

**Ministère des enseignements secondaire,
Supérieur et de la recherche scientifique**

République du Mali
Un Peuple – Un But – Une Foi

Université de Bamako

**Faculté de Médecine, de Pharmacie
et d'Odontostomatologie**

Année universitaire 2007-2008

Thèse N°/ 2008

TITRE



**SEROPREVALENCE DU VIH AU CENTRE DE
SANTE DE REFERENCE DE YANFOLILA**



Thèse

présentée et soutenue publiquement le .../.../ 2008 à la Faculté de
Médecine, de Pharmacie et d'Odontostomatologie du Mali.

Par MR. Salihoun DIAKITE

Pour obtenir le grade de **Docteur en Médecine (Diplôme d'Etat)**.

JURY

Président :.....Pr. Saharé FONGORO

Membre :.....Dr. Diakalia KONE

Co-Directeur :.....Dr. Issa GUINDO

Directeur :.....Pr. Sounkalo DAO

DEDICACES

Dédicaces

Je dédie ce travail à « ALLAH soubhanawatahala » le tout puissant, le miséricordieux pour m'avoir donné la vie, la force et le courage pour la réalisation de ce travail. Que ta gloire dure toujours !

Au Prophète MOHAMMAD Paix et salut sur Lui.
Pour tout le bien que Tu as fait pour l'humanité.

A mon père Samou Diakite Enseignant de formation, aujourd'hui en retraite ; aucun mot ne saurait traduire toute ma gratitude.. Tu as guidé mes premiers pas dans les études et travaillé durement afin que tous tes enfants aient une solide assise pour affronter le dur combat de la vie. Ce travail est un témoignage de mon filial attachement, de ma profonde affection et de ma grande reconnaissance. Que Dieu, notre seigneur t'accorde une longue vie, une excellente sante afin que nous puissions continuer de jouir de tes bénédiction.

A ma très chère mère feu Sitan Sidibe : J'aurai toujours à l'esprit que je te dois tout. Cette éducation rigoureuse que nous avons reçue n'était en fait que ta volonté de nous voir réussir. Voici le résultat de tes efforts. Ma joie aurait été plus immense si tu avais pu assisté à cette fête. Hélas ! Le seigneur en a décidé autrement, que tes semblables servent de miroir à travers lesquels je continuerai à te voir me conseiller. Sache que tu as un fils médecin qui te porte en cœur. Que ton âme repose en paix. Qu'Allah; le tout puissant t'accueille dans son paradis. Amen.

A ma maman Kadidia Diakite : Toi qui m'as toujours comblé de bénédictions et de conseils ; à travers ce travail je te remercie infiniment.

A mes Oncles :

Yacouba Diakite : tes sages conseils, ton soutien moral et matériel ne m'ont point fait défaut. Trouve ici l'expression de ma profonde affection et ma grande reconnaissance.

Seydou Diakite : tes bénédictions et encouragements ne m'ont jamais manqué. . Trouve ici ma sincère reconnaissance.

Amadou Diakite : tes bénédictions et conseils ne m'ont jamais fait défaut. Trouve ici l'expression de ma profonde gratitude et de ma reconnaissance.

Bakary Diakite : ta générosité et ta grande gentillesse ne m'ont jamais manqué. C'est l'occasion pour moi de te dire merci infiniment.

Aboubacar Diakite : je n'oublierai jamais ton affection pour moi.

Mameri Diakite: pour tes encouragements ; trouve ici ma profonde reconnaissance.

A mes tantes Oumou Diallo, Oumou Sidibe, Kinsa Sidibe, Habi Doumbia, Kadiatou Sidibe, Nabintou Diallo, Awa Marega et autres : merci pour tous les sentiments d'affection que vous ne cessez de me témoigner. Ce travail est le vôtre.

A ma tante Mariam Sidibe : votre soutien et encouragement m'ont été d'un rapport inestimable.

A mon logeur Amidou Sidibe et ses épouses Aminata Coulibaly, Awa Diabaté, Marietou Dembele : je ne vous oublierai jamais. Vos soutiens moral et matériel ne m'a jamais manqué. Sachez que ce travail est le votre; qu'il soit le témoignage de ma profonde gratitude et de mon éternelle reconnaissance pour vous.

A Mr Kaba Diakite et son épouse Fanta Coulibaly : Je me souviens toujours de vos conseils vos encouragements et vos soutiens matériel et financier. Qu'Allah le tout puissant vous accorde une longue vie pour que nous puissions toujours bénéficier de vos conseils.

A ma grand sœur Fatoumata: j'ai toujours été guidé par tes conseils, encouragements et sacrifices. Les mots me manquent pour traduire ce que tu as fait pour moi. Trouve ici l'expression de ma profonde affection et ma grande reconnaissance.

A mes aînés :

Yacouba Diakite: Pour tes conseils et encouragements je te remercie beaucoup

Malick Diakite : Les mots me manquent pour qualifier ton sacrifice pour la famille. Ta générosité, ton courage, ton esprit de solidarité familiale font de toi un homme de haute estime. Tu as été et continue d'être pour nous un frère exemplaire. Ce travail est le tien. Qu'Allah te garde longtemps auprès de nous.

MDL chef Yaya Diakite: Sans ton soutien moral, matériel et financier ce travail n'aurait pu être réalisé. Je ne sais comment te remercier. Ton esprit de sacrifice et de famille m'a toujours marqué. Ce travail est l'expression de ma profonde gratitude et de mon éternelle reconnaissance pour toi. Que Dieu t'accorde une longue vie afin que nous bénéficions de tes conseils. Je te remercie infiniment.

Abdramane Diakite : Tu as toujours voulu ma réussite. Je n'oublierai jamais tes conseils et ton effort pour moi. Sois en remercié.

Hamidou Diakite: Pour tout le réconfort et la sollicitude que tu n'as cessés de m'apporter. Ce travail est aussi le tien.

A ma cousine Sali Sidibe : vos conseils et encouragements ne m'ont jamais manqué. Trouvez ici le sentiment de ma profonde gratitude.

A mes frères et sœurs :

Korotoumou, Aissata, Mahamadou, Ramatou, Ali, Habibatou: Pour l'affection et la sympathie qui nous lient, trouvez ici toute ma reconnaissance et ma gratitude.

A mon oncle Alou Diallo : votre soutien, estime, respect et encouragement m'ont été d'un apport inestimable. Les mots me manquent pour traduire les sentiments que je vous porte. Je vous suis reconnaissant et souhaite qu'Allah vous accorde une longue vie.

A mes belles sœurs :

Sali Sidibe, Kadiatou Diakite, Mariama Camara, Modiere Sidibe, Awa Sidibe: merci pour votre soutien.

A mes cousins et cousines : Je me garde de vous citer nommément au risque d'en oublier ; trouvez ici toute ma reconnaissance et mon sincère attachement.

A mes neveux et nièces : Aminata Traore, Assa Sidibe Bary Sidibe, Sata Sidibe, Labass, Sitan dite Mah, Mariama, Mounirou Salihoun et autres : Pour la marque sympathie et de respect que vous avez toujours. Puisse ce travail vous servir de guide et d'exemple.

A la famille Sidibe de Daoudabougou : trouvez ici l'expression de manifester à mon endroit ma gratitude et de mes sincères remerciements.

JE TIENT également à remercier les familles DIAKITE d'Ambidedi de Kayes ; **Djeli Mouso Ramatou** et la famille feu **Sitan MARICO, BAKO Mme KONE.**

A mes amis : Modi Diawara, Noumoutie Sidibe, Bourama Sidibe, Drissa Koné, Djibril Diakite, Daouda Diakite, Oumar dit vieux Toure, Mahamadou Diabaté, Drissa Traore, Alou Diakite dit N'koro, Issa Diarra Moussa Dabo, Kassoum Diabaté, Moussa ka Dembele, Florent Dackouo, Bougou Coulibaly, Mademba Koite, Daouda Samake, Hama Maiga et a tous les elements de la Radio virus : l'amitié est un sous bassement de la vie. Que se resserrent davantage les sentiments que nous nous portons.

A ma fiancée Yama Coulibaly : Toi qui a accepté de suivre le chemin difficile avec moi. Que notre vie de couple soit pleine de succès de respect et surtout d'amour.

A tout le personnel du centre de santé de référence: Monsieur Amadou Koné et toute son équipe de la médecine ; Monsieur Yacouba Dembele et son équipe de la chirurgie ; Madame Diallo Sata et son équipe de la maternité ; Madame Samake Aissata et son équipe du laboratoire ; Mr zoumana Sidibé et Mr Abdoulaye Diabate de la pharmacie ; Mr Dounantie Koné du programme et toute l'équipe de l'administration et les tous les chauffeurs. Soyez remerciés pour toute l'aide que vous m'avez apporté dans l'élaboration de ce travail et votre sens de l'humour.

A tous les internes du CSRéf de Yanfolila, Diakaridia Bamba, Ladji Diallo Balla Guindo : je n'oublierais jamais ce temps formidable de joie et de partage de connaissances scientifiques entre collègues.
Courage !

A tout le personnel du Centre de santé communautaire de Garantiguibougou : Pour votre soutien et vos encouragements. Trouvez ici mes sincères remerciements.

Au Dr Timbely Karim: Pharmacien Merci pour votre soutien et vos encouragements.

Au Dr Coulibaly Amadou : Médecin épidémiologiste, votre simplicité et votre esprit de collaboration nous ont beaucoup impressionnés. Veuillez accepter le témoignage de notre profonde gratitude.

Au Dr Coulibaly Alou : Nous avons été particulièrement fascinés par votre souci de formation, votre disponibilité et vos qualités humaines. Recevez ici l'expression de notre gratitude et de notre profonde reconnaissance.

Au Dr Somboro Bokeri : Nous n'oublierons jamais tout votre soutien, votre disponibilité, et vos efforts pour notre formation. Trouvez ici l'expression de nos sincères remerciements.

Aux Dr Ibrahima Berthe Dr Moussa Diallo Dr Fodé Sidibe Dr Oumar Diallo : je ne sais comment vous remercier de votre générosité et surtout de votre collaboration très franche. Merci pour tout.

Au Dr Berthe Mohamed du PNLT: je n'oublierai jamais votre générosité et surtout votre dévouement pour la réussite du prochain. Que Dieu vous bénisse. Merci pour tout.

A toute ma promotion :

Merci pour les bons moments partagés. La fraternité, la solidarité et l'entente qui nous ont permis d'arriver au bout malgré les multiples difficultés. Puisse ce travail être un souvenir pour vous.

Que Dieu nous assiste dans notre nouvelle vie qui commence ; courage !

A tous les maîtres qui m'ont enseigné ou encadré durant ma carrière scolaire :

Trouve en ce travail ma grande reconnaissance.

Je dédis ce travail à tous ceux qui sont infectés ou affectés par le VIH et SIDA

A tous ceux dont je n'ai pu citer le nom : je vous porte tous dans mon cœur et personne ne sera oublié ; merci pour tout !

HOMMAGES AUX MEMBRES DU JURY

A notre **maître et président de jury,**

Professeur Saharé FONGORO

Maître de conférence en néphrologie et hémodialyse

Chef de service néphrologie et hémodialyse du CHU du point G

Chevalier du mérite de l'ordre de la santé

Nous sommes très touchés par la spontanéité avec laquelle vous avez accepté de présider ce jury malgré vos multiples occupations.

Nous vous exprimons notre vive gratitude pour ce grand honneur.

Cher maître soyez assuré de notre profonde admiration et sympathie.

Puisse ALLAH vous donner longue vie pour que nous bénéficions d'avantage de vos qualités intellectuelles.

A notre **maître et membre de jury,**

Docteur Diakalia KONE

Spécialiste en santé publique

Responsable de l'unité planification, suivi évaluation à la Cellule du comité sectorielle de lutte contre le VIH/SIDA du ministère de la santé (CSLS/MS)

Cher maître,

Votre désir profond de valoriser la profession, votre souci du travail bien fait, votre compétence, votre rigueur scientifique, votre simplicité et votre modestie font de vous un maître exemplaire. Puisse ce travail être le témoignage de notre reconnaissance et de notre profond respect.

A notre **maître et co-directeur de thèse,**

Docteur Issa Guindo :

Spécialiste en sante publique

Médecin Chef du Centre de Sante de Référence de Yanfolila

Cher maître,

C'est avec une grande cordialité que vous nous avez accueillis dans votre service.

Votre exigence du travail bien fait, votre rigueur scientifique font de vous un chef très apprécié de tous. En nous acceptant dans votre service, vous nous avez donné l'occasion de découvrir un grand maître dévoué, serviable et modeste.

Nous vous serons toujours reconnaissants pour toutes les opportunités que vous nous avez offertes. Par ailleurs, nous vous prions d'accepter nos excuses pour toutes les fois où nous n'avons pas été à hauteur de mission.

Veillez croire cher maître en l'expression de notre admiration, de notre profonde gratitude et de notre respect.

A notre **maître et directeur de thèse,**

Professeur Soukalo Dao

Maître de conférence en pathologie infectieuse et tropicale

Investigateur clinique au centre de recherche et de formation sur la tuberculose et le SIDA : SEREFO

Cher maître,

Ce travail est le votre

Avec abnégation vous avez accepté de diriger ce travail malgré vos multiples occupations. Nous avons admiré votre sens élevé de la transmission du savoir et, surtout votre détermination pour la formation des étudiants.

Votre dynamisme, votre amour pour le prochain, votre abord facile, et votre disponibilité ont forcé en nous l'estime, l'admiration.

Nous sommes fière et très heureux d'être compté parmi vos élèves.

Veillez accepter cher maître, l'expression de notre profond respect.

Que le seigneur tout puissant vous protège tous. Amen !

