une unité matérielle
 - Une unité parc automobile
- Un service de chirurgie
- Un service d'ophtalmologie

- Un service d'oto-rhino-laryngologie
- Une morgue, des WC et toilettes.

❖ **le personnel**

- 17 médecins
- 24 assistants médicaux
- 8 techniciens supérieurs
- 36 sages femmes
- 8 infirmiers d'état
- 24 infirmiers 1^{ier} cycle
- 2 infirmiers de laboratoire
- 35 aide-soignantes
- 1 matrone
- 24 agents d'entretien
- 4 agents de finance
- 12 agents brigade hygiène

❖ **les équipements et logistique**

- Bloc opératoire avec 3 salles d'opération
- Une salle d'échographie
- Un équipement d'ophtalmologie
- Un équipement d'odontologie
- 2 ambulances
- Un laboratoire :

A ce niveau, travaillent 9 personnes dont 1 laborantin, 4 assistants médicaux, 1 technicien supérieur de santé, 2 techniciens de santé, et un manoeuvre.

Le laboratoire dispose de 4 pièces dont une pour la garde, une pour les prélèvements, une salle pour la lecture et une pour le responsable. Les examens effectués sont :

- En bactériologie : ECBU, FV, BAAR

- En hématologie : NFS VS, le groupage rhésus, le test d'Emmel
- En biochimie : le test HCG, l'urée, la créatinémie, les transaminases, l'acide urique, l'albumine sucre, magnésemie, amylasémie, fer sérique
- En sérologie : test du VIH, taux de CD4, le Widal, la toxoplasmose, la rubéole, B w
- En parasitologie : les selles POK, la GE, le culot globulaire

Le laboratoire dispose de 4 tests : détermine, Immunocoombs II, hemastrip et le Génie II.

La confirmation se fait sur la base de deux tests positifs : hemastrip + Immunocoombs II ou Génie II + hemastrip.

3-1-4. L'unité de soins, d'accompagnement et de conseil des personnes vivant avec le VIH/SIDA.

➤ Historique

USAC : unité de soins d'accompagnement et de conseils pour les personnes vivant avec le VIH a été inaugurée le 25 juillet 2006.

Cette unité est le fruit d'un partenariat entre ARCAD/SIDA et la direction régionale de la santé de Bamako grâce à un appui financé du fond mondial.

➤ Les locaux et personnel

L'unité située entre le logement d'astreinte du chef du centre et la morgue. On retrouve en son sein 6 salles réparties comme suit avec son personnel :

- Un secrétariat avec une secrétaire et un assistant
- deux salles de consultation : pour le coordinateur de la structure et le second médecin
- une salle pour les prélèvements : 2 infirmiers
- une salle pour le conselling avec 2 conseillers
- une pharmacie avec un pharmacien
- 2 vérandas équipées de bancs pour l'attente

L'unité dispose d'un véhicule de service avec un chauffeur.

➤ **l'organisation du travail et la gestion des malades**

L'unité est ouverte de 8h à 16h. Les malades sont soit référés, soit venus d'eux même.

Les activités suivantes sont menées chronologiquement dans la structure pour la prise en charge d'un patient :

- accueil
- conseil dépistage
- annonce du résultat avec remise de carte portant le numéro du dossier aux patients positifs
- consultation
- club thérapeutique pour les patients devant commencer le traitement
- prise en charge médicamenteuse
- surveillance et suivi du traitement.

Le centre mène des activités de groupe à savoir :

- animation de groupe de parole
- activité culinaire.

3-2. Type et période d'étude

Il s'agit d'une étude rétrospective et transversale qui s'est déroulée à l'USAC du centre de santé de référence de la commune V du 1er Août 2006 au 31 Juillet 2007.

3-3. Population d'étude

Nous avons cherché les informations auprès des patients à l'USAC.

3-4. Critères d'inclusion

Etaient inclus dans l'étude :

- PVVIH prises en charge dans la structure il y'a plus d'un mois
- PVVIH qui ont été transférées dans la structure en provenance d'une autre structure.

3-5. Critères de non inclusion

N'étaient pas concernés par notre étude

- Les PVVIH prises en charge et ayant moins d'un mois de traitement ARV.
- Les PVVIH n'étant pas suivies dans le service

3-6. Recueil des données

Les fiches d'enquête (voir en annexes), étaient établies sous forme de questionnaire et soumises aux patients.

3-7. Variables étudiées

❖ Variables sociodémographiques

Sexe, age, situation matrimoniale, résidence, niveau d'instruction, profession.

❖ Cliniques des PV VIH

Notion de dépistage, type de VIH, taux de CD4, charge virale, poids.

❖ Variables de qualité des services fournis à l'USAC

Accueil, éducation thérapeutique, horaire de prise médicamenteuse, respect rendez-vous.

❖ Variables de traitement antirétroviral

Notion de traitement ARV, schéma et début, traitement des infections opportunistes, tolérance du traitement, effets secondaires, suivi de l'observance, changement de schéma thérapeutique.

❖ Variables d'opinion et de perception des patients sur la prise en charge des PVVIH en milieu intégré

Connaissance des modes de transmission, participation au groupe de parole, participation aux activités culinaires, respect de la confidentialité dans la structure.

❖ Variables d'atouts et de difficultés de la prise en charge globale des PVVIH en milieu intégré

Avantages du groupe de parole dans la prise en en charge, avantage de la décentralisation de la prise en charge, problèmes rencontrés dans la décentralisation de la prise en charge, suggestion par rapport à la

décentralisation, satisfaction à la prise en charge, difficultés dans la prise des médicaments.

3-8. Analyse des données

Les données ont été collectées sur des fiches individuelles ; elles ont été enregistrées sur un support électronique en utilisant le logiciel de traitement de texte MICROSOFT WORD version 2003 et le logiciel d'analyse statistique EPI INFO version 6fr.

3-9. Considérations éthiques

Nous avons demandé l'accord des enquêtés avant tout entretien. L'enquête s'est faite dans l'anonymat et les patients ont été reçus dans la confidentialité. Les dossiers des patients étaient gardés dans une armoire fermée à clé dont seul le personnel et l'enquêteur avaient accès.

Cette décentralisation permet de réduire les frais de déplacement des PVVIH facilitant ainsi leur prise en charge. Ces résultats nous permettront d'évaluer comment implanter d'autres sites de prise en charge dans d'autres communes.

RESULTATS

IV-RESULTATS

4-1. Résultats globaux

Notre étude a porté sur 200 dossiers colligés pendant la période d'étude. Du 1^{er} Août 2006 au 31 Juillet 2007, nous avons pris en charge 782 patients parmi lesquels nous avons étudié 200 cas.

Il faut signaler le cas d'un patient référé en pédiatrie à l'Hôpital Gabriel Touré d'où 199 dossiers finalement analysés.

4-2. Résultats analytiques

4-2-1. Données sociodémographiques des patients

a- L'âge et le sexe

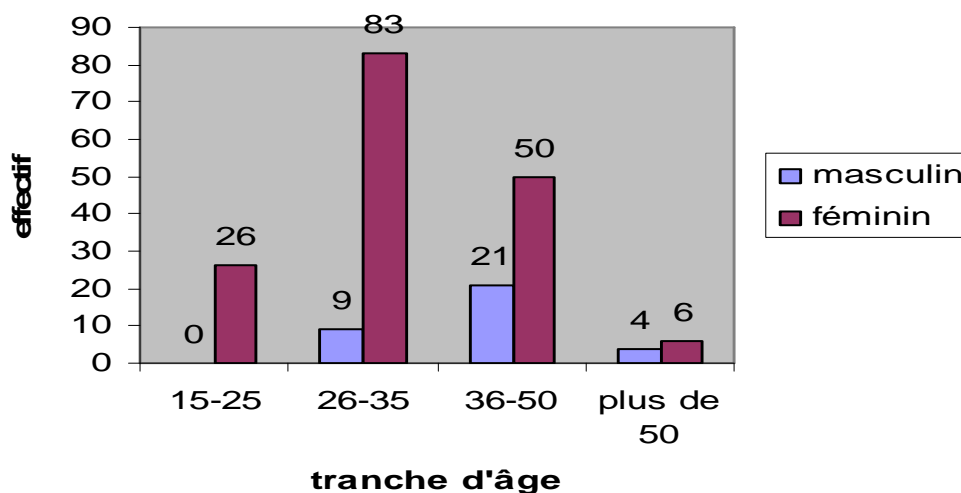


Figure 1 : Répartition des patients selon la tranche d'âge et le sexe

Le sexe féminin était le plus affecté quelque la tranche d'âge avec 82,9% des cas soit un sexe ratio de 4,85 en faveur des femmes.

