

Ministère de l'Enseignement
Supérieur et de la
Recherche Scientifique

République du Mali
Un Peuple - Un But - Une Foi

Université de Bamako



UNIVERSITE DE BAMAKO
Faculté de Médecine de Pharmacie et d'Odonto-
Stomatologie

Année Universitaire: 2009-2010

N°-----/

THESE

**PRISE EN CHARGE DU VIH/SIDA DANS UN
CENTRE DE SANTE DE REFERENCE AU MALI :
L'EXPERIENCE DE NIONO.**

*Présentée et soutenue publiquement le...../.../...../ àHeures devant la
Faculté de Médecine, de Pharmacie et d'Odontostomatologie.*

Par Monsieur **Nana Alphonse DIAMOUTENE**

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

JURY:

Président du Jury: Professeur Sahari FONGORO

Membre: Dr Ouman DEMBELE

Co-directeur de thèse: Dr Oumar SANGHO

Directeur de thèse: Pr. Sounkalo DAO

DEDICACE ET REMERCIEMENTS

A mon Seigneur, le Dieu tout puissant !

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

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

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

Seigneur omniscient, omnipotent, omniprésent, donne moi la force de toujours vivre dans ta crainte.

Mes remerciements :

A mon feu père et à ma feu mère

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

Ce travail est le résultat de ce que vous avez fait germé en moi et en ce jour, mes mots sont bien trop modestes pour exprimer ce que je ressens pour vous. Je suis fier d'être votre prolongement.

J'aurai tant souhaité votre présence parmi nous à ce moment précis, voir comment vous vous sentez, vous qui avez aimé que votre fils sois médecin dès son enfance, emboitant les pas à cet infirmier mérité qui essuya les larmes toute sa vie ; j'ai nommé Mountaga Théophile DIAMOUTENE. Que Dieu vous donne la vie éternelle.

A mon tonton Mamadou SANOGO et sa femme Kadidiatou KONE

Merci pour votre soutien sans faille durant toutes ces années. Tout le mérite de ce travail est le vôtre. Merci pour vos bénédictions, vos prières quotidiennes et encouragements et tous les sacrifices consentis pour vos enfants ainsi que pour votre famille. Je ne trouverai jamais assez de mots justes pour exprimer toute ma tendresse et tout mon amour.

Puisse Dieu le tout puissant vous accorder longévité, et santé car j'aurai toujours besoin de vous pour guider mes pas d'inexpérimenté.

Chers parents trouvez à travers ce modeste travail l'amour et l'admiration que j'ai pour vous, qu'Allah, le Tout-Puissant vous apporte satisfaction pour tous les efforts consentis.

Merci d'avoir cru en moi. Que Dieu vous prête longue vie et que mes parents reposent en paix. Amen.

A mon beau frère Cheick KEITA

Grâce à toi, nous n'avons jamais souffert de l'absence de nos parents. Depuis toujours, tu nous as couverts d'affection, d'attention, de douceur. Tu en as fait pareille pour tous les autres enfants de la grande famille DIAMOUTENE. Trouve ici, l'expression de tout ce qu'un frère peut ressentir pour son tendre frère. Puisque pour moi tu es plus qu'un beau frère qu'Allah te garde encore longtemps parmi nous afin de parachever l'œuvre entreprise par nos défunts. Puisse t-Il te guider dans la bonne voie avec une bonne foi. Amen.

A tous mes frères et sœurs

Le chemin qui mène au bonheur est long et dur. La fraternité n'a pas de prix comme on le dit. J'espère qu'elle restera un lien sacré pour tous. Vous avez toujours été présent à mes cotés, m'entourant de vos

affections, aides et conseils, trouvez à travers ce travail qui est le votre toute mon affection pour vous et mon attachement à l'unicité de la famille. Que Dieu vous bénisse.

A tout le personnel du CSRef de Niono.

A Dr TOURE Moussa Issa, Dr Diarra Moussa, Dr Dakouo David, Dr TRAORE Mamadou Cherif, Dr Doumbia Ousmane, Mr SOURAKASSY Mamadou pour tous les encouragements. A tous les collègues internes, amis et camarades.

A tous les étudiants et enseignants de la FMPOS.

-A M. TRAORE Mohamed,

Tu m'as fait sentir le goût de l'amitié ce travail est le tien,

A toutes les personnes affectées ou infectées par le VIH, à tous les enfants orphelins du SIDA,

A mon ami feu Bocana THERA,

A tous les religieux et religieuses de la mission catholique,

A toutes les organisations ou personnes de bonne volonté qui plaident en faveur de la lutte contre ce fléau mondial.