ABREVIATIONS

ACDI : Agence canadienne pour le développement international

AES : Accident d'exposition au sang

ARCAD : Association de recherche de communication et d'accompagnement à domicile de PVIH

ARN : Acide ribonucléique

ARV : Anti rétroviraux

ASACO : Association santé communautaire

BK : Bacille de Koch

BCG : bacille de Calmette et Guérin

BIT : Bureau international du Travail

CDC: Center for diseases control

CMV: Cytomégalovirus

CNAM: centre national d'appui à la lutte contre la maladie

CNESS : comité national d'éthique pour la santé et les sciences de la vie

CNIECS : centre national d'informations d'éducation et communication pour la santé

CNOS : centre national d'odonto stomatologie

CREDOS : centre de recherche et de documentation pour la survie de l'enfant

CSCom : centre de santé communautaire

CSLS : Cellule du Comité Sectoriel de lutte contre le SIDA

CSRéf : Centre de Santé de Référence

DRC : Dépôt Répartiteur du Cercle

DV : Dépôt de vente

EDSM : Enquête démographique et de santé du Mali

ELISA: Enzyme Linked Immuno Sorbent Assay

HCNLS: Haut Conseil National de Lutte contre le SIDA

HTLVIII : Humann T Lymphoadeno VirusIII

IDR : Intra dermo réaction

IFI : Immuno fluorescence indirect
INRSP : Institut national de recherche en santé publique
IRM : Imagerie par résonance magnétique
ISAAR : Initiative Sénégalaise d'accès aux antis rétroviraux
IST : infection sexuellement transmissible
LAV : lymphoadenopath associated virus
LCR : Liquide cephalo rachidien
LNS : Laboratoire national de la santé
MAC : Mycobactérium avium complexe
MNI : Mononucléose infectieuse
OIT : organisation internationale des travailleurs
PCR : Polymérase Chain Réaction
PEV : Programme élargi de vaccination
PDDSS : Plan décennal de développement sanitaire et social
PILC : Pneumonie interstitielle lymphoïde chronique
PMT : Plan moyen terme
PNLS Programme national de lutte contre le SIDA
PPM : Pharmacie Populaire du Mali
PPTE : Pays pauvre très endetté
PRODESS : Programme de développement sanitaire et social
PTME : Prévention de la transmission mère enfant du VIH
PVVIH : Personne vivant avec le VIH
RAC : Radio Administrative de communication
RIPA : Radio Immuno précipitation
USAID: United States Agency International Development
VIH: Virus Immunodéficience Humain
WB: Western blot
WR: Waltes Read

PLAN

Introduction et objectifs

I- Généralités

1. Définitions

2. Historique

3. Épidémiologie

3.1. Données contextuelles du pays

3.2. Quelques données épidémiologiques du VIH et du SIDA

4. Agent pathogène

4.1. Structure et description

4.2. Propriétés biologiques

4.3. Réservoir du germe

4.4. Voies de contamination

a-Transmission sexuelle

b-Transmission sanguine

c-Transmission de la mère a l'enfant

5. Physiopathologie

5.1. Cycle de réplication

5.2. Les réactions immunitaires

6. Aspects cliniques

6.1. Clinique

6.1.1. Primo infection

6.1.2. Phase asymptomatique

6.1.3. Phase symptomatique

6.1.4. Phase SIDA

6.2. Troubles psychosociaux liés au VIH et du SIDA

6.2.1. Troubles psychiatriques

6.2.2. Troubles sociaux

6.3. Diagnostic

6.3.1. Epreuves de dépistage de l'infection a VIH

a-ELISA

b-Epreuve d'agglutination

c-Epreuve dot blot

6.3.2. Epreuves de confirmation

a- Western blot

b- IFI

c- RIPA

d-Epreuve de détection des antigènes circulants

e- Culture virale

f- Détection des acides nucléiques viraux

6.4. Classification CDC atlanta

7. Cadre institutionnel en matière du VIH/SIDA

7.1. HCNLS

7.2. CSLS

7.3. Organisations personnalisées services rattachés et direction du ministère de la sante

7.4. Les comites d'experts a l'échelon national

7.5. Les associations de prises en charge des PVVIH

7.6. Les entreprises des secteurs publics et privés

8. Vaccination VIH et SIDA

9. Prévention contre le VIH et SIDA

II- NOTRE ETUDE

1. METHODOLOGIE

1.1 Cadre et d'étude

a- Monographie sommaire du cercle

b- Présentation du district sanitaire de Yanfolila

Période et type d'étude

1.3 Type d'échantillon

1.4 Critères d'inclusion

1.5 Critères de non inclusion

1.6 Matériels et méthode

1.7 Collectes des données

1.8 Saisies et analyse

2. RESULTATS

3. COMMENTAIRES ET DISCUSSIONS

4. CONCLUSIONS ET RECOMMANDATIONS

III- ANNEXES

1. Résumé

2. Fiche d'enquête

3. Carte du cercle et du district sanitaire de Yanfolila

4. Serment d'Hippocrate

INTRODUCTION [5 3 4 1 2]

Le VIH et SIDA constituent aujourd'hui un véritable problème de santé publique ; malgré les efforts des services de santé pour la réduction de sa transmission, le dépistage et la prise en charge des patients. C'est un phénomène qui inquiète au regard de la tranche d'âge la plus exposée et la plus touchée (15- 45 ans).[EDSIV]

L'infection à VIH et SIDA est une pathologie virale entraînant une diminution progressive de l'immunité ; caractérisée cliniquement par une phase aiguë de primo-infection, une phase asymptomatique et une phase SIDA qui est la forme majeure de l'infection. [1]

Le syndrome d'immunodéficience acquis (SIDA) a fait plus de 25 millions de victimes depuis qu'il a été identifié en 1981, ce qui en fait l'une des épidémies les plus meurtrières de l'histoire.

Malgré un accès récemment amélioré aux traitements anti rétroviraux et à la prise en charge dans de nombreuses régions du monde, l'épidémie du SIDA a fait environ 2,1 millions de décès en 2007 dont 330.000 enfants. [2]

Le nombre de personnes vivant avec le virus de l'immunodéficience humaine (PVVIH) a atteint son haut niveau.

On estime que 33,2 millions de personnes vivent aujourd'hui avec le VIH ; près de 2,5 millions de personnes ont contracté le virus en 2007. [2]

L'Afrique subsaharienne reste la région du monde la plus touchée, elle compte 22,5 millions de personnes vivants avec le VIH soit près de deux millions de plus qu'en 2001.

La pandémie du VIH, plus qu'une question de santé est aujourd'hui un véritable problème de développement voire un problème sécuritaire pour l'humanité entière.

Notre pays n'échappe malheureusement pas à ce fléau. Le Mali se range parmi les pays de la sous région dont le taux de séroprévalence du VIH reste encore faible. Ce taux dans la population de 15 – 49 ans est estimé à 1,3% selon les résultats de la dernière enquête démographique et de santé (EDS IV) [3].

Les données détaillées de cette étude de l'EDSM IV 2006 révèlent les résultats suivants :

Bamako : 2,0%; Mopti : 1,6% Ségou : 1,5%; Kayes : 0,7% ; Koulikoro : 1,4%; Sikasso : 0,76 % ; Tombouctou : 0,5% Gao. 1,4% [3]

Si la région de Sikasso semble être la moins touchée, elle est une porte d'entrée et de sortie vers les pays les plus touchés où à risque de l'infection à VIH (Côte d'Ivoire, Ghana, Burkina Faso) [4]

La ville de Yanfolila est l'une des villes frontalières avec la Côte d'Ivoire et la République de Guinée Conakry à l'Ouest.

Selon le rapport d'activité du centre de santé de référence de Yanfolila, les tests de dépistage du VIH ont été rendus disponibles au laboratoire à partir du 1^{er} juillet 2002. A partir de cette date jusqu'en fin d'année 2002, sur 82 tests effectués chez les suspects au niveau du centre de santé de Yanfolila, 32 tests ont été positifs soit 39%.

En 2003, sur 730 patients ayant fréquentés le laboratoire du centre, 36 sont révélés positifs soit 4,79% [5]

La nécessité de cette étude s'impose dans la mesure où elle permettra de comprendre les questions de l'infection à VIH au niveau rural.

Le cercle de Yanfolila est une zone de très fort exode rural où la plupart des migrants se rendent en Côte d'Ivoire, pays à forte prévalence.

Le cercle est devenu actuellement une zone de brassage des populations suite à la réouverture de la mine d'or de Kalana et à cause de l'existence de nombreux sites d'orpaillage traditionnel où le phénomène de concubinage et de contrat de mariage de courte durée est devenu une pratique très courante.

Le lévirat et le sororat font partie également des coutumes de la dite zone. Le nombre de filles mères n'a pas diminué ce qui indique que beaucoup de jeunes n'utilisent pas les préservatifs.

Eu égard à tout ce qui précède une étude spécifique sur cette zone s'avère nécessaire.

Le but de ce travail était de déterminer la prévalence du VIH et du SIDA au centre de santé de référence de Yanfolila.

OBJECTIFS

OBJECTIF GENERAL

Evaluer la prévalence générale du VIH et du SIDA au centre de santé de référence de Yanfolila.

OBJECTIFS SPECIFIQUES

- Déterminer la séroprévalence du VIH au CSRéf ;
- Décrire les caractéristiques sociodémographiques des patients.
- Déterminer la fréquence du VIH et du SIDA par rapport aux autres pathologies rencontrées au niveau du CSRéf de Yanfolila;

I GENERALITES

1-DEFINITIONS [6 7 8]

-Le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) est un virus à ARN, il est le seul virus responsable du SIDA chez l'être humain.

Actuellement, deux types de VIH sont connus : VIH 1 et VIH 2 ; ces deux types sont responsables de manifestations cliniques identiques.

Le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) appartient à la famille des rétrovirus qui sont définis par un mode de réplication passant par une étape de rétro transcription de leur ARN en ADN.

-Le SIDA : Syndrome Immuno Déficience Acquis « Un syndrome » est un ensemble de symptômes et de signes.

« L'immunité » est la capacité de l'organisme à se défendre. « Déficitaire » traduit l'affaiblissement du système immunitaire.

« Acquis » parce que cette déficience n'est ni innée, ni héréditaire.

L'infection à VIH et SIDA est une pathologie virale entraînant une diminution progressive de l'immunité, caractérisée cliniquement par une phase aiguë de primo-infection, une phase asymptomatique, une phase symptomatique et une phase SIDA qui est la forme majeure de l'infection.

2-HISTORIQUE [9 10]

C'est en 1981 que M.Gottlieb à Los Angeles est amené à observer une pneumonie à pneumocyste carinii chez un sujet masculin jeune sans antécédents notables. Ce patient présentait un effondrement d'une sous population lymphocytaire jouant un rôle dans l'orchestration des défenses immunitaires : les lymphocytes T porteurs du récepteur CD4. Cette pathologie nouvelle « Gay Syndrome » va être publiée dans le Mortality and Morbidity Report du CDC d'Atlanta. Le CDC va rapidement confirmer l'émergence de pneumocystose, des encéphalites à toxoplasmose et/ou à cytomégalovirus (CMV) des sarcomes de Kaposi chez les sujets homosexuels à partenaires multiples.

Le terme de SIDA (Acquired Immune Deficiency Syndrome AIDS pour les anglo saxons) va être retenu. Dans la mesure où à cette époque, le SIDA concernait uniquement des homosexuels très actifs utilisant des drogues lupiques contenant du nitrite d'amyle, la première hypothèse physiologique pour la déplétion lymphocytaire va être la toxicité du nitrite d'amyle pour les lymphocytes T CD4. Cette hypothèse va être rapidement balayée par les évènements. En effet, des cas de SIDA vont être observés aux Etats Unis (USA) chez les polytransfusés, des heroïmanes, et des haïtiens ; le SIDA est en un temps la maladie des quatre « H » (Homosexuels, Hémophiles, Heroïmanes, Haïtiens). L'hypothèse d'un agent infectieux transmissible par le sang et les relations sexuelles, présentant une épidémiologie comparable à celle de Epstein Barr Virus (EBV), va faire son chemin. C'est en 1983 dans le laboratoire de L Montagnier à l'institut Pasteur de Paris que va être isolé pour la première fois le virus responsable du SIDA. Ce virus est isolé des cellules d'un ganglion prélevé chez un sujet homosexuel de retour des USA et présentant en amont du SIDA des lymphoadenopathies. Il s'agit d'un nouveau rétrovirus qui va être baptisé LAV (Lymphoadenopathy Associated Virus =Lymphoadenopathy AIDS virus).

En 1984 l'équipe de R Gallo isole à son tour le virus du SIDA qu'elle va appeler HTLV III (Human T Lymphoadeno Virus III) toujours persuadée qu'il existe une filiation entre ce virus et les virus HTLV I et HTLV II. De son côté, l'équipe de J Lévy à San Francisco isole le virus du SIDA sous le nom de ARV (AIDS Related Virus). La situation devient rapidement confuse dans la littérature où le virus est tantôt appelé LAV/HTL III tantôt HTL III/ LAV. Le comité de nomenclature international des virus suscite une réunion des groupes de recherche concernés et un consensus est établi sur le terme HIV 1 : Human Immunodeficiency Virus 1, ou VIH 1 : virus de l'immunodéficience humaine 1.

Des études moléculaires ont montré que le VIH 1 est tout à fait distinct des HTL et qu'il ne s'agit pas d'une onctuosité, d'un lentivirus.

En 1986 l'équipe de L Montagnier à l'institut Pasteur de Paris isolait chez deux malades portugais hospitalisés à Lisbonne après un long séjour en Guinée Bissau et présentant un SIDA, virus apparenté au VIH 1 mais différent au niveau de ses protéines de surface ; appelé HIV 2 ou VIH 2. Le premier cas du VIH et SIDA au MALI a été déclaré en 1983 [10]

- 1985 Développement des bithérapies et de la mesure de la charge virale
- 1993 Classification CDC Atlanta
- 1996 Développement des trithérapies.

Actuellement plusieurs millions de personnes sont infectées par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) qui est l'agent causal du SIDA. Parmi eux certains sont appelés à succomber à l'infection. Avec un taux de létalité aussi élevé, alors qu'il n'existe pas encore de traitement curatif efficace ni de vaccin, la pandémie du SIDA représente l'un des problèmes de santé que l'humanité n'a jamais connu dans ces dernières années.

3-EPIDEMOLOGIE [3 4 11 12 2]

3.1-Données contextuelles du pays [4]

Situé en Afrique de l'Ouest en plein sahel, le Mali est un vaste pays continental qui couvre une superficie d'environ 1.241.238 Km² ; il est entouré par sept pays avec lesquels il partage 7.200 Km de frontière et dont deux (2) d'entre eux ont une séroprévalence élevée pour le VIH et le SIDA, la Côte d'Ivoire au Sud et le Burkina Faso au Sud Est. Cette situation carrefour fait du Mali un espace de forte migration. Aussi la grande mobilité de la population est identifiée comme facteur de propagation de l'épidémie au Mali.

L'analyse de la situation fait ressortir les déterminants majeurs qui sont des déterminants comportementaux (Multi partenariat sexuel, Rapport sexuels non protégés, Rapports sexuels occasionnels) ; des facteurs médicosanitaires (Présence d'IST, Ignorance du statut sérologique en matière du VIH et SIDA) ; des facteurs socio culturels (Mariage précoce, perte des normes sociales, faibles statut des

femmes dans la société, lévirat, sororat, excision) ; des facteurs économiques (précarité, chômage, pauvreté) et des facteurs politiques (insuffisance du cadre juridique concernant le VIH et SIDA)

Les taux de mortalité et de morbidité sont élevés, quand on les compare à ceux observés dans d'autres pays de la sous région.

Cette situation est due entre autre à :

- Une insuffisance de la couverture sanitaire (63% de la population réside à moins de 15Km d'un centre de santé) [4].
- Une insuffisance de la participation de la communauté de base à l'action sanitaire
- La persistance de certaines coutumes et de traditions souvent néfastes pour la santé
- Un faible niveau d'alphabétisation, d'instruction et d'information de la population.

3.2-Quelques données épidémiologiques du VIH et du SIDA dans le monde[3 11 2]

Le syndrome immunodéficience acquise (SIDA) a tué plus de 25 millions de personnes depuis qu'il a été identifié en 1981 ; ce qui en fait l'une des épidémies les plus meurtrières de l'histoire. Malgré un accès récemment amélioré aux traitements anti rétroviraux et à la prise en charge dans de nombreuses régions du monde ; l'épidémie du SIDA a fait 2,1 millions de décès en 2007 dont 330.000 millions d'enfants [2].