La tranche d'âge la plus affectée était 26-35 ans. La moyenne d'âge était de $34,54 \pm 2,03$ ans avec des extrêmes allant de 15 à 64 ans ; l'âge médian était de 34,24 ans.

b- La profession

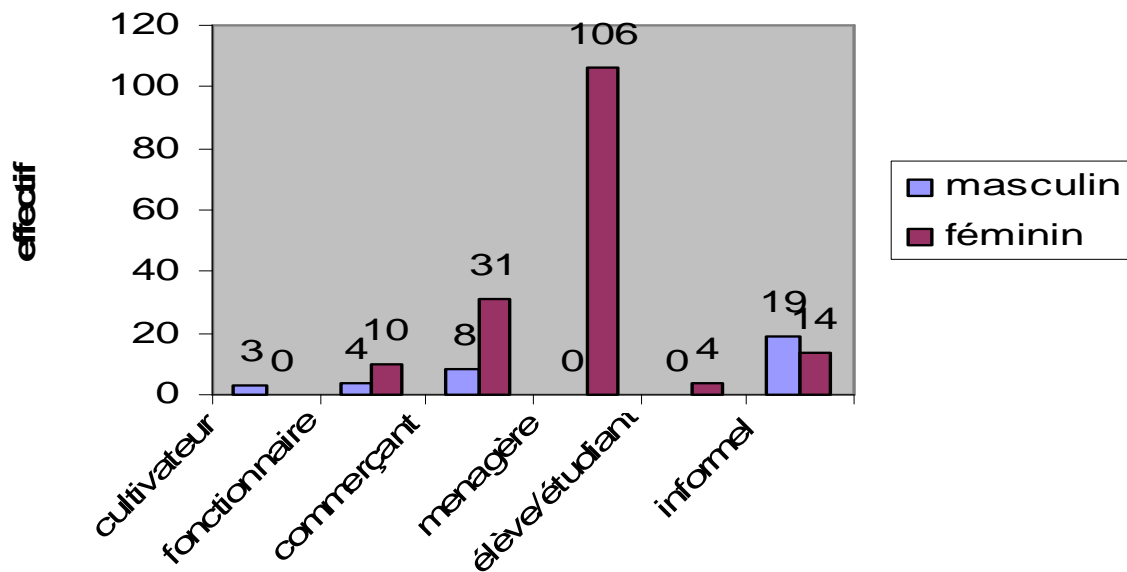


Figure2 : Répartition des patients selon le sexe et la profession

Les ménagères étaient les plus représentées soit 53,26% des cas.

Chez les hommes, le secteur informel était le plus touché soit 9,54% des cas.

c- Statut matrimonial

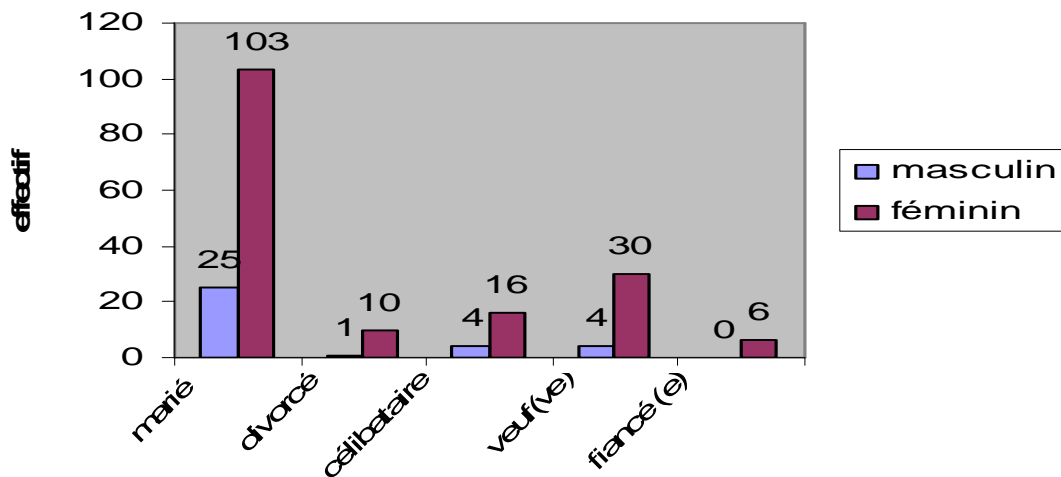


Figure 3 : Répartition des patients selon le sexe et la situation matrimoniale

Les mariés étaient les plus touchés avec 128 cas, donc 103 femmes.

d- Le niveau d’instruction

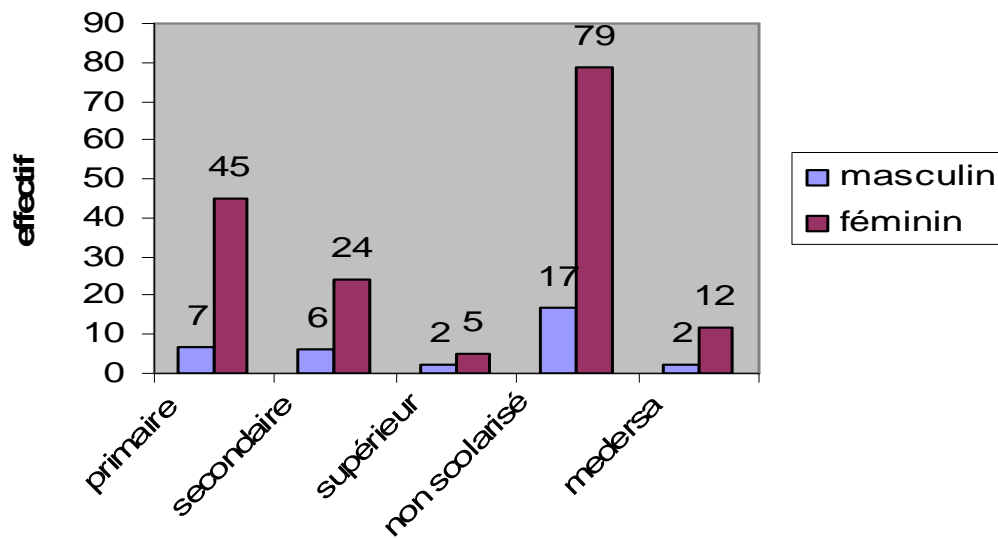


Figure 4 : Répartition des patients selon le niveau d’instruction et le sexe

La majorité des patients soit 48,2% des cas tout sexe confondu était non scolarisé ; seulement 26,1% des cas avaient reçu une formation primaire.