A tous ceux qui m'ont aidé dans la réalisation de cette Thèse

Je n'oublierai jamais le moindre soutien tant matériel que moral. Je vous remercie infiniment pour tout ce que vous avez fait pour moi. Que chacun trouve ici l'expression d'une gratitude profonde, même ceux dont les noms ne figurent pas ici.

LEXIQUE DES SYMBOLES ET ABREVIATIONS :

ABC : Abacavir.

APV : Aprenavir.

ARV: Anti Rétro Viral.

AZT: Zidovudine.

CDC: Center of Deasese Control.

CSRéf : Centre santé de Référence.

CMV: Cytomégalovirus.

DDC : Zalcitabine.

DDI : didanosine.

DLV : Delviridine.

D4T: Stavudine.

EDS : Enquête Démographique de Santé

EFV: Efavirenz.

GRID: Gay Related Immunodeficiency.

HCNLCS: Haut conseil National de Lutte Contre le SIDA.

HTLV3: human T Lymphotropic Virus 3.

IDV : Indinavir.

INT: Inhibiteur nucléosidique de la transcriptase.

INNT : Inhibiteur non nucléosidique de la transcriptase

IST : Infection sexuellement transmissible

IP : Inhibiteur de la protéase.

LAV: Lymphadenopathy associed Virus.

LEMP :leuco-encéphalopathie multifocale et progressive.

NFV : Nelfinavir.

NVP : Névirapine.

OIT : organisation internationale du travail.

OMS : Organisation Mondiale de la Santé.

ONG : Organisation Non Gouvernementale.

ONU : Organisation des Nations Unies.

PCR: Polymerase Chain Reaction.

PNUD : Programme des Nations Unies Pour le Développement

PTME : Prévention de la Transmission Mère Enfant.

PVVIH : Personne Vivant avec le VIH.

RT: Transcriptase Reverse.

RT-PCR : Retro Transcriptase Polymerase Chain Reaction.

RTV : Ritonanir.

SIDA : Syndrome d'Immunodéficience Acquis.

SQV : Saquinavir.

3TC : lamivudine.

USA: United State of America

VHB : Virus de l'hépatite B.

VHC : Virus de l'hépatite C.

VIH : Virus d'Immunodéficience Humaine.

SOMMAIRE

Première partie :

| | |
|------------------------------|--------------|
| I. Introduction | 1-4 |
| II. Objectifs..... | 5 |
| III. Généralités..... | 6-59 |
| VI. Méthodologie..... | 60-73 |

Deuxième Partie :

| | |
|--|--------------|
| I. Résultats..... | 74-84 |
| II. Commentaires et discussion..... | 85-88 |

Troisième Partie :

| | |
|---------------------------------|-----------|
| I. Conclusion..... | 89 |
| II. Recommandations..... | 90 |

Quatrième Partie :

| | |
|------------------------------|--------------|
| I. Bibliographie..... | 91-95 |
| II. Annexes | |

A notre maitre et président du jury**Professeur Saharé FONGORO**

- **Maitre de conférences de néphrologie à la FMPOS et au CHU point G**

- **Chevalier du mérite de la santé**

Cher maitre

Vous nous avez fait un privilège et un grand honneur de présider ce jury malgré vos multiples occupations. Vous nous avez profondément marqué par votre personnalité, votre simplicité, votre humanisme et surtout votre disponibilité constante. Votre amour du travail bien fait, votre rigueur scientifique font de vous un maitre admiré par tous. Veuillez accepter cher maitre l'expression de notre profonde gratitude et notre sincère respect.

A notre maitre et juge**Dr Ouman DEMBELE**

- **Médecin parasitologue/épidémiologiste charge de surveillance épidémiologique du VIH cellule de coordination de la comite sectorielle de lutte contre le sida**

Votre humanisme, votre disponibilité permanente, vos remarquables connaissances scientifiques nous ont toujours impressionnés. Vous n'avez ménagé aucun effort à nous conseiller et orienter sur la réalisation de ce travail. Veuillez accepter notre entière considération.

**A notre maitre et directeur de thèse
Professeur Sounkalo DAO**

- **Maitre de conférences de maladie infectieuse à la FMPOS**
- **Enseignant chercheur au Serefo**
- **Président de la société malienne de pathologies infectieuses et tropical (SOMPIT)**
- **Membre de SAPI (société africaine de pathologies infectieuses)**
- **Membre de la société de maladie infectieuse d'expression française**

Cher maitre

Nous ne vous remercions jamais assez de nous avoir confié ce travail et surtout de nous aider à le réaliser grâce à votre humanisme, vos connaissances scientifiques et votre disponibilité permanente. Nous avons été séduits par votre qualité d'accueil et d'encadrement. Homme de principe, votre rigueur scientifique fait de vous un maitre exemplaire et reconnu par tous. Votre souci du travail bien fait nous a amené à croire en vos propres capacités. Nous vous prions d'accepter ici l'expression de notre profond respect et notre profonde gratitude.