On estime que 33,2 millions de personnes vivent aujourd'hui avec le VIH [2]

Près de 2,5 millions de personnes ont contracté une infection par le virus en 2007 dont 420.000 enfants de moins de 15ans.

Les efforts soutenus entrepris dans plusieurs milieux ont contribué à faire baisser l'incidence du VIH.

L'Afrique subsaharienne continue d'être la région la plus gravement infectée par la pandémie du SIDA, en tout 1,7 millions de personnes ont été infectées par le VIH au

cours de l'année 2007. On estime actuellement que 22,5 millions de personnes vivent avec le VIH en Afrique subsaharienne avec un taux de prévalence de 5,0%. Sur 2,1 millions de décès dans le monde en 2007 ; 1,6 millions sont survenus en Afrique subsaharienne.

Le nombre total de personnes vivant avec le VIH est estimé en Asie du Sud et du Sud Est à 4 millions avec un taux de prévalence de 0,3% ; l'Amérique latine 1,6 millions avec une prévalence globale de 0,5% ; l'Asie centrale et l'Europe orientale 1,6 millions et un taux de 0,9% ; l'Amérique du Nord 1,3 millions avec une prévalence de 0,6% ; l'Asie de l'Est 800.000 avec un taux de prévalence de 0,1% ; l'Europe occidentale et centrale 760.000 avec un taux de 0,3% ; le Moyen Orient et l'Afrique du Nord 380.000 avec une prévalence de 0,3% ; les Caraïbes 23.000 avec un taux de prévalence de 1,0% et l'Océanie 75.000 avec un taux de 0,4%.

La pandémie du SIDA plus qu'une question de santé, est aujourd'hui un véritable problème de développement voire un problème sécuritaire pour l'humanité entière. Notre pays n'échappe malheureusement pas à ce fléau. Le Mali se range parmi les pays de la sous région dont le taux de séroprévalence du VIH reste encore bas. Ce taux dans la population adulte (15 - 49 ans) est estimé à 1,3% selon les résultats de la dernière enquête démographique et de santé (EDSM IV 2006) [3]. Le pic de séroprévalence se situe, aussi bien chez les femmes que chez les hommes dans la tranche d'âges 30 à 34 ans (3,4%) ce qui indique d'une épidémie déjà bien installée. Toutes fois les données détaillées de l'enquête démographique et santé révèlent les résultats suivent : Bamako : 2,0% ; Mopti : 1,6%, Ségou : 1,5% ; Kayes : 0,7% ; Koulikoro : 1,4% ; Gao 1,4% ; Sikasso : 0,7%.

Les perspectives au niveau des groupes vulnérables sont encore plus alarmantes. Une élévation de cette séroprévalence aurait de graves répercussions démographiques, sociales et économiques ; et pourrait hypothéquer l'avenir du pays si des solutions adéquates n'étaient envisagées pour endiguer la pandémie.

4-AGENT PATHOGENE [15 4 9 10]

4.1-Structure et Description :

Le virus immunodéficience humain (VIH) est un virus appartenant à la famille des rétrovirus qui sont définis par un mode de réplication passant par une étape de rétrotranscription de leur ARN en ADN. Cette étape est rendue possible grâce à une enzyme spécifique la transcriptase inverse.

Le VIH 1 est classé en trois groupes découvert en 1983

Groupe M subdivisé en dix sous groupes de A à J

Groupe O rencontré essentiellement en Afrique Centrale

Groupe N isolé au Cameroun

Le VIH 2 est isolé chez les patients originaires d'Afrique de l'Ouest en 1986. Il est essentiellement rencontré dans la zone urbaine de l'Afrique de l'Ouest. La morphologie du VIH telle qu'on l'observe au microscope est proche de celle de lentivirus. Les particules matures ont un diamètre de 110 à 120 nm avec une particule centre dense (coro nucléoside) relativement petite et asymétrique contrairement à celle d'HTLV1 qui est volumineuse et sphérique.

Le génome du VIH c'est-à-dire la molécule d'ARN qui contient l'information génétique nécessaire à la synthèse des protéines possède de nombreux nucléosides, 9.200 pour le VIH 1 et 9.671 pour le VIH 2. [9]

Les génomes du virus possèdent deux (2) types de gènes :

Les gènes de structure sont responsables de la synthèse des protéines et glycoprotéines qui confèrent au virus ces caractéristiques physiques (Gag Pol Env).

Les gènes de régulation stimulent la production des protéines qui sont capables d'affecter les activités d'autres composants du virus ou qui peuvent activer ou inactiver d'autres gènes spécifiques (tat, Q, F et art).

4.2-Propriétés biologiques

Le VIH est isolé généralement dans presque tous les liquides biologiques : Spermés, Salives, LCR (Liquide Céphalo Rachidien). Il est révélé par la présence dans le sérum d'anticorps spécifiques décelables seulement six (6) à douze (12) semaines après contamination. Le VIH s'attaque principalement à deux types de cellules : les Lymphocytes et les macrophages.

Le VIH a un tropisme pour les Lymphocytes T appartenant à la sous population T4 dite auxiliaire ou « Helper » ou responsable de l'induction et de l'ampliation de la réponse immunitaire. La base de cette spécificité est une interaction entre l'enveloppe du virus et une protéine de la membrane des lymphocytes T4. Cette interaction permet la pénétration du virus dans la cellule. On a pu montrer la présence du VIH et même l'isoler à partir du système nerveux central. Ce neurotropisme du virus est lié à une infection de cellule de la lignée monocytes macrophages et explique la fréquence des symptômes neurologiques et psychiatriques au cours de la maladie SIDA.

4.3-Réservoir du Germe [4]

Le virus est présent dans les liquides biologiques de l'organisme des personnes atteintes :

Chez tous dans le sang

Chez la femme dans les sécrétions vaginales, le lait

Chez l'homme dans les spermés, le liquide séminal

Donc le VIH peut se transmettre par tous ces liquides ; cependant il faut qu'il y ait une quantité et une concentration importante de virus pour qu'il y ait contamination.

Ne sont pas contaminants : la salive, la sueur, les larmes, l'urine car le virus est présent en quantité faible.

4.4-Voies de transmission [16 11 7]

Les personnes infectées par le VIH le restent à vie. Nombreuses d'entre elles restent asymptomatiques (sans symptômes et signes de la maladie) pendant des périodes, des durées variables et peuvent ne pas se savoir infectées. Cependant, elles peuvent transmettre le VIH par les trois (3) voies de contamination suivantes.

a) Transmission sexuelle

On estime que 80 à 50% de la transmission se fait lors de rapports sexuels non protégés d'une personne infectée à son ou à sa partenaire sexuel (e) [11]

Ces rapports sexuels peuvent être homosexuels (homme homme) ou hétérosexuels (homme femme).

Les relations sexuelles concernent pour ainsi dire les pénétrations vaginales, anales et rectales entre deux (2) individus.

Ce sont les spermatozoïdes et les sécrétions vaginales qui sont contaminants par l'intermédiaire des cellules infectées et dans une moindre mesure de virus libres en position extra cellulaire. Au regard au volume plus important du sperme, la contamination est plus facile, chez les hétérosexuels dans le sens Homme Femme.

b) Transmission sanguine

Elle est évaluée à environ 5%. Le virus l'immunodéficience humaine (VIH) est transmissible par le sang. Ce mode de contamination a concerné des polytransfusés et des hémophiles en France jusqu'en 1985. L'utilisation d'aiguilles (seringues) contaminées joue un rôle important dans la dissémination virale chez les toxicomanes par voies veineuses dans les pays occidentaux et au cours des soins médicaux dans certains pays en voies de développement plus particulièrement en Afrique.

C'est en effet que la détection systématique des anticorps anti VIH 1 puis anti VIH1+ anti VIH2 a permis d'éliminer les prélèvements des sujets infectés.

Le risque de transmission par la transfusion est maintenant très bas. Il est évalué à environ 1 pour 100.000 transfusions

c) Transmission de la mère à l'enfant

La transmission materno fœtale est une voie importante de contamination en Afrique.

Le VIH peut être transmis précocement par voie transplacentaire d'une mère infectée à son fœtus.

Des études sur les jumeaux ont montré que la contamination au moment de l'accouchement est également possible.

Le VIH est retrouvé dans la salive, les larmes et le lait mais il n'y a jamais eu à ce jour de cas de contamination du VIH reliée à la salive et aux larmes par contre le lait d'une mère infectée est contaminant ce qui pose le problème crucial de la prise en charge des nouveaux-nés infectés par le VIH dans les pays en développement où ce mode d'allaitement est très répandu.

Le risque de transmission du VIH de la mère à l'enfant varie d'un pays à un autre et est généralement estimé entre 15 à 40%. Cette transmission peut être significativement réduite par l'administration au dernier trimestre de la grossesse d'ARV aux femmes enceintes infectées par le VIH et l'interdiction d'allaitement d'un nourrisson par sa mère VIH positive. En fin notons que l'hypothèse d'une transmission du VIH par le moustique a été infirmée.

5-PHYSIOPATHOLOGIE [17 18 15 4]

5.1-Cycle de réplication [17 4]

Les cellules cibles du virus sont les cellules porteuses à leur surface de la molécule CD4, ayant une haute affinité avec la glycoprotéine d'enveloppe du VIH, la gp 120, on retrouve parmi elles les lymphocytes TCD4, les monocytes, les macrophages, les cellules folliculaires dendritiques, les cellules de langrhans cutanées et les cellules micro gliales cérébrales. Le cycle de réplication du virus dans ces cellules se déroule de façon suivante :

L'enveloppe du virus se fixe à la surface d'une cellule sur la protéine, récepteur CD4, de la membrane cellulaire qui lui sert de porte d'entrée. Une fois dans la

cellule, le virus perd son enveloppe, libérant ainsi son noyau. Une enzyme virale la transcriptase inverse (reverse transcriptase en anglais d'où le nom de « rétrovirus employé pour les virus qui utilisent cette enzyme ») permet à l'ARN du virus de se transformer en ADN et ainsi d'intégrer le noyau de la cellule, lui aussi formé d'ADN. Le noyau de la cellule considère désormais le matériel génétique du virus comme le sien et son activité biologique va être détournée au profit du virus. La cellule va donc se mettre à synthétiser en priorité de nouveau ARN viraux et des protéines virales qui permettront la formation de virus. Pour que les virus soient créés, une autre enzyme, la protéase découpe les protéines synthétisées par la cellule. La cellule meurt et les nouveaux virus créés se répandent dans l'organisme pour aller infecter d'autres cellules, et ainsi de suite.

Les traitements actuels utilisant des médicaments (les antirétroviraux ARV) qui agissent sur l'activité de ces deux enzymes, essaient de ralentir, voire d'empêcher la réplication dans les cellules. [19]

5.2-Les réactions immunitaires au VIH [15]

Chez l'adulte

Comme c'est le cas pour la plupart des agents infectieux l'organisme réagit à l'infection au VIH en produisant des anticorps.

Au cours de l'infection, ces anticorps sont également produits dans les six (6) à huit (8) semaines qui suivent la contamination, quoi que dans quelques cas rares on ne les ait décelés qu'au bout de plusieurs mois, voire des années. Si un sujet subit une épreuve de dépistage peu après l'infection risque de ne pas avoir encore d'anticorps et l'épreuve sera négative. En fait cette personne est bien infectée au moment de l'épreuve, mais puisque les anticorps ne sont pas décelés, on obtiendra un faux résultat biologique négatif.

C'est pour quoi il importe de bien saisir les étapes de la réponse immune afin de connaître le moment où il convient ou ne convient pas d'effectuer une analyse.

Certains anticorps persisteront tout au long de l'infection et de la maladie, tandis que d'autres diminueront au point de devenir indétectable.

Des anticorps spécifiques se produisent contre tous les principaux gènes du virus et peut être contre certains de ses protéines (p15 p17 p27 p31 p41 p55 gp 120 gp 160)

La période qui suit l'infection mais qui précède toute possibilité de détection des anticorps généralement de zéro (0) à six (6) semaines s'appelle la « fenêtre sérologique ».

Nouveau Né

L'infection des nouveau-nés par le VIH pose des problèmes sur le plan diagnostique du fait de la présence des anticorps hérités de leur mère. Les anticorps IgG de la mère séropositive traversent le placenta et seront décelés lors des épreuves de dépistage réalisées sur le sang du nouveau-né. La détection d'anticorps IgM qui ne traversent pas le placenta présente un grand intérêt pour le diagnostic d'infection du nouveau né, mais les épreuves pour IgM n'ont pas donné de résultats fiables, aussi n'y a t on pas recours habituellement.

Le suivi du nouveau-né se fait au moyen d'épreuve classique d'anticorps IgG pendant au moins seize (16) mois avant qu'on ne puisse conclure à une absence d'infection une fois que l'anticorps maternel a disparu du sérum de l'enfant le nouveau né peut connaître une séroconversion (c'est -à- dire devenir négatif). Mais plusieurs mois peuvent se passer avant que son système immunitaire soit assez évolué pour produire des anticorps et l'enfant peut avoir une nouvelle reconversion (au positif) en conséquence il faut suivre un nouveau-né pendant près de dix huit (18) mois avant de conclure à l'absence d'infection.

6-ASPECTS CLINIQUES [6 4]

6.1-Clinique

6.1.1-Primo Infection

La primo infection correspond à la période de quelque semaines qui suit immédiatement le début de l'infection par le VIH. C'est durant cette période que l'organisme, en réaction à la contamination, va fabriquer les anticorps spécifiques du VIH qui pourront être décelés par un test de dépistage de l'infection, la réplication du virus dans le sang croit rapidement après la contamination, puis diminue progressivement.

La primo infection par le VIH est semblable à beaucoup d'autres infection virales. Très souvent asymptomatique elle passe généralement inaperçu. Dans un nombre limité de cas, elle peut s'accompagner de signes divers : fièvre, malaise générale, maux de tête, adénopathies, douleurs musculaires, réaction cutanée, arthralgie. On observe également une leucopénie.

Le risque de transmission du VIH à une autre personne existe dès cette période.

6.1.2- Phase asymptomatique

La phase de séropositivité sans symptômes cliniques correspondant à la période durant laquelle les toxiques du virus semblent apparemment être contrôlés par le système immunitaire et par l'organisme. A ce stade les personnes séropositives ne présentent aucun signe physique de la maladie, elles sont dites : « asymptomatique » c'est la phase d'infection chronique : « cliniquement latente » mais « biologiquement active » avec réplication virale.

Chez certaines personnes on retrouve un syndrome nommé : « lymphogranulomatose généralisée persistante ». Elle n'a pas de valeur pronostique et n'indique pas de risque d'aggravation de l'infection.

6.1.3- Phase symptomatique dite mineure

La destruction des lymphocytes CD4 entraîne un affaiblissement progressif du système immunitaire. Cette évolution de l'infection se traduit généralement par la survenue de pathologies plus ou moins graves.

Certains symptômes d'allure banale peuvent apparaître : les manifestations cutanées, muqueuses, dermites séborrhéiques, zona, poussée d'herpès, prurigo d'évolution chronique ou récidivante, verrues condylomes, candidose buccale ou génitales

Manifestation hématologique ce sont habituellement la thrombopénie, l'anémie et la leucopénie en générale asymptomatique.