e- La résidence

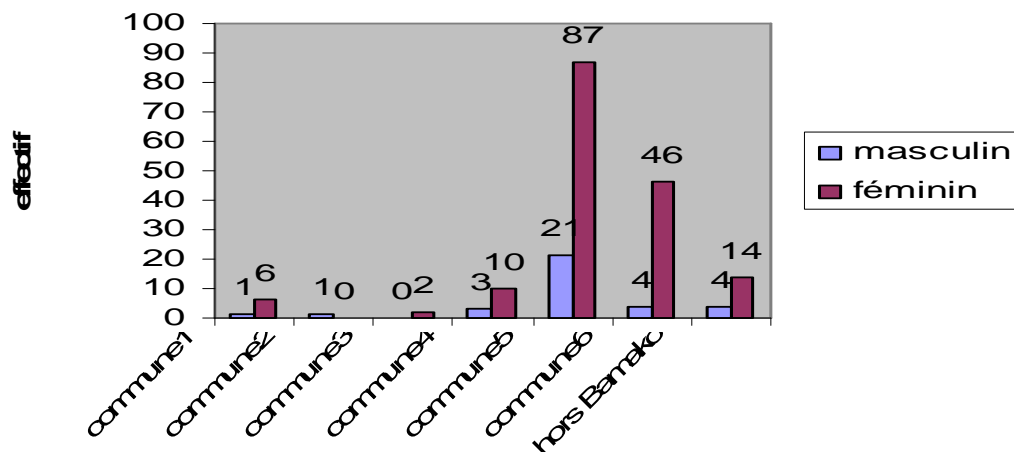


Figure 5 : Répartition des patients selon la résidence et le sexe

La majorité des patients résidait en commune V et VI.

4-2-2. Données cliniques des PV VIH

a- Le lieu de dépistage

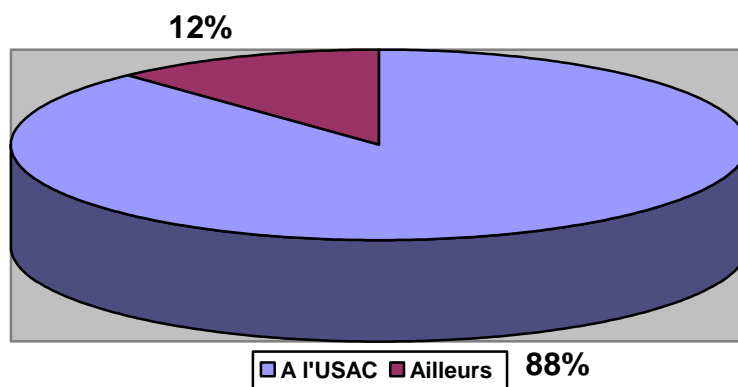


Figure 6 : Répartition des patients selon le lieu de dépistage

La majorité des patients a été dépisté au sein de l'unité soit 88% des cas.

b- Le type de VIH

Tableau III : Répartition des patients selon le type de VIH

Type de VIH	Effectif	Pourcentage (%)
VIH1	191	95,98
VIH2	4	2,01
VIH1+VIH2	4	2,01
Total	199	100

La majorité des patients suivis était VIH 1.

c- La charge virale initiale

Tableau IV : Répartition des patients selon la charge virale initiale

Charge virale	Effectif	Pourcentage (%)
<100000	24	15,9
100000-900000	80	53
>900000	47	31,1
Total	151	100

La majorité des patients avait une charge virale initiale entre 100.000 et 900.000 copies/ml après le dépistage soit 53% des cas avec des extrêmes allant de 4.100 à 2.800.000 copies/ml.

d- Le taux de CD4 initial

Tableau V : Répartition des patients selon le taux de CD4 initial

Taux de CD4	Effectif	Pourcentage (%)
< 200	101	52,1
200-350	52	26,8
> 350	41	21,1
Total	194	100

La majorité des patients avait un taux de CD4 initial inférieur à 200/ml, soit 52,1% des cas avec des extrêmes allant de 1 à 861/ml.

e- Le poids initial

Le poids moyen était de 52,35 kg ; ceci nous a permis de classer les patients comme suit :

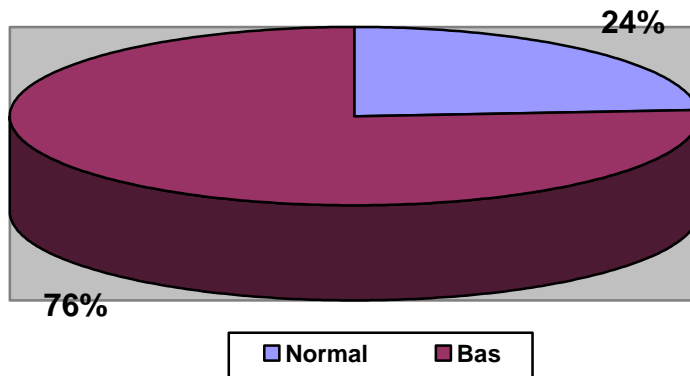


Figure7 : Répartition des patients selon le poids initial

La majorité des patients avait un poids bas et représentait 76% des cas. Le poids moyen était de 52,35 kg avec des extrêmes allant de 30 à 101kg.

5-2-3 .La qualité des services fournis à l'USAC

a- La qualité de l'accueil

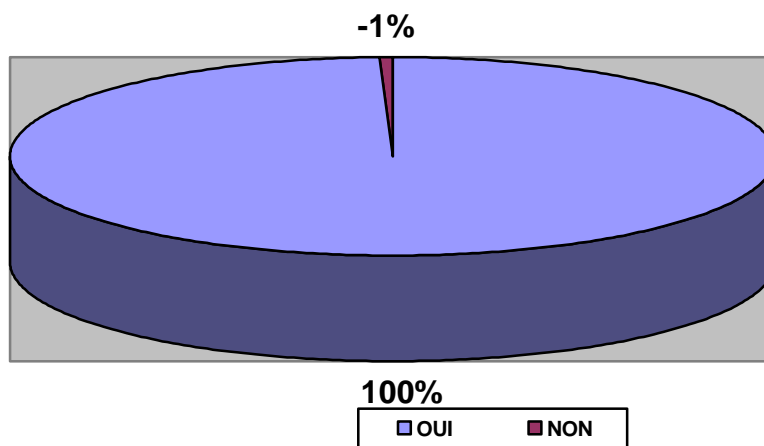


Figure 8 : Répartition des patients selon la satisfaction à l'accueil

Les patients étaient satisfaits de l'accueil dans le service et représentaient 99,5% des cas.

b- L'éducation thérapeutique donnée

Tableau VI : Répartition des patients selon l'éducation thérapeutique donnée

A reçu l'éducation thérapeutique	Effectif	Pourcentage (%)
Oui	174	100
Non	0	0
Total	174	100

Tous les patients avaient reçu une éducation thérapeutique avant d'être sous ARV.

c- La connaissance de l'horaire de prise médicamenteuse

Tableau VII : Répartition des patients selon la connaissance de l'horaire de prise médicamenteuse

Connaît l'horaire	Effectif	Pourcentage (%)
Oui	174	100
Non	0	0
Total	174	100

Tous les patients connaissaient les heures de prise des médicaments.

d- Le respect des rendez-vous

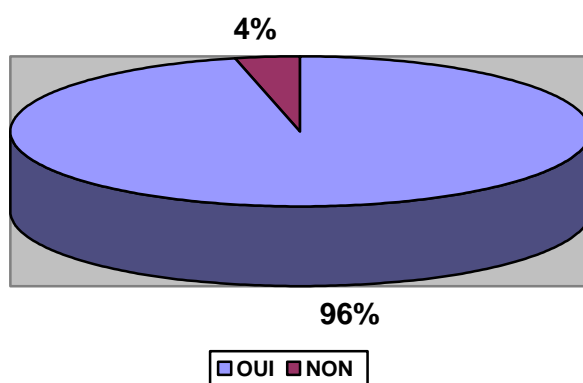


Figure 9 : Répartition des patients selon le respect des rendez-vous

La majorité des patients respectait les rendez vous, ils représentaient 96,5% des cas.