A notre maitre et co-directeur**Docteur Oumar SANGHO**

- **Médecin chef du Centre de Santé de Référence de NIONO.**
- **Médecin de Santé Publique-Master en « organisation et Management des Systèmes Publiques de Prévention vaccinale dans les Pays en Développement »**

Cher Maitre,

Nous vous sommes redevables de l'aboutissement de ce travail.

Vous nous avez éclairés par votre savoir faire et votre rigueur.

Nous sommes fiers d'être comptés parmi vos élèves ; vous êtes pour nous un médecin d'excellence.

Recevez l'expression de notre reconnaissance et notre profond respect.

INTRODUCTION

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

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

En Afrique de l'Ouest francophone, la prévalence de l'infection par le VIH est aux alentours de 2% de la population générale dans plusieurs pays. Les estimations fixent à plus de 4.784 000 le nombre de personnes vivant avec le VIH ou le SIDA dans cette région aux faibles ressources économiques. [2]

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

Les femmes, les jeunes, et les adolescents constituent partout les couches les plus touchées. Le VIH et SIDA affectent les fondements même du développement et met en péril tout l'ordre sécuritaire établi. Tous les secteurs sont concernés avec les incidences énormes surtout dans les secteurs de l'éducation, de la santé et du développement socio-économique. [3]

L'infection à VIH fait l'objet d'une attention soutenue depuis plus de 10 ans. Pourtant malgré l'énorme quantité d'informations accessibles et transmises, il est paradoxal de constater que la réalité de cette pandémie ne s'est pas encore installée dans la conscience de la majorité de la population. Les infections sexuellement transmissibles (IST), le VIH et le SIDA progressent dans les pays d'Afrique [2].

Au Mali, les résultats de l'enquête démographique de santé (EDS IV 2006) ont mis en évidence une prévalence de 1,3% avec une estimation de 130000 personnes vivant avec le VIH. Cette prévalence varie selon les régions du Mali dont les plus touchées sont : district de Bamako (1,9%), Mopti (1,4%) et la région de Ségou ne reste pas en marge avec un taux de (1,3%). L'évolution non maîtrisée de cette tendance pour le Mali peut nous amener à un taux de 6% en 2010 [4]. Cette moyenne nationale, peut paraître faible en comparaison avec d'autres pays Africains. Ce chiffre ne doit pas nous tromper sur la vraie nature du mal car il ne reflète pas les grandes disparités, avec des taux particulièrement élevés chez certains groupes à risque et vulnérables tels que les professionnels de sexe (35,9%), les transporteurs routiers (environ 2,5%).

Aujourd'hui, l'infection à VIH n'est pas seulement une maladie ; elle est devenue un important problème de développement voire un fléau national. A ce titre, sa gestion devient une mission nationale, hautement prioritaire et d'une grande portée stratégique pour notre pays. Plus le paludisme, il est devenu une des principales causes de morbidité et de mortalité. Il pourrait constituer à terme une menace pour la stabilité et la survie de notre pays, parce que touchant les

jeunes, les femmes, et les institutions comme: éducation, armée, agriculture, mines, industries, etc.

Pour ne pas tomber dans ces travers et prendre cette responsabilité lourde de conséquences devant l'histoire, les autorités maliennes ont depuis longtemps accordé la priorité à la lutte contre l'infection à VIH aujourd'hui devenue un défi majeur et une préoccupation pour les gouvernants. Elle occupe de ce fait une place de choix dans toutes les politiques et stratégies nationales mises en place ces dernières années. La création du Haut Conseil National de Lutte contre le SIDA (HCNLS) présidé par le Président de la République est un des exemples illustrant la volonté du gouvernement du Mali dans le cadre de la lutte contre cette maladie dans notre pays.

L'accès au traitement par Antirétroviraux (ARV) aux personnes vivant avec le VIH ou le SIDA est une réponse du gouvernement du Mali dans le cadre de la lutte contre la pandémie mais aussi un accompagnement des PVVIH dans le cadre de l'accès aux soins de proximité conduisant à la décentralisation des activités de prise en charge des PVVIH, témoignant ainsi que le message politique du président de la république a une valeur scientifique ; je cite : « **les malades ne viennent plus vers les médicaments mais les médicaments vers les malades** » fin de citation.

A Niono, cette décentralisation est intervenue en Décembre 2006. Tout le système a été mis en place en partenariat avec l'ONG **SOLTHIS**.