Symptômes constitutionnels, témoignent une progression de l'infection virale ($CD4 < 200$ et charge virale élevé 8) fièvre persistante, altération de l'état général avec perte de poids habituel, sueurs nocturnes abondantes, diarrhées persistantes. Certaines de ces signes, surtout s'ils s'ajoutent les uns aux autres, ou lorsqu'ils sont associés à une baisse rapide des lymphocytes $CD4$, ou encore à un taux de lymphocytes $CD4$ inférieur à $200 /mm^3$, traduisant une évolution de l'infection et peuvent conduire à débiter un traitement.

6.1.4- Phase SIDA

Le syndrome d'immunodéficience acquis est le stade évolué de l'infection à VIH, défini par la survenue de manifestations infectieuses opportunistes ou tumorales liées à la déplétion profonde de l'immunité cellulaire. Les infections secondaires à déficit immunitaire peuvent être dues à des germes de rencontre, comme la tuberculose. Elles peuvent également être provoquées par le germe déjà présent dans l'organisme mais n'entraînant pas de maladies chez les personnes qui ne sont pas immunodéficientes, comme la toxoplasmose et la pneumocystose. Ces pathologies sont ainsi appelées les infections opportunistes. Elles touchent essentiellement les poumons, le tube digestifs, la peau, les yeux, le cerveau et les infections secondaires ne sont pas toutes synonymes du SIDA. Certaines peuvent survenir avant l'entrée dans la maladie ; c'est le cas de certaines infections respiratoires, notamment bactériennes, ou de candidose buccale.

-Pneumocystose : c'est une infection le plus souvent pulmonaire due à un micro-organisme, le pneumocystis carinii qui est responsable de maladies infectieuses en cas d'immunodépression. Malgré l'existence d'un traitement préventif efficace, elle

constitue encore aujourd'hui en France la manifestation inaugurale du SIDA la plus fréquente [6]

Une fièvre persistante, résistante au traitement habituel, une toux sèche et un essoufflement doivent attirer l'attention des médecins chez une personne séropositive. Le prélèvement broncho alvéolaire permet d'identifier directement le pneumocystis qui confirmera le diagnostic.

-Toxoplasmose : c'est une infection due à un parasite : toxoplasma gondii (toxoplasme). Elle ne provoque des manifestations graves que chez les personnes immunodéprimées et chez le fœtus au cours de la grossesse. Chez les séropositifs lorsque le déficit immunitaire est installé (taux de CD4 inférieur à $100/\text{mm}^3$), les kystes présents dans l'organisme dus à une infection ancienne bien tolérée, peuvent être le siège d'une réactivation de l'infection, à l'origine de l'abcès ceux-ci sont le plus souvent situés au niveau du tissu cérébral, mais ils peuvent également toucher d'autres organes (myocarde poumon). Dans sa localisation cérébrale, la toxoplasmose se manifeste par une fièvre et des céphalées inhabituelles éventuellement accompagnées de signes neurologiques variables en fonctions de la localisation des abcès : encéphalites, déficit moteur localisé ou trouble sensitif...

Le diagnostic de l'infection repose sur l'examen clinique et biologique et sur les résultats du scanner cérébral, voire d'un examen cérébral par IRM (Imagerie par Raisonance Magnétique) ce diagnostic est confirmé à posteriori par l'efficacité du traitement. Bien qu'il soit efficace pour traiter les poussées aiguës de toxoplasmose cérébrale, le traitement ne permet pas d'éliminer les kystes, et il doit donc être poursuivi à des doses faibles pour éviter une rechute (prophylaxie secondaire).

-Tuberculose : le développement de l'épidémie d'infection par le VIH a en partie favorisée la recrudescence de la tuberculose dans les pays industrialisés [6]. Cette maladie due au bacille de KOCH (BK) est plus fréquente chez les personnes séropositives que dans la population générale.

Chez les personnes infectées par le VIH, lorsque le déficit immunitaire est modéré, la tuberculose est tout à fait comparable à la tuberculose habituelle : ses symptômes et son traitement sont les mêmes ; lorsque le déficit immunitaire est très marqué, la tuberculose est généralement extra pulmonaire et disséminée. La forme pulmonaire se manifeste principalement par une toux persistante associée à des signes généraux telle qu'une fièvre prolongée, une fatigue, une perte de poids et des sueurs nocturnes. Le diagnostic de la tuberculose repose sur la radiologie pulmonaire la recherche de BK dans les crachats, les alvéoles pulmonaire ; la réalisation d'une intra dermo réaction (IDR), qui peut être faussement négative en fonction du déficit immunitaire. La tuberculose présente la particularité d'être une des pathologies associées à l'infection par le VIH qui soit contagieuse pour l'entourage. Mais seule la localisation pulmonaire lors de la tuberculose bacillifère (crachat contenant du BK) est contagieuse. Après quelques semaines d'un traitement bien suivi et efficace les risques de contamination sont totalement éliminés.

-Infection diarrhéiques : le diagnostic repose sur les examens parasitologiques répétés des selles, les coprocultures, la fibroscopie Oeso-gastro-duodénale avec biopsie, la coloscopie totale étant rarement utile dans ce contexte. Les étiologies les plus fréquentes sont les suivantes :

Cryptosporidie : protozoaire le plus fréquemment en cause dans les diarrhées du SIDA.

Cliniquement elle se manifeste par une diarrhée hydrique parfois très abondante habituellement associée à un syndrome de malabsorption l'altération importante de l'état général est souvent associée.

Isospora belli : protozoaire du même groupe que la cryptosporidie. Cliniquement, symptômes proches de la cryptosporidiose avec syndrome de malabsorption fréquente.

Cytomégalovirus : responsable de 10% des diarrhées du SIDA [20] ; les manifestations cliniques sont les suivantes ; fièvre, altération de l'état (AEG), douleurs abdominales diffuses.

Herpès virus : se manifeste par la diarrhée avec extension au colon, des lésions périnéales, signes de proctite, inclusion herpétiques sur les prélèvements rectaux.

Autres germes impliqués : les germes des infections digestives du non immunodéprimé qui entraînent souvent des syndromes graves sur ce terrain : Salmonella, Schigella, Lamblia...

-Tumeurs : [6 4 20]

- La maladie de Kaposi peut prendre plusieurs formes : une forme limitée qui touche seulement la peau et se traduit par une ou plusieurs taches violettes, indolores et qui ne démangent pas et des formes graves, car disséminées qui atteignent non seulement la peau mais aussi les muqueuses et de nombreux organes internes.
- Les lymphomes, cancers des cellules immunitaires peuvent toucher plusieurs organes : ganglions, système nerveux central, moelle osseuse, tube digestif, poumons, reins et les voies excrétrices, surrénales. Exceptionnellement il touche les paupières, le cœur.
- Le cancer invasif du col de l'utérus survient plus fréquemment lorsque les femmes sont séropositives.

Le diagnostic est fait par la biopsie qui montre une prolifération vasculaire et des cellules fusiformes caractéristiques.

Le traitement des petites lésions (cryothérapie, électro coagulation, laser) donne des résultats temporaires. Pour les formes les plus étendues, la mono chimiothérapie aggrave moins l'immunodépression.

Le pronostic est fonction de la masse tumorale, de l'étendu des lésions, de l'immunodépression et l'association aux autres infections opportunistes.

-Infections directement liées au VIH: le VIH peut être directement responsable d'atteintes du système nerveux central (cerveau, moelle épinière) qui entraînent principalement une encéphalite pouvant évoluer vers une démence, et d'atteintes du système nerveux périphérique et du tube digestif.

-Autres infections : les infections à mycobactéries atypiques : le germe mycobactérium comporte plusieurs espèces divisés en deux (2) grands groupes ; les pathogènes (*M. tuberculosis*, *M. bovis*) et les peu ou pas pathogènes chez les personnes dont le système immunitaire fonctionne normalement (*M. Kansai* et *M. avium*, espèces dites atypiques de mycobactéries). Ces dernières (*M. Kansai* et *M. avium*) peuvent entraîner, chez les patients immunodéprimés une infection grave, et dans la majorité des cas, disséminée.

Au cours du SIDA, le risque d'infections disséminées à mycobactérium avium complexe (MAC) est notable si le taux des lymphocytes CD4 est inférieur à $100/\text{mm}^3$ [5].

6.2-Troubles Psychiatriques et Psychosociaux liées au VIH et au SIDA [4 21]

6.2.1-Troubles psychiatriques : [4] L'importance des perturbations neuropsychiatriques au cours du SIDA remarquées dès le début de la maladie, est liée à leur fréquence élevée et à leur retentissement sur la prise en charge des malades.

Les troubles du comportement, les tentatives de suicide, le syndrome anxio-dépressif chronique et confusionnel, des troubles cognitifs chroniques constituent les manifestations habituellement observées.

Elles peuvent être isolées, mais sont le plus souvent intriquées dans des tableaux psychiatriques complexes. Leur survenue peut être précoce, parfois inaugurale de la maladie, ou plus habituellement contemporaines des atteintes cérébrales organiques, notamment dans les phases terminales. Leurs mécanismes physiopathologiques sont multiples et intriquées, ils associent, d'une part des facteurs physiologiques liés à la personnalité antérieure des patients et aux difficultés d'adaptation aux vicissitudes de la maladie et d'autres part des facteurs organiques, ceux – ci sont dominés par les atteintes cérébrales, de nature tumorale, infectieuse ou parasitaire, et donc la plupart peut être révélée par de troubles psychiques sans spécificité clinique particulière.

L'évaluation du risque psychopathologique et la recherche d'une manifestation neurologique occulte font partie du bilan diagnostique systématique de tout patient

atteint de SIDA et peuvent aboutir à l'indication d'une prise en charge psychiatrique précoce.

6.2.2-Impacts psychosociaux du VIH et SIDA : [4 21] L'infection par le VIH présente en particulier le problème d'une infection virale, strictement asymptomatique, chez des personnes en bonne santé. Pourtant, elle est déjà menaçante pour l'individu lui-même dans son avenir plus ou moins proche et pour son entourage le plus intime par sa transmissibilité sexuelle et sanguine.

L'impact sur le bien être des personnes infectées par le VIH est le premier impact de l'épidémie et le plus perceptible. C'est une dégradation de l'équilibre psychologique, longtemps avant la dégradation de la santé physique. L'absence de traitement curatif et les incertitudes de l'avenir, la menace sur la famille et le silence que l'on s'impose, la stigmatisation et l'exclusion dont on peut faire l'objet, pèsent toujours trop lourd. Le poids de l'impact du nombre de cas de SIDA notifié (environ 104000 en 2001) est reflété par l'augmentation de la charge de travail dans le secteur de la santé.

Le SIDA risque d'entraîner de graves conséquences économiques dans la plupart des pays africains. Il se distingue d'autres maladies car il frappe les gens dans leurs années les plus productives.

Les conséquences varient d'un pays à l'autre en fonction de la gravité de l'épidémie du SIDA et de la structure des économies nationales.

D'une manière générale, l'impact macro-économique sectoriel de l'épidémie du VIH et du SIDA ruine les acquis du développement, diminue la productivité dans le travail en générale et au niveau des entreprises en particulier.

6.3-Diagnostic [10]

Les épreuves diagnostiques de dépistage de la séropositivité au VIH sont nombreuses et variées. Les épreuves de dépistage sont destinées à détecter tous les sérums positifs même si deux positifs se produisent à l'occasion.

Les fautes de procédures dues à des erreurs techniques rendent obligatoire une deuxième technique de vérification : c'est la confirmation.

6.3.1-Epreuves de dépistage de l'infection à VIH

-Principes des épreuves :

a) Enzyme Linked Immuno Sorbent Assay (ELISA) : on dispose d'une variété d'épreuves ELISA mais celles qui servent à la détection des anticorps anti VIH sont classées en trois (3) catégories : Indirecte, par compétition ; Capture d'antigènes. La plus part de ces méthodes emploient un antigène VIH fixé en phase solide ainsi qu'un conjugué et un substrat. Les supports solides sont fournis par le fabricant, qui y fixe d'avance l'antigène viral (Lysat viral, peptide recombinant ou synthétique). Si un anticorps anti VIH est présent dans l'échantillon, cet anticorps sera fixé à l'antigène sur phase solide.

b) Epreuve d'agglutination :

Les épreuves employant la technique d'agglutination aux fins de dépistages sont utilisées depuis de nombreuses années pour le diagnostic des infections diverses parce qu'elles ont la plupart une bonne sensibilité à la détection des anticorps. Dans les épreuves pour VIH, on utilise communément comme porteurs des globules rouges, des particules de latex, de gélatines, ainsi que des microbilles. L'antigène du VIH (Lysat Viral ou composant spécifique) est absorbé sur le porteur. Un réseau de treillis se forme entre les particules enduites d'antigènes et l'anticorps à mesure que l'anticorps de l'échantillon réagit dans la préparation. Cette réaction provoque le regroupement en masses compactes (Agglutination des Particules). L'une des difficultés possibles que posent les épreuves d'agglutination est la présence d'un excès d'anticorps.

c) Epreuve dot blot :

Ces épreuves utilisent une membrane en papier ou de la nitrocellulose comme support solide, sont souvent connus sous le nom d'épreuve « dot blot » la raison en n'est que l'antigène est passivement absorbé par le support et généralement prend la

forme d'un petit cercle. Il s'agit le plus souvent d'un peptide synthétique. Pour cette épreuve, la réaction a lieu sur papier de façon que l'on puisse observer la réaction colorée qui en résulte.

6.3.2-Epreuves de confirmation de l'infection à VIH

a) Western Blot (WB) : est sans doute la méthode largement acceptée des épreuves de confirmation de l'infection par le VIH. De nombreuses autorités le considèrent comme « l'étalon or » pour la validation des résultats des méthodes de dépistage. Le Western Blot (WB) est cependant très coûteux et son exécution exige plus de travail de laboratoire. La méthode doit sa spécificité à deux facteurs, la séparation des éléments et la concentration des éléments.

En principe, la méthode comporte trois (3) étapes :

- La séparation des Lysat d'anticorps viraux par la technique de l'électrophorèse en gel de polyacrylamide ou dodécyl sulfate de sodium.
- Le transfert ou l'imprégnation des antigènes séparés sur la nitrocellulose.
- L'essai de l'échantillon de sérum inconnu directement sur cette membrane imprégnée grâce à une technique semblable à celle de l'ELISA.

b) Immunofluorescence indirect (IFI) :

De nombreux laboratoires ont adopté l'IFI comme l'épreuve de confirmation de l'infection par le VIH ; mais elle sert également parfois comme méthode de criblage. C'est une épreuve peu coûteuse d'exécution facile et qui demande beaucoup moins de temps que le western blot.