5-2-4. Le traitement antirétroviral

a- La notion de traitement ARV

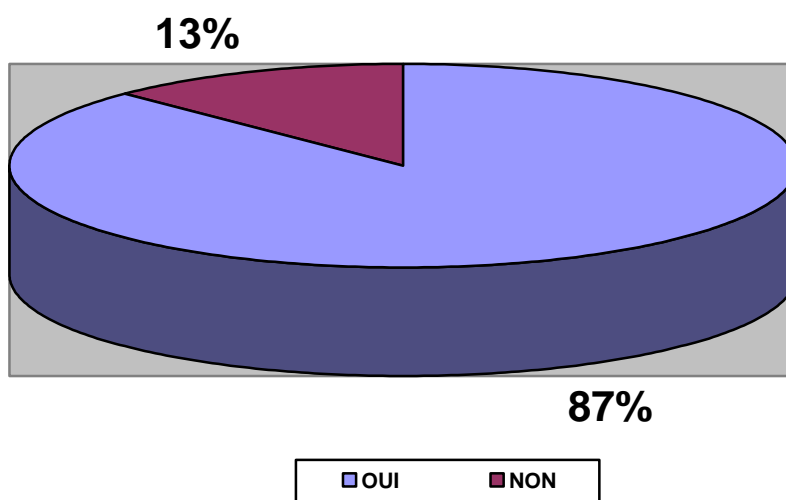


Figure 10 : Répartition des patients selon la notion de traitement ARV

La majorité des patients avait reçu un traitement antirétroviral et représentait 87,4% des cas.

b- La connaissance du schéma thérapeutique et son début

Tous les patients sous traitement maîtrisaient le schéma thérapeutique.

c- Le traitement des infections opportunistes

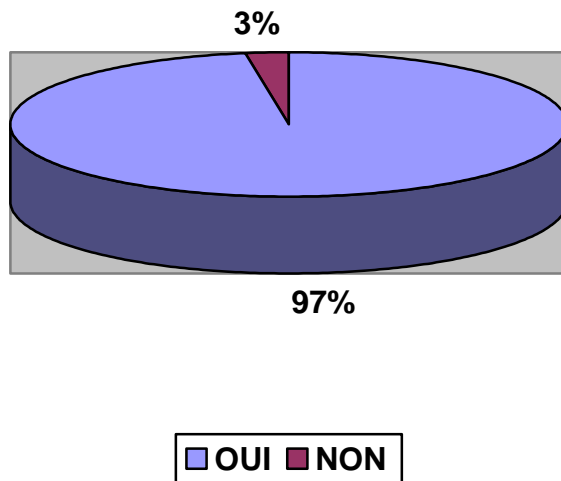


Figure 11 : Répartition des patients selon qu'ils soient sous traitement des infections opportunistes

La majorité des patients bénéficiait du traitement des infections opportunistes soit 97,5%.

d- La tolérance au traitement

Tableau VIII: Répartition des patients selon la tolérance au traitement

Tolère le traitement	Effectif	Pourcentage (%)
Oui	151	86,8
Non	23	13,2
Total	174	100

La majorité des patients tolérait le traitement, soit 86,8% des cas.

e- La survenue d'effets secondaires

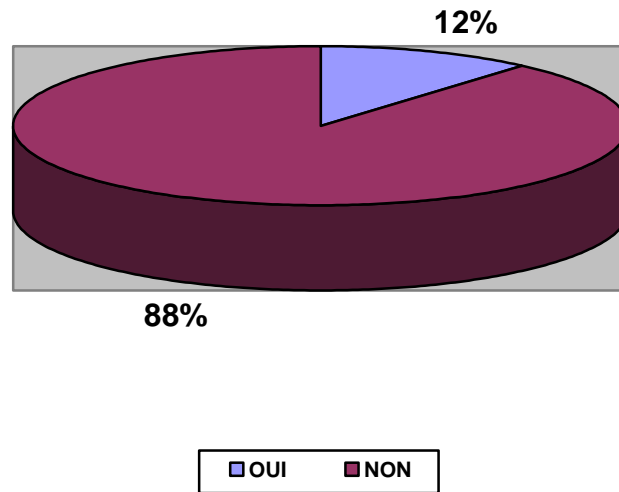


Figure 12 : Répartition des patients selon la survenue d'effets secondaires

Les patients qui ont présenté des effets secondaires représentaient 11,5%.

f- L'agent de suivi

Tableau X : Répartition des patients selon l'agent qui suit l'observance

Agent de suivi	Prescripteur	Dispensateur	Total
Effectif	197	1	198
Pourcentage %	99,5	0,5	100

Le prescripteur était celui qui suivait fréquemment les patients avec 99,5%.

g- Le changement de schéma thérapeutique

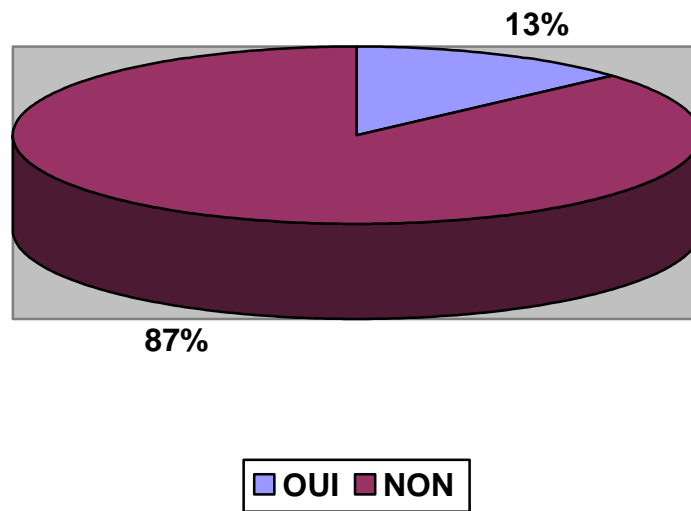


Figure13 : Répartition des patients selon le changement de schéma thérapeutique

Nous avons observé chez 13% des patients des changements thérapeutiques.

5-2-5.Opinion et perception des patients sur la prise en charge des PVVIH en milieu intégré

a- La connaissance des modes de transmission du VIH

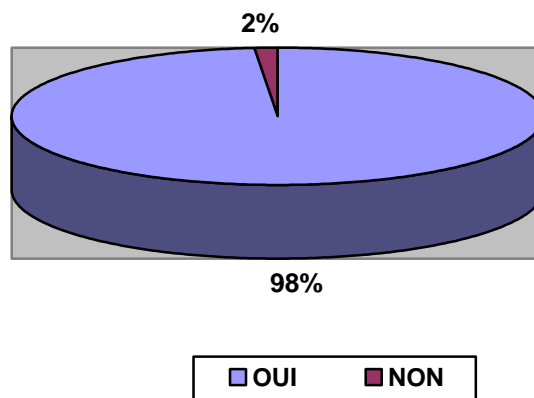


Figure 14 : Répartition des patients selon la connaissance des modes de transmission du VIH

La majorité des patients connaissait un seul mode de transmission de la maladie avant l'éducation thérapeutique.

b- La participation au groupe de parole

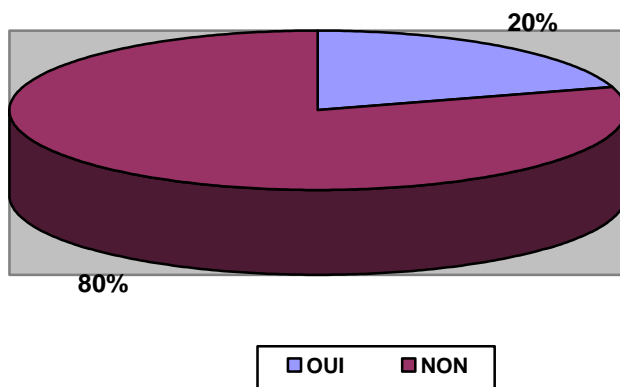


Figure 15 : Répartition des patients selon la participation au groupe de parole

Les patients participaient moins au groupe de parole avec 79,9% des cas.