Le but de ce travail est d'évaluer la prise en charge du VIH et du SIDA dans les centres de santé de référence au Mali ; nous nous intéressons au cas spécifique de Niono.

2. OBJECTIFS

A- Objectif général:

Evaluer la prise en charge des PVVIH au niveau du centre de santé de référence de Niono.

B- Objectifs spécifiques:

- 1.** Déterminer le profil épidémiologique des PVVIH dans le district sanitaire de Niono
- 2.** Déterminer le profil clinique des PVVIH dans le district sanitaire de Niono
- 3.** Evaluer le suivi des PVVIH dans le district sanitaire de Niono

3. GENERALITES :

3.1. Historique :

En 1981 ont été repérés les premiers cas d'une pathologie nouvelle lorsque le docteur Michael GOTTLIEB de l'université de Californie à Los Angeles eut la surprise d'observer en 3 mois quatre malades d'une trentaine d'années souffrant d'une pneumonie à *Pneumocystis firovecii excausui* et ayant en commun l'homosexualité et un effondrement de leurs systèmes immunitaires.

Le 5 juin 1981, les 5 premiers cas de ce qui sera dénommé par la suite «syndrome d'immunodéficience acquis » sont rapportés par le « center for disease control » (CDC) d'Atlanta dans the Mortality and Morbidity weekly report. Ce fut la sonnerie d'alerte. [6]

Dans les mois qui suivent, ce sont des cas de sarcome de Kaposi, tumeur rarissime chez le jeune, qui furent observés, là encore chez les homosexuels. Une nouvelle maladie liée à un déficit de l'immunité a été soupçonnée. [6]

En 1982, alors que l'affection était communément désignée sous le terme G.R.I.D (gay related immunodeficiency syndrome), celui d'AIDS (acquired immunodeficiency syndrome) est unanimement adopté.

En mai 1983, le virus fut isolé sous le nom de LAV (lymphadenopathy Associated Virus) dans les cultures de lymphocytes T provenant d'un patient atteint d'un syndrome de lymphadénopathie à l'institut Pasteur par l'équipe du professeur Luc MONTAGNIER.

En juin 1984 Safai-Gallo et son équipe reconnaissent 100% des patients atteints de SIDA, positifs pour l'anticorps anti HTLV3 (human T lymphotropic virus 3) qui est identifié au LAV et rebaptisé VIH.

En février 1985 est confirmée l'activité de la zidovudine(AZT) sur le virus et le mois suivant, on assiste à la commercialisation du premier test de diagnostic sérologique [7].

La classification des virus du Sida a été faite en 1993 par le CDC d'Atlanta. En 1995, il y a eu le développement des bithérapies et de la mesure de la charge virale.

L'année 1996 marque un tournant dans l'histoire de la prise en charge médicale du Sida avec l'avènement de la trithérapie. [5]

En 1999, ce fut la mise au point des antagonistes des récepteurs CD4 lymphocytaires à l'instar du *Pentafuside* ou *T-20*. [8]

Depuis, de nombreuses découvertes se sont suivies à propos. Malgré tout cela l'environnement complexe du VIH n'est pas encore totalement élucidé.

3.2. **LES AFFECTIONS OPPORTUNISTES AU COURS DU SIDA [7]**

3.2.1 **.Les manifestations dermatologiques:**

Elles sont observées chez près de 80% des patients atteints de sida.

Les atteintes courantes sont entre autres :

-*Le prurigo* : c'est la dermatose la plus fréquente. Elle est retrouvée chez plus de 20% des malades. Associé à un amaigrissement de cause inconnue, elle revêt un caractère spécifique de l'infection à VIH en zone tropicale.

-La modification des cheveux : *L'alopecie* diffuse à prédominance temporale est fréquente.

-*L'allergie* : aux médicaments est plus fréquente chez les sujets séropositifs que dans la population générale, d'où la fréquence des *toxidermies* dans cette population.

-*Les mycoses cutané-muqueuses* : La candidose orale est d'une grande fréquence au cours du SIDA. Elle siège habituellement à la langue, réalisant une langue blanchâtre ou une langue érythémateuse ou encore une langue noire mais peut également atteindre n'importe quelle partie de la cavité buccale sous forme d'enduits blanchâtres et des commissures labiales (perlèche ou chéilites candidosiques). On peut également citer la *cryptococcose* cutanée survenant lors des *cryptococcoses* disséminées et *l'histoplasiose* cutanée se traduisant par une dissémination de l'infection et par un rash cutané avec lésions nécrotiques.