Les principaux désavantages sont qu'elle exige un microscope à fluorescence fort coûteux ainsi qu'un personnel de laboratoire bien formé capable de faire la lecture et l'interprétation des résultats. En principe l'IFI (Immunofluorescence indirect) est semblable à ELISA.

c) La Radio Immuno Précipitation active (RIPA) :

L'épreuve RIPA peut être employée en conjonction avec le Western blot ou s'y substituer pour la confirmation de la séropositivité au VIH. Il s'agit d'une technique essentiellement de recherche exigeant l'emploi de substance radioactive. On ne l'utilise guère dans les laboratoires cliniques. La Radio Immuno Précipitation est d'une sensibilité extrême et présente une excellente spécificité.

d) Epreuve de Détection des antigènes circulants: l'épreuve antigénique est très utile pour la détection des antigènes dans les surnageants de cultures qui ont été contaminé par des cellules prélevées sur un sujet dont la séropositivité est soupçonnée. L'épreuve antigénique est la méthode de choix pour détecter la présence d'antigènes libres dans la culture.

e) Culture Virale : il permet d'isoler le virus dans le sang ; il constitue le « test absolu » de confirmation de l'infection. Cette méthode exige beaucoup de temps ; elle est coûteuse et elle pourrait même être dangereuse.

La technique d'isolement du VIH ne doit être réalisée que par des personnes qui possèdent une solide expérience en virologie.

Ce n'est pas une technique diagnostique standard réalisable dans un laboratoire ordinaire.

f) Détection des acides nucléiques viraux :

On observe la présence des acides nucléiques viraux dans les lymphocytes infectées de VIH grâce à une technique appelée « hybridation in situ ». Cette technique de recherche tire parti de la parfaite spécificité existante entre les brins complémentaires d'acide nucléique.

Une deuxième technique peut être utilisée pour détecter l'acide nucléique viral après amplification de l'ARN ou l'ADN viral cible. C'est la polymérase Chain réaction PCR (Réaction en Chaîne par Polymérase). C'est la méthode la plus sensible que l'on connaisse pour la détection du VIH.

6.4-Classification CDC ATLANTA :

A l'origine, deux (2) classifications ont été proposées, celle des Centers for Diseases Control (CDC) Atlanta, USA (Etats-Unis d'Amérique) et celle du Walter Read (WR) Notre propos se limite à la classification CDC de 1987 puis révisée en 1993

Stade I : il correspond à la primo-infection qui est souvent inaperçue mais lorsqu'elle existe 2 à 6 semaines après la contamination simule une MNI (Mononucléose infectieuse) : fièvre, pharyngite, adénopathies, éruption morbilliforme. Parfois le tableau clinique peut prendre l'aspect d'une méningite lymphocytaire aigue

Stade II :il correspond au stade asymptomatique qui peut durer plusieurs années. Le sujet est séropositif, il peut transmettre le virus, il n'a aucun signe clinique mais présent déjà des signes biologiques.

Stade III : est celui des lymphadenopathies chroniques

Stade IV : est des signes cliniques ou des pathologies associées :

IVA : fièvre, amaigrissement de plus de 10% du poids du corps, diarrhée chroniques

IVB: atteintes neurologiques centrales ou périphériques liées à l'infection par le VIH, on note plus particulièrement l'émergence possible d'un syndrome de démence.

IVC: on aborde ici des infections opportunistes qui se développent à la faveur d'une immunodépression liée à la chute des lymphocytes TCD4. Ces infections opportunistes sont majeures (IVc1) ou mineures (IVc2).

*IVC1 : pneumocystose, Toxoplasmose cérébrale, Cryptococose neuromeningée, Tuberculose extra pulmonaire, Candidose oesophagienne.

*IVC2 : candidose orale, leucoplasie chevelue, zona, tuberculose pulmonaire.

IVD: cancers associés à l'immunodéficience, maladie de kaposi, Lymphome non hodgkinien (localisation cérébrale).

IVE: Autres manifestations cliniques liées à l'infection par le VIH. On note la pneumonie interstitielle lymphoïde chronique (PICL) et la thrombopénie. La définition officielle du SIDA correspond aux stades IVA (complet IVC1)

7-CADRE INSTITUTIONNEL EN MATIERE VIH ET DU SIDA

7.1- Haut conseil national de lutte contre le SIDA : HCNLS [22]

Il est présidé par le président de la république

Sa mission est de veiller à la promotion de la politique nationale de lutte contre le SIDA.

7.2-Cellule du comité sectoriel de lutte contre le SIDA du ministère de la santé(CSLS/MS) [22]

Sa mission est d'assurer la coordination de l'ensemble des activités de lutte contre le VIH et SIDA au sein du Ministère de la Santé. Il existe presque au niveau de tous les départements ministériels une cellule sectorielle de lutte contre le SIDA.

7.3- Organismes personnalisés, Services rattachés et directions du Ministère de la santé

- Direction nationale de la santé
- Hôpitaux et structures de prise en charge
- Direction de la pharmacie du médicament (DPM)
- Pharmacie populaire du Mali et les grossistes privés
- Institut national de recherche en santé publique
- Laboratoire national de la santé
- Cellule de planification et des statistiques
- Inspection de la santé
- Autres services : CNAM, CNI ECS, CNESS, CNOS, CNTS, CREDOS

Ils appuient la cellule du comité sectoriel dans leur domaine de compétence.

7.4-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 charges globales des personnes vivantes avec le VIH (PVIH)

7.5-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 personnes vivant avec le VIH (PVIH) doivent jouer un rôle tout particulier en termes de soutien psychosocial, de formation de prestataires, d'assistance aux PVVIH, aux orphelins, aux familles affectées.

7.6-Les entreprises des secteurs publics et privées

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

8-VACCINATION, ET VIH ET SIDA :[19]

L'OMS recommande pour les enfants séropositifs l'administration de toutes les vaccinations infantiles courantes (antidiphtérique, antitétanique, antipoliomyélitique injectable, anticoquelucheuse, anti hépatique B) aux âges habituellement conseillés.

La vaccination anti tuberculique par le BCG chez les enfants présentant des signes cliniques et biologiques de déficit immunitaire est contre indiquée.

Dans les pays industrialisés, la vaccination par BCG et polio orale est contre indiquée quelque soit le stade d'évolution de la maladie. Cela concerne également les enfants nés de mères séropositives jusqu'à confirmation de leur statut sérologique.

Dans les pays en voie de développement, ces vaccinations sont maintenues dans les programmes élargis de vaccination (PEV) en raison du risque épidémique plus important dû à la tuberculose et à la poliomyélite. La vaccination contre la rougeole, les oreillons, rubéole et la fièvre jaune sont sans danger, sauf en cas de déficit immunitaire sévère.

Dans la mesure du possible, il est préférable d'éviter toute vaccination quand le taux de CD4 est inférieur à $200/\text{mm}^3$ et/ou quand la charge virale est élevée [19]

Quoi qu'il en soit, c'est au cours d'une consultation médicale que les décisions de vaccination doivent être prises pour chaque enfant né de mères séropositives.

9-PREVIATION CONTRE LE VIH ET SIDA [24 4 3]

La pandémie du VIH et SIDA est loin d'être une fatalité car il existe des moyens pour l'éviter.

La prévention reste au cœur de toutes les interventions contre le SIDA. La quasi-totalité des adultes, voire des adolescents vivants en régions tropicales ont entendu parler du VIH et SIDA. Cependant, il demeure des obstacles socioculturels aux stratégies préventives. [4]

La sensibilisation sur la pandémie du SIDA au Mali est sans relâche, et implique des personnes vivants avec le VIH, des dignitaires religieux et bien d'autres personnalités physiques et morales.

Sept (7) mesures préventives sont proposées :

- Le renforcement des comportements sexuels à faible risque.
- La promotion et l'encouragement à utiliser les préservatifs.
- La prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant (PTME)
- Le renforcement du dépistage et du traitement précoce des IST
- La promotion du conseil/dépistage volontaire confidentiel et anonyme
- La promotion de la sécurité transfusionnelle
- La promotion de l'hygiène dans les milieux de travail

II METHODOLOGIE DE RECHERCHE :

1-Cadre et lieu d'étude :

Notre étude s'est déroulée au centre de santé de référence de Yanfolila. Le cercle de Yanfolila est l'un des sept cercles de la troisième région (SIKASSO) ; situé à 240 km de BAMAKO au sud-ouest et à 80 km de Bougouni à l'Ouest et 290 km de Sikasso.

1.1. Situation géographique du cercle [5 35]

Le cercle de Yanfolila couvre une superficie de 9.240 km² avec une population en 2006 estimée à 201.199 d'habitants [35] avec 51,51% de femmes (101.619) et 49,49% d'hommes (99.579) ; soit une densité de 21,677 hts/km² [5]

Cette population est majoritairement composée de Peuhl, Bambara, Malinké, Bozo Dogon et est répartie entre douze (12) communes rurales.

Le cercle est limité au Nord par le cercle de Kati et Kangaba ; au Sud par la république de la Cote d'Ivoire ; à l'Est par le cercle de Bougouni et à l'Ouest par la république de Guinée Conakry.

1.2. Activités socio-économiques: L'activité principale est l'agriculture ; cependant l'agroalimentaire, l'arboriculture, la pêche, et l'artisanat se sont bien développés ces dernières années. Le commerce et l'orpaillage (exploitation traditionnelle de l'or) y sont également menés. Une société Sud africaine, la SOMIKA. SA, exploite en co-gestion avec l'état malien l'or de Kalana.

Le cercle est couvert par deux (2) districts sanitaires qui sont Yanfolila et Sélingue avec deux centres de santé de référence (CSRéf) et vingt (20) centres de santé communautaires (CSCoM).

1.3. Présentation du district sanitaire de Yanfolila :

Le district sanitaire de Yanfolila couvre une superficie de 7.310 km² avec une population de 130.682 hts (densité 18,66 hts/km²) en 2006 et une couverture géographique en infrastructures socio sanitaire de 70,58% repartis en 15 CSCoM. Les maladies les plus fréquentes sont le paludisme, les gastro-entérites, les

pneumopathies, les parasitoses, les hernies, les IST/SIDA, les maladies gynéco obstétriques.[5]

Infrastructures : Le CSRéf comprend :

Deux compartiments : Administration sanitaire et Bloc technique.

- Le bloc administratif (Bureau ESSC) qui est composé du bureau du Médecin chef, le secrétariat général, le bureau du comptable, le bureau du caissier, le bureau du service du développement social et de l'économie solidaire, le bureau du service d'hygiène et assainissement et la salle de conférence.
- Le bloc technique est composé de :
- Le Bloc1 comprenant les bureaux de consultation externe, l'unité d'ophtalmologie et l'unité de lutte contre les maladies
- Le Bloc2 ou le bloc opératoire avec deux salles d'opération, une salle de réveil, une salle des chirurgiens, une salle de préparation des malades, un vestiaire une salle de stérilisation et un bureau des anesthésistes.
- Le bloc3 comprend le laboratoire, le cabinet dentaire, et le bureau local PEV.
- Le bloc4 abritant le pavillon de médecine hospitalisation avec 12lits ; la maternité (une grande salle pour les suites de couche, une salle pour les femmes malades, une salle d'accouchement avec une salle d'attente, une salle de garde équipée de salle de RAC et de téléphone) ; le DRC ; le DV.
- Le bloc5 réservé aux soins maternels et infantiles
- Le bloc6 ou radiologie
- Le bloc7 réservé à l'hospitalisation des malades relevant de la chirurgie ; il comprend 5 salles avec 22lits

Matériels et équipements

En plus de matériels médicaux le CSRéf dispose de deux incinérateurs un groupe électrogène et six (6) ordinateurs dont trois sur internet et un ordinateur portable.

Moyens de déplacement et de communication

Le CSRéf est relié aux CSCom du district par un réseau de 10 RAC installés et un téléphone rural. La salle de garde de la maternité est équipée de RAC et téléphone permettant ainsi une permanence RAC de 24H/24H au CSRéf.

Le CSRéf dispose de deux véhicules de liaisons et deux (2) ambulances dont une est équipée de RAC. L'ambulance assure le transport des patients (e) à tout moment grâce à une permanence organisée des chauffeurs.

Personnel

Le CSRéf emploie quarante quatre (44) agents qui se répartissent comme suit :

Quatre médecins Maliens et un Cubain : un médecin de santé publique, un médecin épidémiologiste et trois médecins généralistes.

Un administrateur action social et deux techniciens supérieurs action sociale

Un assistant médical spécialisé en ophtalmologie.

Deux sages femmes ; cinq infirmières obstétriciennes ; trois matrones.

Dix infirmiers dont un technicien supérieur de santé.

Deux (2) techniciens supérieurs de laboratoire et un biologiste

Un manipulateur de radio

Un technicien sanitaire

Un secrétaire de direction

Un comptable

Un caissier

Deux techniciens de surface, un manœuvre de laboratoire, une lingère au bloc opératoire

Trois chauffeurs

Un gardien.

Prestations du centre de santé de référence

Les soins préventifs

Les soins curatifs

Les activités promotionnelles

Au niveau du laboratoire : il dispose des tests rapides validés par le ministère de la santé, qui permettent le dépistage du VIH.

Les services du laboratoire représentent un maillon important pour le dépistage, le traitement et le suivi des personnes infectées par le VIH, ainsi que pour la prévention de la propagation de l'infection au sein d'une population.

En absence de traitement curatif ou de vaccination, le dépistage de la séropositivité du virus, constitue l'un des outils clés de la lutte contre l'extension de l'infection du VIH.

Les examens réalisables au niveau du laboratoire sont :

-L'hématologie: la numération formule sanguine (NFS) ; la vitesse de sédimentation (VS) ; le groupage et rhésus

-La biochimie: la glycémie ; l'albuminurie ; le test de grossesse ;

-La séro-immunologie: la sérologie Widal et Félix ; la sérologie VIH ; la sérologie syphilis BW (Bondel Wasser Man) ; la sérologie de la toxoplasmose ; le dosage de l'antigène Hbs et le test d'Emmel

-La bactériologie et parasitologie: l'examen cytobactériologique des urines (ECBU) ; l'examen cytobactériologique du liquide céphalorachidien ; la recherche de bacille acido-alcoblo-résistant (BARR) ; la recherche de germe dans les pus le liquide d'ascite le prélèvement ganglionnaire ; le dosage de l'antistreptolysine O (ASLO) ; la goutte épaisse (GE) et la recherche des parasites dans les selles (Selles POK)

Aires de santé du district sanitaire de Yanfolila

Le district sanitaire de Yanfolila est divisé en dix sept aires de santé dont quinze (15) sont fonctionnelles.

2- Période et type d'étude :

Il s'agissait d'une étude prospective qui s'est déroulée pendant 12 mois du 1^{er} octobre 2006 au 30 septembre 2007.

3- Type d'échantillon :

La population cible était constituée de patients (es) vu(es) en consultation au centre de santé de Yanfolila pendant la période d'étude.

4- Critères d'inclusion :

Tous (e) les patients dont la sérologie VIH est positive à au moins deux tests rapides différents.

Les patients (e) ayant accepté de participer à l'étude.

5- Critères de non inclusion :

-Les patients qui ont refusé de participer à l'étude

-Les cas de décès précoces avant l'établissement du diagnostic.