c- La participation aux activités culinaires

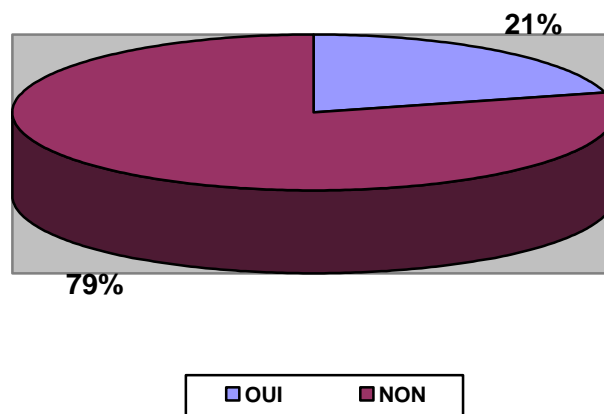


Figure 16 : Répartition des patients selon la participation aux activités culinaires

La majorité des patients ne participait pas aux activités culinaires.

5-2-6. Atouts et difficultés de la prise en charge globale des PV VIH en milieu intégré.

Les avantages du groupe de parole dans la prise en charge

- Permet de mieux accepter la maladie
- Redonne goût à la vie
- Nouvelle famille avec un réconfort et soutien moral
- A permis de tenir informer au moins quelqu'un
- Soutien social
- partage

Les avantages de la décentralisation de la prise en charge

- proximité
- rapidité des soins
- disponibilité du personnel soignant
- meilleure prise en charge
- assistance

Les problèmes rencontrés dans la décentralisation de la prise en charge

- aucun

Les suggestions par rapport à la décentralisation

- accès à tous les médicaments
- permanence des médicaments des infections opportunistes
- ajout du personnel soignant
- apport de plus d'équipement d'analyse
- pérennité de la prise en charge

Les motifs de satisfaction à la prise en charge

- accueil
- bonne ambiance
- personnel aimable, disponible, attentif

- solidarité
- soutien total
- rapidité des soins

Les difficultés dans la prise des médicaments,

- long week-end : férié
- maladie
- oubli
- rupture

COMMENTAIRES ET DISCUSSION

V- COMMENTAIRES ET DISCUSSION

Au terme de notre étude, nous voudrions relever d'emblée les difficultés que nous avons rencontrées lors de la réalisation de l'enquête sur le terrain .C'est d'abord, notre crainte d'être refoulée par les patients enquêtés que nous rencontrions le plus souvent pour la première fois et à la fin de leurs consultations ; un autre facteur limitant constitue la partie rétrospective de cette étude : certains dossiers étaient incomplets par manque de données ceux des patients transférés soit 12,6%,ceux des patients qui ne sont pas sous ARV soit 12,1%.

Cependant à la lumière de l'ensemble des résultats et en tenant compte des directives et des recommandations au Mali, le programme de prise en charge des PVVIH a une maîtrise des soins. Cette politique doit s'appuyer sur des structures et des personnels dont les missions sont clairement définies et les connaissances renouvelées. Elle doit également utiliser des outils permettant son application et son évaluation sur le terrain. Ces outils d'évaluation peuvent être par exemple les audits internes des pratiques, audits de réalisation simples (objectifs, procédures) commandités par des équipes opérationnelles avec retour d'informations afin de permettre aux personnels de terrain d'améliorer leurs prestations. En effet l'évaluation est un outil indispensable pour obtenir un programme de prise en charge dynamique et optimisable.

5-1. Des données sociodémographiques des patients

🔗 De l'âge :

Dans notre étude, la tranche d'âge 25-35 était majoritaire. Ce résultat est proche de celui du rapport préliminaire de l'EDS IV [4] qui note que le taux de séroprévalence atteint son maximum à 30-34 ans chez les hommes et 25-30 ans chez les femmes. Ces résultats sont confirmés par une étude de l'ONUSIDA [2] selon laquelle sur 33,2 millions de PVVIH au monde ; 30,2millions seraient des adultes. Cette fréquence pourrait s'expliquer par le fait qu'à cet âge l'être humain est sexuellement actif.

➤ Du sexe :

Dans notre étude, nous avons une prédominance féminine avec 82,9 % soit un sexe ratio de 4,85. Ce résultat est nettement supérieur à celui de Diamouténé A. [34] au Mali avec 63,2%, et de Laniece [35] avec 62% au Sénégal.

➤ De la situation matrimoniale :

La quasi-totalité des patients soit 64% était mariés. Ce résultat est semblable à celui de Konaté Y. avec 63,8%. [36].

➤ De la résidence :

Dans notre étude, 91% des patients résidaient à Bamako et 9% hors de Bamako. Les habitants de la commune V étaient majoritaires soit 54,5%. Ceci pourrait s'expliquer par la proximité de l'unité.

➤ Du niveau d'instruction :

Les patients (7) ayant un niveau intellectuel supérieur étaient les moins infectés.

➤ De la profession :

On note dans notre étude une prédominance de ménagères (53,26%), suivi des commerçants (19,59%).

5-2. Les données cliniques des PVVIH

➤ Du lieu de dépistage :

La majorité des patients soit 88% a été dépisté au niveau de l'USAC CV.

➤ Du type de VIH :

Au cours de notre étude, 96% de nos patients étaient atteints du VIH type I ; ce résultat est proche de celui obtenu par Diamoutene A. [34] qui est de 84,6%.

➤ De l'évolution du taux de CD4 :

Au cours de notre étude nous avons constaté que près de la moitié des patients soit 50,6% des cas avait eu un gain de CD4 ; ce résultat peut être superposable à celui de

Diamoutene A. [34] qui trouve que ce taux augmente après un traitement minimum de deux mois.

➤ De l'évolution de la charge virale :

Sur un total de 174 patients sous traitement ARV, 121 ont fait leur charge virale à six mois soit 69,5%.

Sur l'ensemble ayant une charge virale ; 100 sont revenus indétectables soit 82,7%.

➤ De l'évolution du poids :

Après 6 mois de traitement nous avons noté une augmentation de 9% du poids initial avec comme poids moyen 57,51 kg avec des extrêmes allant de 37 à 103 kg.

5-3. De la qualité des services fournis à l'USAC

Notre étude a montré une généralisation de la trithérapie soit 100%, ce résultat se rapproche de la valeur de la série de Gore E. [37] soit 98,2% de délivrances, celle de Touré S. [38] celle de Konaté Y. [36] soit 100%.

➤ De la connaissance du traitement ARV, son schéma et son début

Tous les patients qui devraient être sous ARV ont bénéficié d'une éducation thérapeutique au préalable et tous ont reçu des ARV.

Le schéma le plus utilisé était 2INTI+1INNTI (lamivudine/stavudine/névirapine) soit 68,96% ; ceci correspond au traitement de première ligne. Ce résultat est en accord avec les recommandations de l'IMAARV [24].

➤ De la connaissance du traitement des infections opportunistes

La quasi-totalité des patients soit 97,5% recevait du cotrimoxazole fort en traitement prophylactique contre les infections opportunistes. Ceci a permis de limiter le nombre de patients souffrants d'infections opportunistes dans le service.