-*Les viroses cutané-muqueuses* : parmi ces types de viroses on peut citer *l'herpès* chronique cutané-muqueux péri-oral ou périnéal, *le zona*, *la leucoplasie* velue (ou chevelue) de la cavité orale probablement due au virus d'Epstein Barr, aussi *le molluscum contagiosum* et *les végétations vénériennes*.

Le traitement des viroses comme le zona et l'herpes chez les immunodéprimés fait appel à des antiviraux onéreux

-*Le sarcome de Kaposi* : il est plus rare en zone tropicale que dans les pays développés.

3.2.2 **Les manifestations cardiaques [9]**

Les atteintes cardiaques au cours du SIDA font l'objet de travaux de plus en plus nombreux. Toutes les tuniques du cœur sont concernées, mais *la myocardite* presque toujours compliquée d'insuffisance cardiaque et à plus ou moins long terme, de cardiomyopathie dilatée semble être la plus fréquente et la plus grave.

L'endocardite est relativement rare, *la péricardite*, généralement liquidienne est fréquemment rapportée avec parfois des tamponnades. Dans la littérature, la fréquence des péricardites varie de 16 à 40% et celle de l'endocardite de 2 à 10%.

3.2.3 **Les manifestations rénales [10]**

Les manifestations rénales du SIDA touchent l'appareil urinaire dans son ensemble. L'éventail des complications rénales au cours de l'infection à VIH, va des *glomérulonéphrites aux infections intra rénales, aux néphrites interstitielles* et aux *nécroses tubulaires aiguës*.

De fréquentes perturbations de l'équilibre acido-basique ou hydro-électrique, secondaires soit à un manque d'apport ou à des vomissements ou encore à des diarrhées chroniques vont occasionner des troubles hémodynamiques à l'origine de dysfonctions rénales, de *réaction addisonnienne*, ce qui viendra compliquer les lésions préexistantes. Sur cet ensemble d'atteintes potentielles, il faut ajouter l'effet néphrotoxique de bien des ARV et ceux utilisés pour combattre les infections à germes opportunistes.

Les antiviraux à toxicité rénale sont : le *valaciclovir, l'indinavir et le saquinavir*.

3.3 **Les manifestations neurologiques [7]**

Le système nerveux (central et périphérique) est un organe cible fréquemment atteint au cours de l'infection par le VIH. En effet, il peut être le siège :

- de pathologies opportunistes (*la toxoplasmose fréquente, la cryptococcose, la tuberculose, et la LEMP*),
- d'une pathologie tumorale comme *le lymphome cérébral*,
- enfin d'une pathologie liée au neurotropisme propre au VIH.

La fréquence des affections neurologiques est extrêmement élevée au cours du SIDA dans les pays développés, variant entre 35 et 80 %. Ainsi Levy et Coll rapportent que l'existence d'une atteinte neurologique devient beaucoup plus élevée si l'on considère les données autopsiques. Environ

70 à 80 % des patients présentent au moment du décès au moins une pathologie touchant le système nerveux central ou périphérique. En zone tropicale, cette prévalence n'est pas appréciée avec certitude, mais les manifestations neurologiques sont fréquentes, venant en troisième position après les atteintes cutanées et les atteintes digestives.

3.4. Les manifestations digestives : [11]

La diarrhée est l'un des symptômes les plus fréquents du SIDA en zone tropicale. Elle est souvent cholériforme avec un volume liquidien pouvant aller jusqu'à 15 litres, ou faite de quelques selles liquides, continues ou marquées par des rémissions spontanées.

Les causes peuvent être :

-Parasitaires et l'étiologie est souvent une *isosporose* ou *cryptosporidiose*. Elles constituent les principales infections responsables des diarrhées en milieu tropical. D'autres sont moins fréquentes dont l'*anguillulose*, la *microsporidiose*.

-Bactériennes et les germes incriminés sont *les salmonelles mineures*, *les shigelles*, *le campylobacter*.

-Virales, souvent dues aux *virus herpès simplex* et au *cytomegalovirus* (CMV). D'autres causes interviennent exceptionnellement, ce sont *les mycoses*, *les tumeurs* et d'autres diarrhées qui sont sans étiologies retrouvées.

Parmi les atteintes oesophagiennes la *candidose oesophagienne* est particulièrement fréquente au cours de l'infection à VIH en zone tropicale. Elle se manifeste par une dysphagie et des douleurs rétro sternales. Et cette affection doit être traitée énergiquement car elle entrave l'alimentation et aggrave l'état de dénutrition des malades. L'étiologie

d'une atteinte oesophagienne peut être liée aussi à CMV ou à *herpès simplex* virus et rarement au *sarcome de kaposi*.