6- Matériels méthode :

-Le registre d'hospitalisation, le registre de laboratoire, les dossiers des malades ont été utilisés pour collecter les données et ainsi de remplir dûment les fiches d'enquêtes

-Les tests utilisés étaient : le détermine ; l'hémastrip ; le génie II ; L'Immuno combs. Deux tests différents ont été utilisés chez tous les patients soit le détermine et le génie II, ou le détermine et l'immunologies II, soit l'hémastrip et le génie II ou l'hémastrip et l'immunocombs II, soit le génie II et l'immunocombs II, soit le détermine et l'hémastrip qui ont été utilisé seulement en cas de manque de l'immunocombs II et le génie II.

7- Collecte des données :

En plus de l'étude documentaire auprès des bibliothèques, des centres documentaires, des institutions spécialisés ; les données ont été collectées au moyen d'un questionnaire élaboré pour l'enquête.

8- Variables mesurées

Le questionnaire élaboré pour l'enquête a permis de recueillir les données sur les thèmes suivants:

- les caractères socio-démographiques des patients
- la sérologie VIH
- la morbidité liée au VIH et au SIDA (Manifestations) ;
- la mortalité liée au SIDA

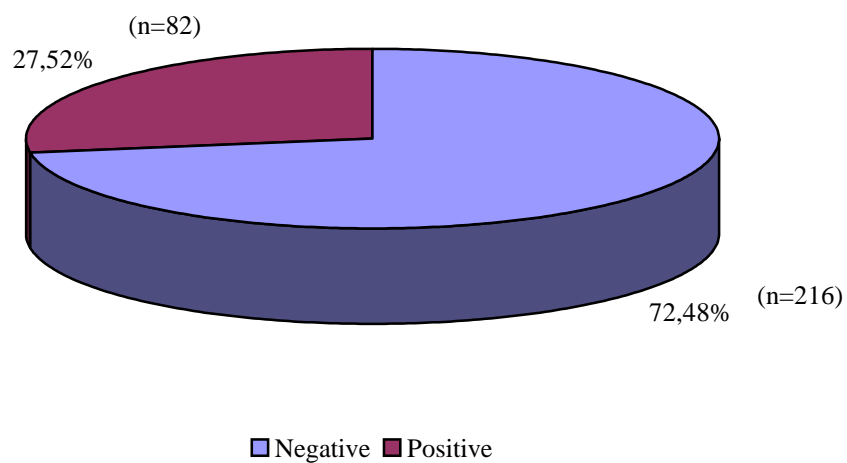
9- Saisie et analyse :

Les données ont été saisies sur Windows 98 et analysées sur Microsoft Excel et EPI-info version 3.2.

10-Aspects éthiques

Nous avons d'abord procédé à un conseling pré test en expliquant que la participation à l'étude et le test ne sont pas obligatoires, l'anonymat et la confidentialité ont été respectés. Pour assurer l'anonymat et la confidentialité ; à chaque patient il était attribué un numéro et la fiche d'enquête ne comportait pas le nom ni le prénom du patient. Un registre était ouvert à cet effet pour permettre l'identification des patients.

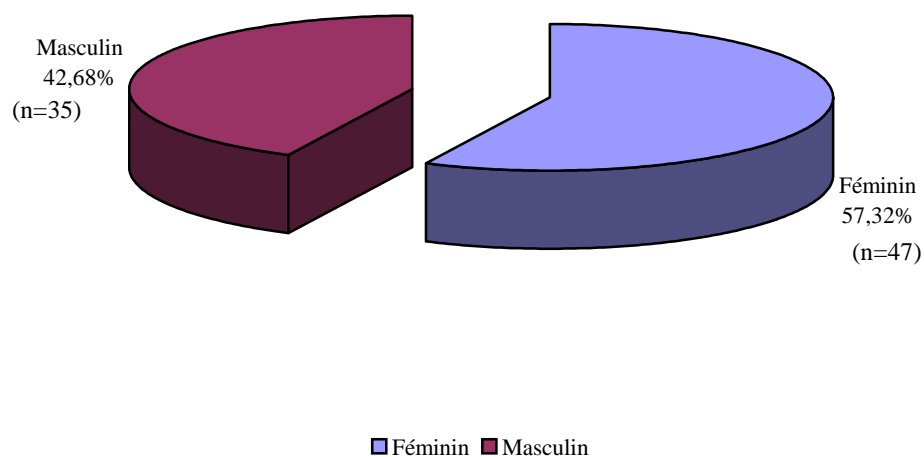
Après le résultat un 2^{ème} conseling post test était fait avant d'annoncer le résultat. Tout ce ci permettait d'établir un climat de confiance entre les patients et le prestataire. Ce ci est capital en matière de VIH et SIDA.

*III RESULTATS**Répartition globale des patients en fonction de la sérologie*

Graphique 1 La sérologie VIH était positive dans 27,52% des cas.

2- Caractéristiques socio démographiques

Répartition des patients en fonction du sexe



Graphique 2

Un peu plus de la moitié des patients était de sexe féminin soit 57,32% avec un sexe ratio de 1,35% en faveur des femmes.

Fréquence globale des patients testés en fonction du sexe

Sexe	Effectif absolu	Sérologie positive	Fréquence
Homme	186	35	18,82%
Femme	112	47	41,95%
Total	298	82	27,52%

L'infection à VIH était prédominant chez les femmes

Tableau I : Répartition des patients en fonction de la tranche d'âge

<i>Tranche d'âge</i>	Effectif absolu	Pourcentage
0 à 14ans	5	6,10
15 à 25ans	14	17,08
26 à 35 ans	35	42,68
36 à 45 ans	16	19,51
46 ans et plus	12	14,63
Total	82	100,00

La tranche d'âge de 26 à 35 ans a été la plus touchée soit 42,68% avec des extrêmes de 1 an et de 58 ans.

Tableau II : Répartition des patients en fonction de la résidence

Résidence	Effectif absolu	Pourcentage
Wassoulou Ballé	39	47,56
Gouaniaka	11	13,41
	9	10,98
Rép. De Guinée	7	8,54
Sirémoussa Samou	5	6,10
Gouana	4	4,88
Diallon Foula	3	3,66
Koussan	3	3,66
Rép.de Cote d'Ivoire	1	1,22
Yalankoro Soloba	82	100,00
Total		

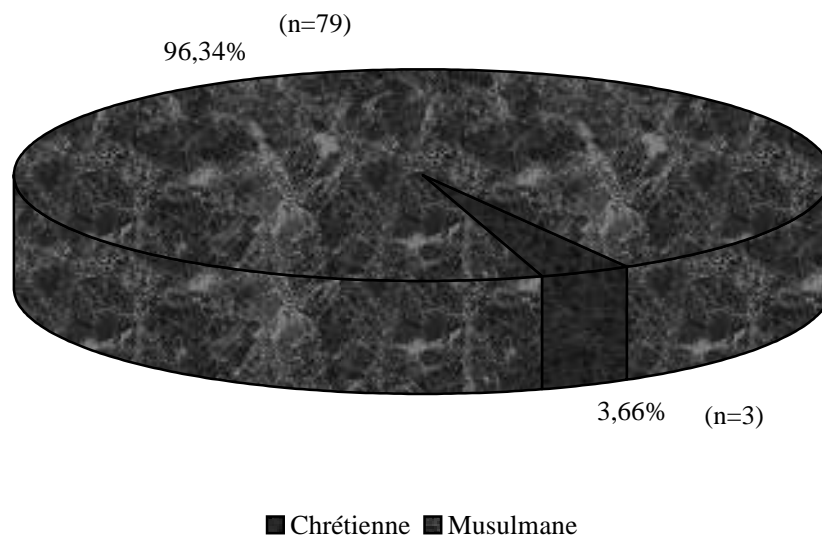
Près de la moitié (47,56%) des patients résidait dans la commune de Wassoulou Ballé et 10,98% étaient des Guinéens.

Tableau III : Répartition des patients en fonction du niveau d'instruction

<i>Niveau d'instruction</i>	Effectif absolu	Pourcentage
Non scolarisé	60	73,17
Primaire	19	23,17
Secondaire	3	3,66
Total	82	100,00

Les non scolarisés étaient les plus représentés soit près de 2/3 des patients.

Répartition des patients en fonction de la religion

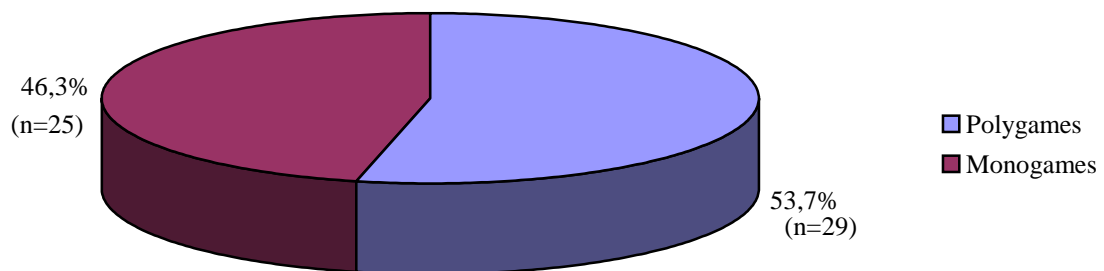
**Graphique 3**

Deux grands groupes religieux étaient représentés

Tableau IV: Répartition des patients en fonction du statut matrimonial

Statut matrimonial	Effectif absolu	Pourcentage
Mariés	54	65,86
Jamais mariés	14	17,07
Veufs	11	13,41
Divorcés	3	3,66
Total	82	100,00

Répartition des patients mariés en fonction du type d'union

**Graphique 4**

Les patients étaient majoritairement mariés et la polygamie constituait le type d'union la plus fréquente soit plus de la moitié.

Tableau V : Répartition des patients en fonction de la profession

Profession	Effectif absolu	Pourcentage
Sans activité professionnelle	31	37,81
Commerçant	28	34,15
Cultivateur	15	18,29
Elève et Etudiant	5	6,10
Ouvrier	3	3,66
Total	82	100,00

La plus part des patients était sans activité professionnelle (37,81).

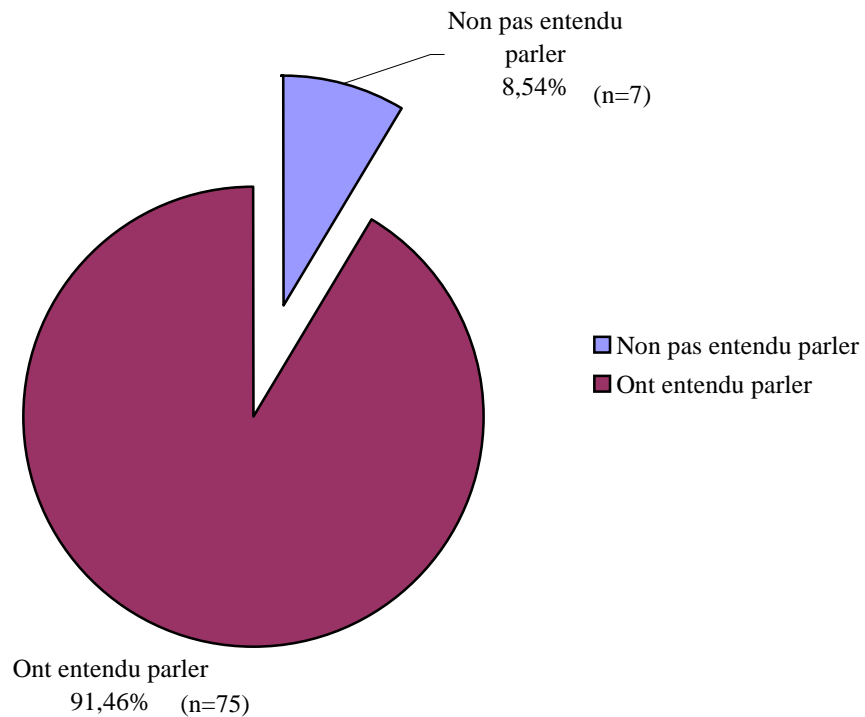
Tableau VI : Répartition des patients en fonction du voyage à l'étranger

Notion du voyage à l'étranger	Effectif absolu	Pourcentage
Oui	47	57,32
Non	35	42,68
Total	82	100,00

Plus de la moitié des patients avait fait un séjour à l'étranger.

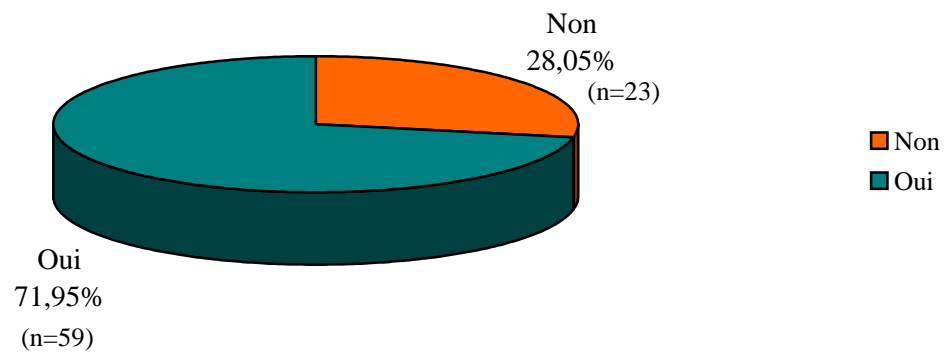
2- Connaissances et antécédents :

Répartition des patients en fonction de la connaissance du VIH et du SIDA



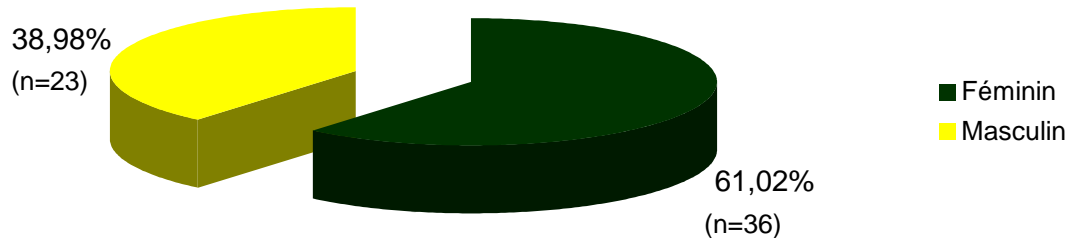
Graphique 5 La quasi-totalité des patients avait déjà entendu parler du VIH et du SIDA

Répartition des patients en fonction de l'antécédent d'IST ou de symptômes d'IST



Graphique 6 La plus part des patients avait été infectée par une IST

Répartition selon le sexe des patients ayant des antécédents d'IST.



Graphique 7

Le sexe féminin était le plus touché (61,02%) par les IST avec un sexe ratio homme/femme de 0,64.

Tableau VII : Répartition des patients en fonction du nombre de partenaire sexuel pendant la période d'enquête.

Nombre de conjoint	Effectif absolu	Pourcentage
Un seul conjoint	36	90,00
Partenaire multiple	4	10,00
Total	40	100,00

Ce tableau explique que plus des 2/3 des patients (90,00%) avaient eu un seul partenaire.

Tableau VIII : Répartition des patients en fonction de l'utilisation du préservatif

Utilisation du préservatif	Effectif absolu	Pourcentage
N'ont jamais utilisé	52	63,41
Utilisation occasionnelle	30	36,59
Total	82	100,00

Plus de la moitié des patients n'avait jamais utilisé le préservatif soit 63,41%.