➤ De la tolérance du traitement

Facteurs favorisant une bonne observance : Pour une meilleure prise en charge des PVVIH l'adhérence et les moyens financiers sont capitaux. Ici l'observance au

traitement est assuré par le prescripteur ; ainsi notre étude a démontré une nette prédominance des patients ayant suivi régulièrement le traitement soit 99,4%, ce qui explique que la gratuité des ARV et la perception du traitement à vie ont favorisé une régulière présence au rendez vous des patients (96,5%).

A ceux-ci il faut ajouter la compréhension de la posologie, de son respect, l'assiduité et l'assistance du malade par au moins un membre de son entourage pour une bonne observance.

Plus les malades avaient leurs familles informées et/ou autorisaient un contact pour le personnel soignant, plus ils étaient mieux suivis en dehors des structures hospitalières.

On notait que 96,5% des patients respectaient les rendez vous ; 86,8% toléraient le traitement et tous connaissaient les heures de prise des médicaments.

L'observance de nos patients était favorisée par plusieurs facteurs :

- La compréhension du traitement
- L'assiduité dans la prise des molécules
- Les schémas simplifiés par les formes associées

Facteurs liés à une mauvaise observance : parmi ces facteurs nous avons noté les prises manquées (oubli, suivi du retard pour le renouvellement des molécules), la maladie, les effets secondaires.

Cette non observance pourrait s'expliquer par l'absence quasi-totale du soutien psychosocial et de l'accompagnement.

➤ Des changements de schéma thérapeutique

Les changements thérapeutiques étaient dus essentiellement aux effets secondaires, suivi de la survenue de la tuberculose puis d'un échec thérapeutique. Ainsi au cours de notre étude, nous avons pu observer que les changements avaient été effectués chez 13,2% de nos patients (treize patients entre le premier et le deuxième mois de traitement et chez dix après deux mois). Parmi les manifestations indésirables, celles touchant la peau étaient majoritaires à savoir des lésions cutanées (26%), anémie (17,4%), vomissement (17,4%), amyotrophie (13,1%), neuropathie (13,1%).La

survenue de la tuberculose (8,7%) et l'échec thérapeutique (4,3%) ont nécessité un changement thérapeutique.

5-4. De l'Opinion et perception des patients sur la prise en charge des PVVIH en milieu intégré

🚩 La connaissance des modes de transmission du VIH

La majorité des patients (97,5%) avant l'éducation thérapeutique ne connaissait que le mode de transmission par voie sexuelle et 2,5% d'entre eux connaissaient plus d'un mode. Ceci s'expliquerait par l'insuffisance de communication pour le changement de comportement.

🚩 La participation au groupe de parole et aux activités culinaires

Très peu de patients participaient au groupe de parole (20,1%) pour plusieurs raisons à savoir un manque de temps (66%), la peur d'être connu, ils n'étaient pas informés.

🚩 Le respect de la confidentialité dans la structure

La confidentialité était assurée au sein de la structure selon les patients soit 100%.

5-5. Des atouts et difficultés de la prise en charge globale des PV VIH en milieu intégré

🚩 Des avantages du groupe de parole dans la prise en charge

Pour les patients qui participaient aux activités organisées, ils retrouvaient un soutien moral et un réconfort et d'aucun avait pu informer un membre de leur famille. Un effort s'impose pour permettre à chaque patient d'informer au moins un parent ; ceci rentre dans la meilleure prise en charge du patient et pourrait redonner le goût à la vie à ce dernier.

🚩 Des avantages de la décentralisation de la prise en charge

Sur le plan économique, 75% de nos patients bénéficiaient des soins adéquats car ils étaient à proximité du centre ; le rapprochement est un facteur de meilleure fréquentation.

🚩 Des problèmes rencontrés dans la décentralisation de la prise en charge

Nous n'avons noté aucun problème au niveau de la décentralisation chez nos patients car en dehors de la proximité entre le centre et le lieu de résidence des patients, il n'y avait pas d'affluence et il y'avait une certaine complicité entre le personnel et les patients.

➤ *Des suggestions par rapport à la décentralisation*

La majorité des patients (45,6%) souhaitait voir l'unité perpétuer les soins, suivis de 21% qui souhaiteraient qu'il y'ait en permanence les médicaments pour les IO.

➤ *Des motifs de satisfaction à la prise en charge*

Au cours de notre étude, 132 patients sur 199 étaient satisfaits de leur prise en charge. Les raisons énumérées étaient les suivantes : l'accessibilité au personnel et la disponibilité du personnel (76,8%), suivi de la rapidité des soins (9,9%). Par contre certains patients n'ont pas voulu nous donner leur point de vue.

CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

VI-CONCLUSION/ RECOMMANDATIONS

L'introduction des ARV au Mali a suscité un engouement auprès des praticiens et des personnes infectées par le VIH. Cependant pour une meilleure prise en charge de ces personnes il est indispensable de décentraliser cette prise en charge.

Cette étude qui a porté sur l'évaluation de la prise en charge décentralisée des PVVIH au niveau de l'USAC en commune V nous a permis d'aboutir aux conclusions suivantes :

- Les adultes de sexe féminin, surtout les mariés et en particulier les ménagères et les non scolarisés sont les plus touchés. On note par ailleurs que les patients étaient infectés par le VIH type 1, le bilan pré thérapeutique et de suivi était réalisé.

- La trithérapie avec 2INTI + 1INNTI a été la plus utilisée chez les patients qui avaient besoin de traitement et qui ont bénéficié au préalable d'une éducation thérapeutique. La prophylaxie des infections opportunistes et les changements de schéma thérapeutique ont été effectués selon les recommandations de la politique nationale.

- Avant la prise en charge, les personnes infectées ne connaissaient qu'un seul mode de transmission de la maladie. On a noté un faible taux de participation de ces personnes aux activités organisées au sein de la structure. Certains patients ont pu à travers le groupe de parole informer un parent de leur statut. La proximité de l'unité a permis une meilleure fréquentation ; la disponibilité du personnel a marqué la moitié des patients mais ces derniers souhaiteraient néanmoins la pérennité des soins et surtout la permanence des médicaments contre les IO.

C'est dans cette optique que nous formulons quelques recommandations :

1- Au niveau des centres de prise en charge

- ❑ -De mettre au sein du centre des programmes d'écoute et d'aide aux patients par des conseillers thérapeutiques spécialement formés à cet effet ;
- ❑ -D'établir une relation de confiance entre le patient et le personnel afin de permettre à celui-ci d'aborder sans tabous les éventuels difficultés liées à la prise des médicaments ;
- ❑ -Elargir le centre (magasin, salle d'attente, agrandissement de la pharmacie) ;
- ❑ -Renforcer le nombre de personnels présents.

2- Au Comité médical de la prise en charge des PVVIH

- ❑ - Etudier d'avantage l'impact des médicaments sur les paramètres de l'observance, la charge virale et la qualité de vie des patients ;
- ❑ - De poursuivre et de favoriser le développement du soutien par les pairs, de lieux de groupe de parole, de formation ou de ressourcement pour favoriser le désir de se soigner ;
- ❑ - D'établir de façon plus générale, les protocoles de recherches pour mieux évaluer le rythme idéal d'entretiens face à des situations thérapeutiques spécifiques (initiation, changement thérapeutique).

3- Aux autorités de tutelle

- ❑ -Trouver des moyens plus stratégiques pour sensibiliser le monde du marché ;
- ❑ -Promouvoir l'octroi des activités génératrices de revenus pour les PVVIH ;
- ❑ -Encourager la formation continue des médecins prescripteurs, des pharmaciens dispensateurs et de tout autre acteur impliqué dans la prise en charge des PVVIH ;

- ▣ -Aide à la mise en place des systèmes fiables d'évaluation ou d'assurance qualité des soins (établissement des listes des médicaments, des standards nationaux et des outils simples et peu coûteux d'évaluation).