L'atteinte gastrique la plus fréquente est une localisation de *sarcome de kaposi*. On note également des atteintes *hépatobiliaires* au cours de l'infection à VIH. Les différents germes responsables des infections disséminées (*Mycobacterium atypique*, *Cryptocoque*, *Histoplasme*) peuvent être détectés dans le foie à l'examen direct.

3.5. Les manifestations pulmonaires : [6]

Les anomalies de l'immunité cellulaire qui caractérisent le SIDA favorisent l'expression de diverses infections pulmonaires causées tant par des organismes opportunistes que par des germes non opportunistes. Le *Pneumocystis firovecü* occupe la première place des pathogènes opportunistes, suivi par le cytomégalovirus (CMV), les mycobactéries atypiques (essentiellement le *Mycobacterium avium* intercellulaire) et le *Cryptococcus neoformans*. Au sein des germes non opportunistes, on trouve essentiellement le *Mycobacterium tuberculosis*, ainsi que des pathogènes à délimitation géographique précise tels qu'*Histoplasma capsulatum* et *Coccidiodes immitis*. Il ne faut cependant pas oublier les bactéries pyogènes classiques pour lesquelles une fréquence accrue d'infections pulmonaires est de plus en plus signalée chez les patients immunodéprimés.

Parallèlement à ces manifestations infectieuses, les atteintes pulmonaires par le sarcome de kaposi tant au niveau bronchique qu'alvéolaire, et la *pneumonie interstitielle lymphoïde* constituent un autre versant important de la pathologie pulmonaire liée au SIDA.

Les études pulmonaires extensives recouvrent 41% de complications pulmonaires chez des patients porteurs d'un SIDA.

3.6. Les manifestations oculaires :

Elles sont fréquentes, survenant en moyenne chez 67% des patients au cours de l'évolution de leur maladie. Parmi les principales manifestations on peut citer :

- **Les manifestations vasculaires rétiniennes non infectieuses : [12]**

- les nodules cotonneux*. C'est le signe le plus fréquemment rencontré,

- La micro angiopathie rétinienne ischémique* : elle est très fréquente puisqu'on la retrouve chez 89 à 100% des cas d'examens d'autopsie,

- Les vascularites rétiniennes* : elles sont d'apparence purement inflammatoire et sont beaucoup plus fréquentes chez les enfants, mais elles sont parfois retrouvées chez l'adulte.

- **Les atteintes infectieuses rétino-choroïdiennes : [6]**

Les manifestations oculaires les plus graves rencontrées au cours de l'infection à VIH sont dues aux infections opportunistes pouvant même conduire à la cécité. Les principaux agents pathogènes rapportés dans la littérature sont : CMV (cytomégalovirus), *Mycobactérium avium-intercellulaire*, *cryptococcus neoformans*, *Toxoplasma gondii*, *herpès simplex*, *Candida albicans* et *histoplasma capsulatum*.

De toutes les rétinites nécrosantes celle à CMV est de loin l'infection oculaire la plus fréquente au cours de l'infection à VIH.

- Les atteintes infectieuses du segment antérieur tel que *le zona ophtalmique*.

- Les manifestations tumorales : *le sarcome de kaposi* touchant les paupières, le bord libre palpébral, la conjonctivite et très rarement l'orbite. Elles ne surviennent qu'en cas d'extension généralisée ; on peut citer les lymphomes malins.

-Les manifestations neuro-ophtalmiques : elles ont pour étiologie la pathologie intracrânienne rencontrée au cours de l'infection à VIH.

Le VIH a pu être isolé dans les larmes et les cellules épithéliales cornéennes et conjonctivales. La présence du VIH a été montrée dans la rétine par des cultures et des marquages avec des anticorps monoclonaux. Le VIH est trouvé au niveau des cellules endothéliales capillaires et des cellules neurorétiniennes, confirmant son neurotropisme. Cette infection serait responsable de la microvasculopathie rétinienne et donc de la formation des nodules cotonneux.

3.7. Les autres manifestations :

- **Les manifestations rhumatologiques :** sont signalées au cours du SIDA : *les polyarthralgies et myalgies*, les manifestations neurologiques périphériques à type de sciatique ainsi que des atteintes articulaires.
- **Les lymphomes :** et autres tumeurs malignes surviennent au cours de l'infection à VIH et ce sont les lymphomes malins non Hodgkiniens qui sont les plus fréquents.
- **Les adénopathies :**
Elles sont fréquentes au cours du SIDA et elles sont présentes depuis les premiers moments de l'infection. Elles se présentent sous forme de poly adénopathies généralisées.