Tableau IX : Répartition des patients en fonction de l'antécédent de transfusion

<i>Notion de transfusion</i>	Effectif absolu	Pourcentage
NON	75	91,46
OUI	7	8,54
TOTAL	82	100,00

La grande majorité des patients n'avait pas été transfusée.

3- Sérologie et type de VIH:

Tableau X : Répartition des patients en fonction du type déterminé ou non

Typage	Effectif absolu	Pourcentage
Type non déterminé	35	42,68
Type déterminé	47	57,32
Total	82	100

Tableau XI: Répartition des patients en fonction du type de VIH déterminé

Type de VIH	Effectif absolu	Pourcentage
VIH1	42	89,36
VIH2	4	8,51
VIH1+VIH2	1	2,13
Total	47	100

Le VIH1 était le type prédominant avec **57,32%**.

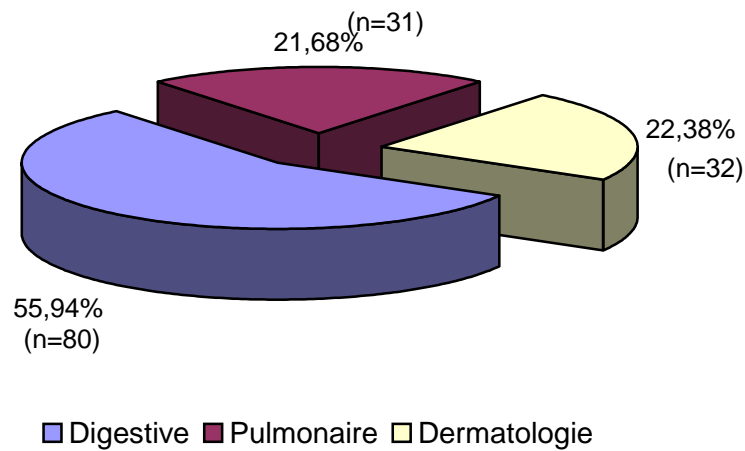
4- Infections opportunistes liées au VIH et au SIDA :

Tableau XII : Fréquence du VIH et du SIDA par rapport aux autres pathologies du CSRéf

<i>Pathologies</i>	Effectif absolu	Pourcentages
Pathologies chirurgicales	532	51,95
Paludisme	104	10,15
<i>Infection VIH et SIDA</i>	82	8,01
Patho. Cardio-vasculaires	60	5,86
Patho. Gyn-obsthétrique	53	5,18
Fièvre typhoïde	50	4,88
Infections pulmonaires	32	3,12
Infections diarrhéiques	32	3,12
Anémie	18	1,76
Patho. Gastro-hepato	14	1,37
Méningite	11	1,07
Pathologies urinaires	11	1,07
Malnutrition	7	0,68
Morsure de serpent	6	0,59
Intoxications alimentaires	5	0,49
Septicémie	3	0,29
Tétanos	2	0,20
Rage	1	0,10
Dermatose	1	0,10
Total	1024	100

L'infection à VIH et du SIDA représentaient la 3^{ème} pathologie rencontrée soit 8,01%

Répartition globale des patients en fonction des manifestations cliniques

**Graphique 8**

Les opportunistes digestives étaient la plus fréquente (56,33%) des manifestations cliniques observées.

Tableau XIII : Répartition des patients en fonction des opportunistes pulmonaires associées

<i>Manifestations pulmonaires</i>	Effectif absolu	Pourcentage
Pneumopathie non tuberculeuse	28	90,32
Tuberculose pulmonaire	3	9,68
Total	31	100

La pneumopathie non tuberculeuse était l'atteinte pulmonaire la plus fréquente avec **90,32**.

Tableau XIV: Répartition des patients en fonction des opportunistes dermatologiques associées

Manifestations dermatologiques	Effectif absolu	Pourcentage
prurigo	17	53,13
Dermite seborrhéique	10	31,24
Zona	5	15,63
Total	32	100

La plus fréquente des atteintes dermatologiques était le prurigo avec **53,13**

Tableau XV : Répartition des patients en fonction des oppotunistes digestives associées

Manifestations digestives	Effectif absolu	Pourcentages
Candidose buccale	28	35
Diarrhée	48	60
Candidose œsophagienne	4	5
Total	80	100

La diarrhée était la manifestation digestive la plus représentée soit **60%**

Tableau XVI : Répartition des patients en fonction d'autres manifestations

<i>Autres manifestations</i>	Effectif absolu	Pourcentage
Anémie	5	6,10
Fièvre au long cour	4	4,88
Pas d'autres manifestations	73	89,03
Total	82	100,00

L'anémie a été la seule complication hématologique retrouvée au cours de notre étude.

5- Evolution de la maladie :

Tableau XVII : Répartition des patients selon l'issu de l'hospitalisation

<i>Evolution</i>	Effectif absolu	Pourcentages
Décès pendant l'hospitalisation	7	8,54
Sortie vivant	75	91,46
Total	82	100,00

Moins de 1/3 des patients sont décédés par suite de maladie liée au VIH et SIDA.

IV COMMENTAIRES ET DISCUSSIONS

1. Difficultés rencontrées :

Il n'y a pas eu de grandes difficultés à part la rupture de test de dépistage permettant de faire le typage du VIH (le génie II et l'immunocombs II), qui est survenue pendant deux mois (Mars-Avril 2007)

2. Caractères sociodémographiques :

2.1 Age : Les patients étaient généralement jeunes ; 26 à 35 ans représentaient 42,68% avec une limite d'âge de 1 an et 59 ans.

D.Sanogo ; A.Kamissoko qui ont trouvé respectivement 39,5% dans la tranche d'âge de 24-34ans ; 41,6% dans la tranche d'âge de 30-39ans [25 26].

Cela ne saurait surprendre dans la mesure où c'était les tranches d'âge les plus matures et les plus actives sexuellement et aussi sujettes aux migrations ; toute chose faisant d'eux des sujets à risque potentiel pour les IST et le VIH.

2.2 Sexe : Il ressort de notre étude que le sexe féminin était prédominant avec 57,32% contre 42,68% de sexe masculin.

Kamissoko.A qui a trouvé 64,3% de sexe féminin contre 37,7% de sexe masculin [26]

D.Sanogo 58,3% de sexe féminin contre 41,7% de sexe masculin.[25]

Cette prédominance de l'infection à VIH chez les femmes est comparable à la statistique nationale [EDSIII]. Cela pourrait être lié probablement à la vulnérabilité socioéconomique de la femme, par la sexualité précoce, la fréquence élevée des IST, le mariage aux hommes beaucoup plus âgés qu'elles.

2.3 Profession : Les sans activités professionnelles (Ménagères) étaient la plus représentée avec 37,81% suivis des commerçants et vendeurs 34,15% et des cultivateurs 18,29%.

Mohamed.K.Kaba, D.Sanogo, Benoit B Saria ont eu respectivement 33,9% ; 30,6% ; 32,9% [27 25 28]. Au Sénégal, la cohorte de l'ISAAR a eu 44% des

patients sans activité rémunérée (ménagères) [29]. Cela s'expliquerait en partie par leur faible niveau d'instruction, ce qui leur rend rigides et hostiles faces aux nombreuses campagnes de sensibilisation.

2.4 Statut matrimonial : Dans notre étude les patients étaient majoritairement mariés 65,86% et la polygamie constitue le type d'union le plus fréquent (29/54mariés).

Benoit B. Saria qui a trouvé 66,2% [28] ;

D.Sanogo 67,7% [25]; Mohamed K. Kaba 72,2% de mariés [26]. L'augmentation des mariés pourrait être due d'une part par la polygamie et d'autre part par les habitudes sexuelles (non utilisation du préservatif entre conjoint).

2.5 Résidence : La plus part des patients résidaient dans la commune de Wassoulou Ballé soit 47,56%; 10,9% étaient des Guinéens et 3,66% provenaient de la Cote d'Ivoire. La présence des patients Guinéens et Ivoiriens n'est pas inhabituelle ; vu la position géographique du cercle et le lien historique car une partie du Wassoulou se trouve dans la république de Guinée Conakry.

La commune Wassoulou Ballé est la commune la plus peuplé. C'est dans cette commune où se trouve le chef lieu du cercle et le CSRéf.

2.6 Niveau d'instruction : Les non scolarisés étaient les plus représentés avec une fréquence de 73,11%.

M.Berthé a trouvé que 52,0% de son effectif étaient non scolaires [4]. Cette même étude a montré que plus on est instruit plus la susceptibilité de choisir une méthode de protection contre le VIH et SIDA est grande. Selon les résultats l'EDS IV, les personnes de niveau d'instruction secondaire ou plus utilisent le condom beaucoup plus fréquemment que ceux de niveau primaire ou fondamental et surtout que ceux sans instruction.

2.7 Religion : Dans notre étude deux grands groupes religieux étaient représentés avec une prédominance nette des musulmans 96,34%.

Ce résultat est semblable à celui de l'EDS III. A Yanfolila les musulmans sont plus nombreux que les autres religions.

2.8 Notion de séjour à l'étranger : Il ressort de notre étude que 57,32% des patients ont fait un séjour à l'étranger. Benoit B. Saria qui a eu que 37% de son effectif a séjourné en dehors du Mali [28].

D. Sanogo a trouvé aussi que 87,7% de ses patients ont fait un séjour à l'extérieur du Mali [25].

Les maliens voyagent beaucoup, c'est pourquoi le phénomène migratoire a été retenu comme l'un des principaux facteurs de propagation du VIH dans notre pays. La particularité du cercle de Yanfolila ; c'est que la totalité des migrants se rendent en Cote d'Ivoire, pays frontalier du cercle. Ces observations seront en rapport avec les liens historiques et surtout le fait que la Cote d'Ivoire est l'un des partenaires économiques très important de notre pays et notre principale voie d'accès à la mer.

3. Connaissances et antécédents :

3.1 Connaissance générale : Pour évaluer le niveau de connaissance des patients sur le VIH et le SIDA, nous leur avons demandé s'ils avaient déjà entendu parler du VIH et le SIDA.

Il ressort que la presque totalité des malades soit 91,46% avaient entendu parler du VIH et du SIDA.

Ces propos sont justifiés aussi par l'EDS IV; mais également par Barkissa N. Traoré qui trouve que 99,57% de son effectif (scolaires) avaient déclarés avoir entendu du VIH et du SIDA [30].

Ce résultat dénote une bonne connaissance du VIH et du SIDA dans la population de notre étude. Le niveau des connaissances spécifiques à la maladie gagnerait cependant à être renforcé.

3.2 Antécédents d'IST : la plus part des patients ont été infectés par une IST soit 71,95%. Parmi eux; 61,02% étaient de sexe féminin.

D.Sanogo rapporta que 40,1% des séropositifs du CERKES de Sikasso présentaient une IST [25].

L'explication de ces résultats pourrait être due à la sexualité précoce et l'anatomie de l'appareil génital de la femme.

Les I.S.T favorisent la transmission du VIH.

La lutte contre les IST permet de diminuer l'incidence de l'infection par le VIH dans la population générale.

3.3 Notion de partenaire : La plus part des patients soit 51,22% déclaraient n'avoir pas eu de partenaires sexuels contre 48,78% qui en ont eu pendant le mois d'enquête. Parmi les 48,78% des malades ; 10% ont eu plus de 1 conjoint Cela est inquiétant ; connaissant que les relations sexuelles non protégées avec un partenaire infecté sont un grand risque de transmission de l'infection à VIH.

3.4 Utilisation du préservatif : Notre étude montre que 63,41% des patients n'avaient jamais utilisé le préservatif suivis de 36,59% qui utilisaient parfois le préservatif. La non utilisation du préservatif est très grave vu que la plus part des contaminations de l'infection à VIH surviennent lors des rapports sexuels non protégés et seul le port du préservatif est le moyen de protection lors des contacts sexuels.

L'explication peut être due au statut matrimonial des malades : mariés et polygames (non utilisation du préservatif entre conjoint) ; le niveau faible d'instruction ; la faible sensibilisation de la population du cercle en majorité

rurale. Au regard de tous ces résultats les sujets de la population de notre étude courent un plus grand risque sur le plan comportemental.

Le comportement sexuel est l'un des comportements sociaux les plus complexes. Les normes sexuelles acceptées, liées étroitement à la conception des rapports entre les hommes et les femmes et aux normes religieuses, sont très retranchées derrière des tabous sociaux qui limitent le dialogue.

3.5 Notion de transfusion : La grande majorité soit 91,46% des patients n'ont pas été transfusés. La transfusion est un mode de contamination du VIH. Actuellement la transmission de l'infection à VIH par la transfusion est minime vu l'évolution de la science médicale.

4. Sérologie et type de VIH :

Sur 298 patients qui ont accepté le test 82 patients ont été séropositifs soit un taux de prévalence de 27,52%.

L'étude de D. Coulibaly a trouvé que 85% des malades hospitalisés dans le service des maladies infectieuses du point G de Janvier 2005 en Mars 2005 étaient séropositifs. [32]

Une étude de séroprévalence du VIH chez les femmes enceintes de Bamako et de Sélingue avait trouvé un taux de 0,6%. [34]

Une étude réalisée au CHU de Treichville en 2001 avait trouvé une séroprévalence de 18,6% dans le service des maladies infectieuses. [31]

L'analyse de la prévalence du type VIH avait trouvé 57,32% d'infection de type déterminé et 42,68% d'infection de type non déterminé.

Les cas d'infections de type non déterminé ont été du, par manque de test de dépistage (le génie II et l'immunocombs) qui permet le typage du VIH. Ce résultat a été obtenu en faisant le dépistage par le détermine et l'hemastrap ; ces deux tests ne permettent pas de typer le VIH.

Sur 47 cas d'infections de type déterminé, 89,36% des patients étaient infectés par le VIH1 ; 8,51% par le VIH2 et deux cas de co-infection VIH1-2 soit 2,13%.

D. Coulibaly, M. Kaba, D. Sanogo, B. Traoré avaient trouvé respectivement 97,7% de VIH1; 95,7% de VIH1; 90% de VIH1 .[32 27 25 30]

Au Sénégal la cohorte de l'ISAAR, sur 170 patients éligibles, rapporte 93,3% des porteurs de VIH1 4,4% de VIH2, 2,2% de VIH1-2 [29].

Cette prédominance du VIH1 serait du d'une part par sa virulence et d'autre part au faible taux de transmission verticale du VIH2 et aussi sa faible transmissibilité lorsque le porteur est asymptomatique.

5.Infections opportunistes :

Au cours de notre étude, nous n'avons pas pris en compte les opportunistes neurologiques par faute de moyen de diagnostic au niveau du CSRéf de Yanfolila.

L'infection à VIH et SIDA était la 3^{ème} pathologie par rapport aux autres pathologies rencontrées soit 8,01%.

Les opportunistes digestives étaient au premier rang avec 56,33% suivis par les opportunistes dermatologiques 22,54% et les opportunistes pulmonaires 21,83%.

Parmi les atteintes digestives la diarrhée était la plus fréquente soit 60%, suivis par les candidoses buccales 35% et les candidoses oesophagiennes 5%.