REFERENCES

VII-REFERENCES

1- Infection par le VIH et SIDA,

CMIT, ed. E.Pilly Montmaron Cy:
2M2 ed; 2006 ; 891p. : 482.

2- ONUSIDA/OMS

Rapport sur l'Epidémie Mondiale du SIDA.
2007 ; 53p. : 1.

3- CSLS/Ministère de la santé

Cadre stratégique National de lutte contre le VIH/SIDA au Mali 2006-2010.
Mali 2006-2010 ; 55p. : 24-26.

4- CPS/MS, DNSI

Enquête démographique et de santé 2006 (EDSMIV).
Mali 2006 ; 48p.

5- CSLS/Ministère de la santé

Formulaire de proposition :Quatrième appel à propositions
République du Mali
Avril 2004

6- Direction Générale de la Santé.

« Surveillance du sida en France, situation au 31 mars 1995 », Bulletin
Epidémiologique Hebdomadaire 22 : 97-103.

7- Laporte A.

« Epidémiologie : situation actuelle et tendance », in : Sida, P.M. GIRARD et
collègues,
Paris ; Dion Editeurs 1994 ; 114p. : 15 – 23.

8- Douleur et Sida

Coédition MNH/Arcat – Sida.

3^e édition 2000 ; 375p.

9- Got – C.

Sida – Santé, Société Med. Sci, 1989 ; p204 – 212.

10- ONUSIDA.

Rapport sur l'épidémie mondiale (VIH/SIDA).

OMS Juin 2000 ; VIH (édition 2004).

11- DNS, DPM, PNLS et du CESAC.

Manuel de référence :

Compétence en counseling en matière de VIH/SIDA axées sur la PTME.

UNICEF MALI, September 2003: 114p. : 8-69.

12- Perrin L, Kaser L, Yerl S.

Travel and the Spread of HIV – 1 genetic variant

Lancet Inf Dis 2003 ; 300p. : 22-27.

13- Delaporte E.

Actualités sur l'infection à VIH en Afrique Sub-saharienne :

Med. Trop. 1999; 59p. : 57-59.

14- Abede A, Demissie D, Gouds J.

SI-NSI phenotype and Co-receptor Usage among Ethiopian AIDS patients.

AIDS 1999; 1313p. : 1305-1311.

15- Laurent C, Bourgeois A, Faye MA et al.

No difference in clinical progression between patients infection with the predominant

human immunodeficiency virus type 1 circulating recombinant form (CRF) 02-AG strain patients no infected with CRF 02-AG, in western and West-Central Africa : a four year prospective multicenter study.

Infect Dis 2002 ; 586p. : 486-492.

16- Loussert-A, Ly TD, Chaix ML et al.

HIV-1/HIV-2 seronegativity in HIV-1 sub type O infected patients.

Lancet 1994 ; 2343p. : 1393-1394.

17- Decock K, Adjorlolo G, Ekpini E et al.

Epidemiology and transmission of HIV-2.

Why there is no HIV-2 pandemic.

JAMA 1993; 2270p. : 2083-2086.

18- N'dour M, Sow PS et collègues, Seck AM et al.

AIDS caused HIV-1 and HIV-2 infection: are there clinical differences? Resultants of AIDS surveillance 1986-1997 at Fann Hospital in Dakar, Senegal.

Trop Med. Int Health 2000; 700p. : 687-691.

19- WHO: RAPID HIV TEST:

Guidlines for use in HIV testing and counseling service resource constrained setting.

WHO 2004 Library Cataloguing Publication Data.

20- Eric C.

Manifestations dermatologiques.

Doin VIH édition 2001.

21- Amadou H.

Préparation d'une évaluation de la séroprévalence du VIH en population générale du Niger. Quels prélèvements ? Pour quels tests ?

Thèse : Pharmacie : Bamako, 2002 ; n°42 ; 118p.

22- PNLS/CDC

Enquête intégrée sur la prévalence des IST/VIH et les comportements au sein des groupes à risque au Mali ISBS 2003.

23- PNLS/CDC/ Infostat

Surveillance sentinelle du VIH et de la syphilis chez les femmes enceintes.

Décembre 2004.

24- Koumare AK, Bagayogo I, Diawara A, Traore AC, Diakite BD.

Evaluation de l'Initiative Malienne d'Accès aux Antirétroviraux

Octobre 2005.

25- CSLS/Ministère de la Santé

Plan Sectoriel de Lutte contre le SIDA (2005-2009).

Juin 2005.

26- OMS/CDS.

Prise en charge intégrée de la maladie chez l'adolescent et l'adulte. Directives provisoires pour le personnel de santé de premier niveau

MAI/2004.

27- PNLS/ Ministère de la Santé

Rapport d'évaluation de l'état de préparation des structures de santé à la prise en charge antirétrovirale

November 2004.

28- OMS

Procurement, quality and sourcing project: Access to HIV/AIDS drugs and diagnostics

of acceptable quality 26TH Edition

September 2005.

29- OMS/MSF

Sources and prices of selected medicines

June 2005.

30- Draft guidelines for surveillance of HIV drug resistance WHO 2003.

31- OMS, ONUSIDA, The Global Fund, USAID

Guides des indicateurs pour le suivi et l'évaluation des programmes nationaux de prise en charge antirétrovirale

Measure, FHI – OMS 2005.

32- Esope

Suivi de la prise en charge des traitements antirétroviraux ESTHER/EPICONCEPT 2005.

33- ONUSIDA/OMS

Recommandations provisoires de l'OMS et du secrétariat de l'ONU SIDA sur la prophylaxie des infections opportunistes par le cotrimoxazole chez les adultes et les enfants vivant avec le VIH/SIDA en Afrique.

Mars 2000.

34- Diamoutene A.

Evaluation de l'observance du traitement antirétroviral au Centre Hospitalier Universitaire du Point G.

Th.: Pharm.: Bamako 2006: n°47; 140p. 85-92.

35- Laniece I, Sow NK, Bal D, Ndiaye M, Ciss M.

Antiretroviral treatment initiative in Senegal; Final accessibility of the national program and patient's contribution levels. XIII^{ème} International AIDS Conference. Durban 2000 ;Abstract 4585.

36- Konate Y.

Dispensation des Antirétroviraux à l'hôpital du point G.

Th.: Pharm. : Bamako ; 2005; n°40 ; 120p. : 75-77.

37- Gore E.

Suivi de la dispensation des Antirétroviraux au service des maladies infectieuses et tropicales du Centre Hospitalier Universitaire de Treichville d'Octobre 1998 à Décembre 2000.

Th.: Pharm.: Abidjan; 2001; 145p.

38- Toure SK.

A propos de la prise en charge des personnes vivant avec le VIH, cas de l'Initiative Malienne d'Accès aux Antirétroviraux.

Th. :Pharm . : Bamako ;2002 ;n°51 ; 105p. : 74-75.

ANNEXES

VIII- ANNEXES

1- QUESTIONNAIRE D'ENQUETE

Numéro d'identification / _____/

Sexe : /___/ 1-Féminin 2-Masculin

Age : /___/ 1-15 à 25 2-26 à 35 3-36 à 50 4-plus de 50

Situation matrimoniale : /___/ 1- Marié(e) 2-Divorcé (e) 3-Célibataire

4-Veuf (ve) 5- Fiancé(e)

Résidence : /___/ 1-C1 2-C26-C6 7- Hors de Bamako : Kati, Koulikoro

Niveau d'instruction : /___/ 1-Niveau primaire 2- Secondaire 3-Supérieur 4-non scolarisé 5- Medersa

Profession : /___/ 1-Ménagère 2-Commerçant 3-Cultivateur 4-Fonctionnaire 5-Elève/Etudiant

6-informel à préciser :.....