3.8. LA PRISE EN CHARGE THERAPEUTIQUE DES PVVIH :

Malgré les multiples recherches engagées, aucune thérapie ne permet une guérison complète de l'infection. Les thérapies mises au point en ce jour ne permettent que de limiter l'immunodépression du sujet infecté de façon à éviter les infections opportunistes et donc lui permettre de vivre avec son infection. Elles tendent à concevoir l'infection par le VIH comme une maladie chronique à prise en charge au long cours et surtout pas comme une fatalité.

Ces médicaments sont appelés les *anti rétroviraux* (ARV).

-

3.8.1. Définition des anti rétroviraux :

Les anti rétroviraux sont des anti-infectieux; antiviraux essentiellement virostatiques agissant par inhibition enzymatique.

3.8.2. Classification des anti rétroviraux : [13]

3.8.3. Tableau : I

| Inhibiteurs de la RT | | Inhibiteurs des protéases | Inhibiteurs d'attachement du virus |
|---|---|---|--|
| Les Nucléosidiques | Les non Nucléosidiques | | |
| Zidovudine (AZT) Didanosine (DDI) Zalcitabine (DDC) Stavudine(D4T) Lamivudine (3TC) Abacavir(ABC) | Névirapine (NVP) Efavirenz (EFV) Delaviridine (DLV) | Saquinavir (SQV) Ritonavir (RTV) Nelfinavir (NFV) Indinavir (IDV) Aprénavir (APV) | -Inhibiteurs d'attachement : Polysulfates, Polysulfonates, Polycarboxylates . Pro542 (IgG anti CD4) -Antagonistes des corecepteurs : Anti Rantes(contre CCR5) T22 (contre CXCR4) -Inhibiteur de fusion : T20 |

3.8.3. Mécanisme d'action des ARV :

Les ARV fonctionnent en inhibant l'action de la RT (transcriptase reverse) ou de la protéase (inhibiteurs de la RT les anti-protéases) ou encore en empêchant l'entrée du virus.