La pneumopathie non tuberculeuse était au premier rang des atteintes pulmonaires avec 90,32% suivis de la tuberculose pulmonaire avec 9,68%.

Le prurigo a été la manifestation dermatologique la plus représentée soit 53,13% ; suivi de la dermite séborrhéique 31,23% et du zona 15,63%.

L'anémie a été la seule complication hématologique observée.

Selon une étude camerounaise réalisée par Skalsky et Al, les infections opportunistes les plus fréquentes étaient la diarrhée chronique 17%, la candidose digestive 14% et la tuberculose pulmonaire 10% [33]. L'étude de M.K.Kaba a trouvé 27,2% de candidose buccale, 26,2% de tuberculose et 22,1% de diarrhée chronique [27].

Le résultat de notre étude malgré l'absence d'éléments biologiques (Taux de CD4 et charge virale) au niveau du CSRéf de Yanfolila permettant l'appréciation objective des défenses immunitaires des malades ; traduit la dépression immunitaire avancée de nos patients. Dans la plus part des pays en développement comme le Mali le dépistage tardif des patients ne permet pas souvent la prévention primaire de certaines infections opportunistes (Candidose, toxoplasmose). Malheureusement ce sont, presque toujours des infections survenant à un stade avancé de l'infection à VIH qui constituent la circonstance de découverte. Les patients n'acceptent le dépistage que tardivement face à l'altération massive de leur état général.

Le pronostic de ces infections opportunistes est encore plus grave lorsque deux ou plusieurs sont associées.

6. Evolution :

Le suivi des patients a posé des problèmes, car plusieurs patients tentaient de recourir au traitement traditionnel parce qu'ils n'acceptaient pas leur statut sérologique ; soit ils arrivent au centre de santé étant démunis complètement sur le plan financier.

Le taux de létalité globale de notre série a été de 8,54% contre 91,46% des malades qui ont quitté le CSRéf (Amélioration de l'état ou non).

Notre taux de létalité est inférieur à celui de l'étude réalisée au CHU de Treichville qui est de 55,9% [31] et de D.Coulibaly qui a eu un taux de 96% de décès au service des maladies infectieuses de l'hôpital du point G [32].

L'étude de D.Sanogo menée à Sikasso a trouvé que 18,2% des patients sont décédés [25]. Cette différence peut être expliquée par le niveau de structure de prise en charge.

Face à ce résultat et à l'accessibilité souvent difficile aux anti rétroviraux (ARV) dans nos contextes d'exercice, des prophylaxies primaires et secondaires sont à

envisager chez les malades infectés par le VIH des structures périphériques où les malades ont des revenus très souvent modestes.

V Conclusion et Recommandations :

1. Conclusion :

L'infection à VIH représentait la 3^{ème} pathologie rencontrée au CSRéf de Yanfolila.

Les patients étaient majoritairement jeunes, de sexe féminin et ont fait un séjour à l'étranger.

Les atteintes digestives étaient les infections opportunistes les plus fréquentes.

La pandémie du VIH et du SIDA reste le déficit infectieux le plus grave en matière de santé publique

A la lumière de ce travail, il apparaît la nécessité de mettre l'accent sur les stratégies de la prévention contre le VIH et le SIDA et la prise en charge adéquate des PVVIH.

2. Recommandations :

Centre de santé de référence :

- Encourager les PVVIH à utiliser les structures de santé comme recours thérapeutiques.
- Approvisionnement du laboratoire en réactif du VIH suivant les normes.
- Encourager la population à se faire dépister.

Direction régional de la santé

- Assurer de façon permanente l'approvisionnement des laboratoires en réactif.

Ministère de la santé et HCNLS

- .Formation des agents (Médecin Pharmacien Infirmier Laborantins) pour la prise en charge des PVVIH y compris la dispensation des ARV au niveau des CSRéf.
- Création d'un centre de dépistage volontaire à Yanfolila
- Renforcer la lutte contre la stigmatisation du VIH et SIDA.
- Renforcer la promotion et l'usage du préservatif.
- Impliquer ou renforcer la collaboration des tradithérapeutes dans la prise en charge des PVVIH.

Au grand public :

- Renforcer l'éducation des jeunes surtout des jeunes filles.
- Faire le dépistage volontaire et pré-nuptial.
- Eviter les rapports sexuels non protégés avec les partenaires occasionnels.
- Soutenir les personnes vivant avec le VIH sur le plan financier et psychosociologique.

VI REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1- Ministère de la santé - USAID – CSLS

Protocole de conseling en matière de VIH/SIDA à l'intention des prestataires, Bamako 2006 ; 50P

2- OMS – ONU/SIDA

Le point sur l'épidémie du SIDA, Genève 2007; 96P

3- ENQUETE DEMOGRAPHIQUE ET DE SANTE 2006 EDS IV.

Bamako 2006 ;4 ; 373p

4- M. Berthé

Connaissance, attitude et pratiques comportementales vis – à – vis des MST/VIH/SIDA des routiers du district de Bamako sur l'axe Bamako – Abidjan – Bamako ; thèse Méd, Bamako 2005 ; 90p.

5- CENTRE DE SANTE DE REFERENCE DE YANFOLILA

Rapport d'activité, Yanfolila 2004; 8p

6- ARCAD – SIDA

Infection pour le VIH/SIDA : prévention, connaissance médicales, enjeux sociaux, vie quotidienne, pratiques professionnelles, Paris 1995; 6 ; 160p.

7 - Synergie Africaine Contre le SIDA et les Souffrances – USAID

Manuel de formation en conseling VIH/SIDA ; 92p

8- Ministère de la santé – USAID-CDC-CSLS

Normes et procédures de conseils et dépistage volontaires du VIH au Mali, Bamako 2006 ; 38p

9- R. Fasquelle

Elément de virologie médicale ; Edition Flammarion Paris1997; 4 ; 320p

10 Z. Sissoko

Etude de la séroprévalence des infections dues au VIH au Mali ;Thèse Méd ,Bamako1993 ; 112p

11- Ministère de la santé du Mali

Plan sectoriel de lutte contre le SIDA 2005 –09, Bamako 2005 ; 86p

12- Ministère de la santé – USAID – Comité sectorielle de Lutte Contre le SDA (CLS)

Compétence, conseling en matière de VIH/SIDA; manuel de références, Bamako 2006 ; 124p

13-Ministère de la santé - CSLS - USAID

Rapport : Surveillance Sentinelle du VIH et de la Syphilis chez les femmes enceintes, Bamako2005 ; 3; 52p

14- OIT-OMS

Directives conjointes OIT – OMS sur les services de santé et le VIH/SIDA 2004 ; 86P

15- AIDSTECH 1991 FAMILY HEALTH INTERNATIONAL

Dépistage HIV et contrôle de qualité ; guide du personnel de laboratoire, 1995 ; 380p.

16- A. SY

Contribution à l'étude de la séroprévalence de l'infection à VIH au CNTS 1987 – 1989, thèse Méd, Bamako1992 ;77P

17- A. FLEURY

Abréges Virologie humaine, 3 PARIS Edition Masson 1999 ; 205P

18-ALGERIE SANTE

Le SIDA, revue bimensuelle de santé, Alger 2000 ; 2:15-8P

19- M. Boushab

Aspect épidémiologique clinique et pronostic de la diarrhée au cours du SIDA dans le service des maladies infectieuses de l'hôpital national du point G. Thèse Méd, Bamako 2004 ; 92P.

20-J. B. Bailleière

Le book de l'internat ; Guide à l'intention des internes, Paris1990 ; 468p

21- Ministère de la santé – PNLs– USAID/POLICY PROJET

Le VIH/SIDA au Mali, évolution et impact sur le développement, Guide des messages sur le VIH/SIDA, Bamako 1997 ; 54P

22- Ministère de la santé – République Française – CSLS THE GOLBAL FUND

Politique et protocoles de prise en charge anti – rétrovirale du VIH/SIDA, Bamako 2006 ; 63P

23- Ministère de la santé du Mali

Plan Stratégie National contre le VIH/SIDA 2001 – 2005 ; Bamako 2001 ; 58p

24- Ministère de la santé du Mali– OMS – ONU/SIDA

Lutte contre le VIH à travers la sécurité transfusionnelle et sécurité en milieu de soins ; Bamako 2006 ; 109p

25-D.Sanogo

Aspects épidémiologiques du VIH/SIDA à Sikasso de 2000-2004. Thèse Méd, Bamako 2006; 92P

26- A.Kamisso

La co-infection par le VIH et le bacille Tuberculeux en commune IV du district de Bamako. Thèse Méd, Bamako 2005 ; 75P

27- Mohamed K.Kaba

Prévalence des infections opportunistes au cours du SIDA dans les services des maladies infectieuses au CHU du point G. Thèse Méd, Bamako 2006 ; 84P

28- Benoit B.Saria

Etude épidémio-clinique de l'infection à VIH/SIDA à l'hôpital du Point 2000 – 2004 Thèse Méd, Bamako 2006; 72p

29- Initiative Sénégalaise d'Accès aux Anti rétroviraux (ISAAR)

Analyses économiques, Sociales, Comportementales et Médicales en bas ANRS Collection science et SIDA, Paris 2002 40P

30- Barkissa dite N'gonio Traoré

Connaissances et Comportements faces au VIH/SIDA en milieu scolaire
Bamako Thèse Méd, Bamako 2006 ; 76p

31- S.M.Ouedrago ; M.Ouedrago ; N.S.Dagnon ; A.H.Adom M

Infections opportunistes au cours du SIDA au CHU de Treichville. Mali
Médical 2007 ; **22** (1) : 26-8

32- D.Coulibaly

Les causes liées au décès des patients sous traitement ARV au Service des
maladies infectieuses et tropicales de l'hôpital du Point G ; Thèse Méd,
Bamako 2006; 97p.

33- Skalky T. Ndumbe P M

Characteristics of HIV/AIDS patients attending a rural hospital in Cameroon
Manyen HIV/AIDS team Ann Socbelg Med trop 1993; 73:209-16

**34- MaigaM.M; Tricotte F. ; Doucouré A. ; Sanogo B. ; Sidibé D. ; Dicko
et All**

Séroprévalence des anticorps contre le VIH chez les femmes enceintes de
Bamako et de Sélingue (Mali) ; Méd d'Afr Noire1992 ; 39 : 94-8

35- Conseil du Cercle de Yanfolila. Service SLACAER Yanfolila

Monographie Sommaire du Cercle. Rapport ; Yanfolila2005 ;10P

Fiche d'enquête:

Séroprévalence du VIH au centre de santé de référence de yanfolila

N° d'identification.....

I – Caractère sociodémographiques

QI – 01 Lieu de résidence :.....

QI – 02 Sexe :.....

QI – 03 Age :.....

QI – 04 Niveau d'instruction

Non scolarisé /...../

Primaire /...../

Secondaire /...../

Supérieur /...../

QI – 05 La religion

Musulmane /...../

Chrétienne /...../

Animiste /...../

Autre /...../

QI – 06 Statut matrimonial et type d'union

Célibataire /...../

Monogame /...../

Polygame /...../

Divorce /...../

Veuf /...../

Concubinage /...../

QI – 07 Activité professionnelle

Cultivateur /...../

Commerçant /...../

Vendeur /...../

Chauffeur /...../

Apprenti /...../

Eleveur /...../

Enseignant /...../

Elève /...../

Chômeur /...../

Autre à préciser /...../

QI – 08 La notion de voyage

Oui /...../

Non /...../

Si Oui, seul /...../

Avec un (e) ami (e) /...../

Epoux (se) /...../

Avec partenaire sexuel /...../

Autre (s) /...../

II – Connaissances et antécédents

QII – 09 Avez – vous déjà entendu parler du

VIH/SIDA : Oui /...../ IST : Oui /...../

QII – 10 avez – vous déjà eu d’IST ou de symptôme d’IST ?

Oui /...../

Non /...../

Ne le sais pas /...../

QII – 11 Combien de partenaires sexuels avez-vous eu pendant ce mois ? /.../

QII – 12 Utilisez-vous des préservatifs à chaque rapport ? /...../

Parfois /...../

Jamais /...../

QII – 13 Avez-vous été transfusez ?

Oui /...../

Non /...../

III – Sérologie et type de VIH

QIII – 14 Négative /...../

QIII – 15 Positive /...../

QIII – 16 VIH 1 /...../

QIII – 17 VIH 2 /...../

QIII – 18 VIH 1 + VIH 2 /...../

IV – Signes cliniques

A – Manifestations pulmonaires

QIV – 19 Tuberculose pulmonaire /...../

QIV – 20 Tuberculose extra pulmonaire /...../

QIV – 21 Pneumocystose /...../

QVI – 22 Pneumopathie /...../

QIV – 23 Pleurésie bactérienne non tuberculeuse /...../

QIV – 20 Autres /...../

C – manifestations dermatologiques

QIV – 31 Prurigo /...../

QIV – 32 Zona /...../

QIV – 33 Herpès /...../

QIV – 34 Candidose buccale /...../

QIV – 35 Dermite séborrhéique /...../

QIV – 36 Autres types de Lésions /...../

D – Manifestations digestives

QIV – 37 Diarrhée /...../

QIV – 38 Origine /...../

QIV – 39 Candidose oesophagienne /...../

QIV – 40 Autres /...../

V – Evolution

QV – Favorable /...../

QV – Défavorable /...../

QV – Décès /...../

Fiche signalétique

Nom : DIAKITE

Prénom : Salihoun

Titre : Séroprévalence du VIH et du SIDA au centre de santé de référence de Yanfolila.

Année universitaire : 2007-2008

Lieu de dépôt : Bibliothèque de la faculté de médecine de pharmacie et d'odonto stomatologie de Bamako.

Secteur d'intérêt : Santé publique et Pathologie infectieuse

Résumé :

Dans le but de déterminer la prévalence du VIH et du SIDA et de décrire les caractères sociodémographiques, les principales infections opportunistes et leur évolution chez les malades au CSRéf de Yanfolila, une étude prospective a été réalisée du 1^{ère} Octobre 2006 au 30 Septembre 2007.

Sur 298 patients qui ont été inclus 82 ont été séropositifs soit un taux de prévalence de 27,52%. L'infection à VIH et le SIDA représentait la 3^{ème} pathologie rencontrée au centre de santé de référence de Yanfolila soit 8,01%.

La couche professionnelle la plus représentée était les ménagères (31,71%), la tranche d'âge de 26- 35ans était la plus touchée soit 42,68%. Le sexe féminin était le plus touché (57,32%). La moitié des patients ont fait un séjour à l'étranger.

Les pathologies digestives étaient les infections opportunistes les plus fréquentes. Le taux de létalité globale était de 8,54% pendant la période d'étude L'impact des infections opportunistes sur l'évolution du VIH et du SIDA recommande une mobilisation de type préventif car les progrès thérapeutiques restent encore inaccessibles aux populations des pays en développement qui sont les plus durement touchés par la pandémie du SIDA.

Mot clés : Séroprévalence / VIH et SIDA / Yanfolila / Région de Sikasso Mali

Contacts : 922-28-26 657-27-96

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 donnerais mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerais 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 tairai les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs, ni à favoriser le crime.

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

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

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

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

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

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

JE LE JURE