Type de VIH : /___/ 1-VIH1 2-VIH2 3-VIH1 et VIH2

Avez-vous été dépisté ici : /___/ 1-Oui 2-Non

Charge virale initiale:/_____/.

CD4 initial: /_____/

Poids initial:/_____/

Est-ce que vous êtes bien accueilli ici : /___/ 1-Oui 2-Non

Est-ce que vous êtes sous ARV ? : /___/ 1-Oui 2-Non

Si oui Schéma :.....

Si non pourquoi ? :.....

Date de début /___/___/___/

Avez-vous bénéficié d'une éducation thérapeutique : /___/ 1-Oui 2-Non

Connaissez-vous les horaires de prise et le moment ? : /_____/ 1-Oui 2-Non

Honorez vous les RDV ? : /_____/ 1-Oui 2-Non

Recevez vous les médicaments pour les Infections opportunistes ? : /_____/ 1-Oui 2-Non

Est-ce que vous supporter le traitement ? : /_____/ 1-Oui 2-Non

Est-ce que vous avez des Effets secondaires ? : /_____/ 1-Oui 2-Non

Qui suit votre observance ici : /_____/ 1-Prescripteur 2-Dispensateur 3-Psychologue 4-Personne

Est-ce que vous connaissez les modes de transmission du SIDA ? /_____/ 1-Oui 2-Non

Est-ce que vous participez au Groupe de parole ? /_____/ 1-Oui 2-Non

Si non pourquoi ? /_____/ 1-Pas au courant 2-pas de temps 3-je ne veux pas être connu 4- autre

Si oui quels sont les avantages du groupe de parole dans votre PEC ?

-
-
-

Est-ce que vous participez aux activités culinaires ? /_____/ 1-Oui 2-Non

Si non pourquoi ? /_____/ 1-Pas au courant 2-pas de temps 3-je ne veux pas être connu 4- autre

Si oui quels sont les avantages de cette activité dans votre PEC

-
-
-

Pensez-vous qu'il existe la confidentialité au niveau de la structure ? /_____/ 1-Oui 2-Non

Quels sont les avantages de la décentralisation selon vous ?

-
-
-

Est-ce que vous avez des difficultés dans la décentralisation de la PEC des PV VIH-SIDA ?

/_____/ 1-Oui 2-Non

Si oui les quelles ?

Quels sont vos souhaits par rapport à la décentralisation

-
-

Etes vous satisfait (e) de la PEC ici ? / _____/ 1-Oui 2-Non

Si oui pourquoi ?

-
-

Si non pourquoi ?

-
-

SITUATION ULTERIEURE DU PATIENT

A 6mois

Observance

Avez-vous des difficultés à la prise des médicaments ? / _____/ 1-Oui 2-Non

Si oui préciser :

Le traitement est il bien toléré ? / _____/ 1-Oui 2-Non

Si non préciser les motifs :

Y'a-t-il eu changement thérapeutique ? / _____/ 1-Oui 2-Non

Si oui pourquoi ?

Bilan de suivi :

Poids : / _____/ CD4 : / _____/ CV : / _____/

A 12 mois

Observance

Avez-vous des difficultés à la prise des médicaments ? / _____/ 1-Oui 2-Non

Si oui préciser :

Le traitement est il bien toléré ? / _____/ 1-Oui 2-Non

Sinon préciser les motifs :

Y'a-t-il eu changement thérapeutique ? ? / _____/ 1-Oui 2-Non

Si oui pourquoi ?

Bilan de suivi :

Poids: / _____/ CD4 : / _____/ CV : / ___/

2- FICHE SIGNALETIQUE

Nom : TILEUK WELAMEUK

Prénom : VICTORINE

Nationalité : CAMEROUNAISE

Titre de la thèse : *EVALUATION DE LA PRISE EN CHARGE DECENTRALISEE DES PERSONNES VIVANT AVEC LE VIH/SIDA AU NIVEAU DE L'USAC DE LA COMMUNE V DU DISTRICT DE BAMAKO A PROPOS DE 199 CAS.*

Année académique : 2007-2008

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

Période d'étude : 01 Août 2006 – 31 Juillet 2007.

Secteur d'intérêt : Santé publique, Maladies infectieuses, tous les centres de prise en charge décentralisés des PVVIH.

Ville/Pays de soutenance : Bamako/MALI

Résumé :

Face à la pandémie du SIDA, Le Mali a initié, comme beaucoup d'autres pays des programmes de prise en charge des PVVIH. Ce travail a été initié pour identifier les difficultés afin d'améliorer la qualité de la prise en charge décentralisée des PVVIH à l'USAC en commune V.

A la fin de notre étude, nos patients étaient entre 2 et 36 mois de traitement.

La tranche d'âge 25-35 ans était majoritaire. Le sexe féminin était prédominant soit 82,9%.48, 5% de nos patients était non scolarisés. La majorité des patients étaient mariés soit 64%.Sur le plan professionnel, les ménagères (53,26%) suivi des commerçants (19,59%) étaient fortement représentés.96% de nos patients était VIH I.79, 8% de nos patients avait une charge virale inférieure à 25 au bout de six mois de traitement.

Une augmentation de 9% du poids initial a été observée au bout de six mois de traitement.

La trithérapie était la plus utilisée soit 68,96% et 97,5% de nos patients recevaient un traitement pour les infections opportunistes.13,2% des patients ont nécessité des changements thérapeutiques à cause des effets secondaires, de la survenue de la tuberculose et d'un échec thérapeutique. Par ailleurs nous notons une faible implication des familles dans la prise en charge des PVVIH et un faible taux de participation 20, 3% des patients au groupe de parole et activités culinaires. La quasi-totalité des patients maîtrisaient les modes de transmission après éducation thérapeutique.

Mots clés : Evaluation, VIH/SIDA, Qualité, Prise en charge décentralisée, ARV.

3- PROFILE SHEET

Name: **TILEUK WELAMEUK**

First name: **VICTORINE**

Nationality: **CAMERONIAN**

Titrate thesis: **EVALUATION OF THE ASSUMPTION OF RESPONSIBILITY DECENTRALISEE OF THE PEOPLE LIVING WITH THE VIH/SIDA ON THE LEVEL OF THE USAC OF COMMON V IN CONNECTION WITH 199 CASES.**

Academic year: 2007-2008

Discharge point: Library of the Medical college, Pharmacy and Odontostomatologie of Bamako

Study period: August 1st, 2006 - July 31st, 2007.

Sector of interest: USAC of common V, Public health, Infectious illness.

City/Country of defense: Bamako/MALI

Summary:

Vis-a-vis the pandemia of the AIDS, Mali initiated, like many of other countries of the programmes of assumption of responsibility of the PVVIH. This work was initiated to identify the difficulties in order to improve quality of the assumption of responsibility decentralized of the PVVIH with the USAC into common V. At the end of our study, our patients were between 2 and 36 months of treatment.

The age bracket 25-35 years was majority. The female sex was prevalent is 82, 9%.48, 5% of our patients was not provided education for.

The majority of the patients were married is 64%.Sur the professional plan, the housewives (53,26%) followed tradesmen (19,59%) were strongly représentés.96% of our patients was HIV I.79, 8% of our patients had a viral load lower than 25 at the end of six months of treatment.

An increase of 9% of the initial weight was observed at the end of six months of treatment.

The trithérapie was used either 68,96% and 97,5% of our patients received a treatment for the infections opportunistes.13, 2% of the patients required therapeutic changes because of the side effects, occurred of tuberculosis and a therapeutic failure. In addition we note a weak implication of the families in the assumption of responsibility of the PVVIH and a low participation rate 20, 3% of the patients to the group of word and activities culinary.

The near total of the patients controlled the modes of transmission after therapeutic education.

Key words: Evaluation, VIH/SIDA, ARV, decentralized Quality, Dealt with

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 les 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.

Je le jure