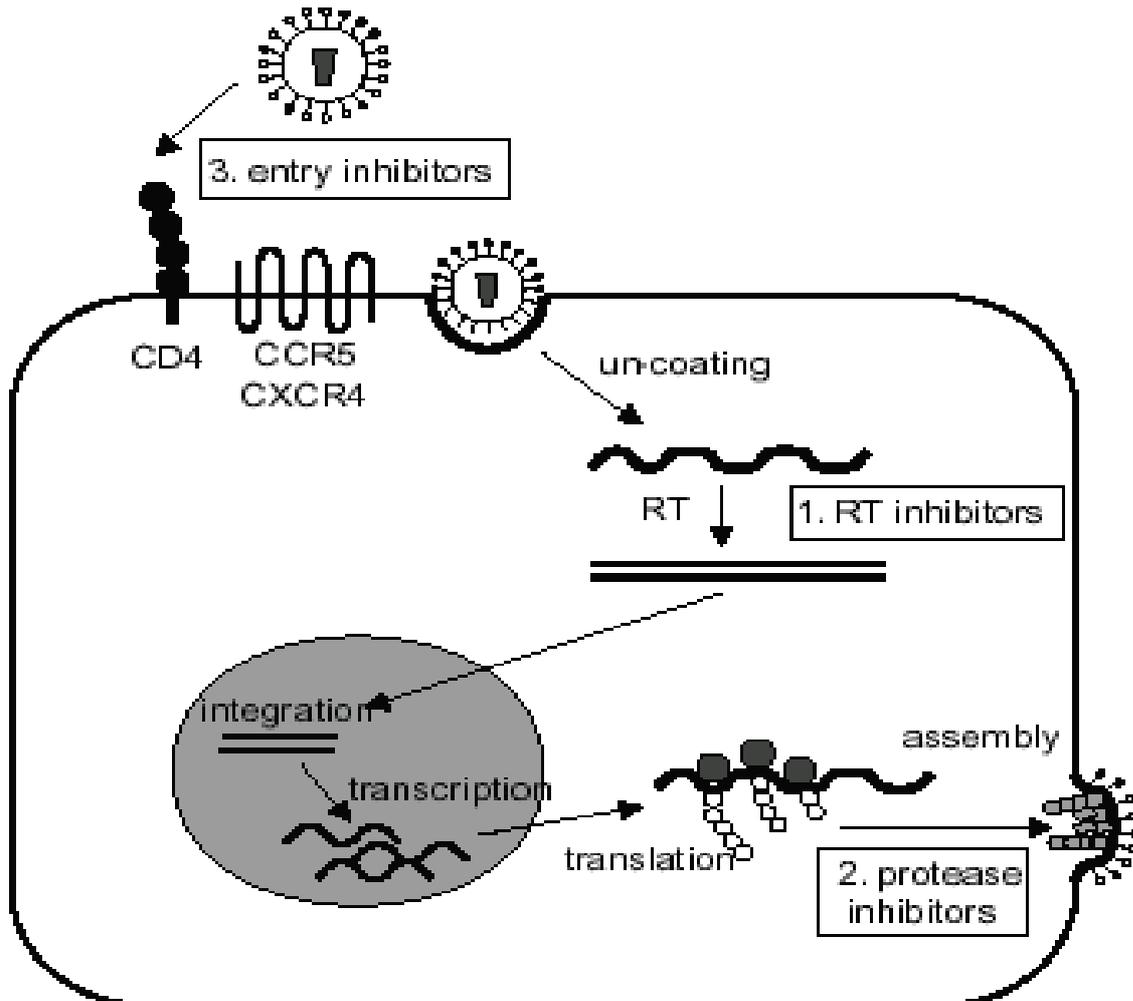


FIG : 1 Mécanisme d'action des ARV :

3.8.4. La mise en route du traitement ARV [13]

Chaque pays définit ses propres critères de mise en route du traitement. Il existe cependant des recommandations internationales qui guident la sélection des candidats à la mise en route du traitement :

- Tout patient ayant une infection à VIH symptomatique, quel que soit le nombre de lymphocytes CD4+ et l'importance de la charge virale.
- Tout patient ayant un nombre de CD4+ <350/mm³
- Tout patient ayant une charge virale élevée c'est-à-dire > 30 000 copies /ml en RT-PCR (retro-transcriptase polymérase chain reaction)

Selon les recommandations on envisagera le traitement quand la charge virale est intermédiaire : 10 000 – 30 000 copies / ml (RT-PCR) et le nombre de cellules CD4+ compris entre 350 /mm³ et 500 /mm³.

Le traitement des patients asymptomatiques ayant une numération de cellules CD4+ > à 500 / mm³ est en général reporté aussi longtemps que la probabilité d'apparition d'un déficit immunitaire important et d'une évolution clinique de l'infection à VIH reste faible.

Les autres examens complémentaires qui doivent précéder la mise en route du traitement ARV sont : la sérologie VIH de confirmation, la charge virale plasmatique, le taux de CD4/CD8, la numération formule sanguine, les sérologies VHB, VHC et syphilitique, des analyses biochimiques (la glycémie, la créatininémie, les transaminases, le CPK, la lipasémie) la recherche de KOAP dans les selles et la radiographie pulmonaire.

Après la mise en route du traitement ARV le patient doit subir un contrôle régulier de son traitement qui consiste à faire :

Au premier mois :

- une vérification de l'efficacité du traitement par :
 - la numération des lymphocytes T CD4,
 - le contrôle de la charge virale plasmatique,

- la surveillance de la toxicité des ARV par,
- la numération formule sanguine,
- le dosage des transaminases,
- le dosage de créatininémie,
- le dosage des phosphatases alcalines,
- un bilan métabolique par le dosage de la glycémie

A partir du troisième mois un protocole similaire est adopté avec quelques examens complémentaires de plus ainsi l'efficacité du traitement est vérifié par les mêmes examens complémentaires, pour la surveillance de la toxicité, en plus des examens cités plus hauts sont effectués la lipasémie, l'amylasémie, le dosage de la bilirubine. Le dosage du cholestérol et des triglycérides fera partie du bilan métabolique et le bilan des affections opportunistes complétera le bilan du premier trimestre.

3.9. Politique malienne en matière de traitement antirétroviral [25]

Depuis l'adoption de la déclaration de politique en avril 2004, les plus hautes autorités du Mali ont fait de la lutte contre le VIH et le SIDA une priorité nationale, en y impliquant tous les secteurs (public, privé et société civile). Ainsi, dans le domaine de la prise en charge, le Mali a opté pour la décentralisation des soins et du traitement, permettant d'approcher les services aux populations. Dans ce domaine, d'énormes efforts ont été consentis, notamment la gratuité des soins et du traitement, l'ouverture des sites de traitement dans toutes les régions. Cette politique a permis de mettre sous traitement 29260 patients à la date du 31 décembre 2009 contre 26000 prévus dans le plan sectoriel de lutte contre le VIH/SIDA du Ministère de la Santé.

3.9.1 Objectifs

3.9.1.1 Objectif général

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

3.9.1.2 Objectifs spécifiques

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

3.9.2 Fondements et principes

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

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

- l'équité : les services de prise en charge de qualité acceptable seront disponibles pour toutes les personnes qui en ont besoin, indépendamment du sexe, de l'âge, de la race, de l'appartenance ethnique, de la religion, de la nationalité, du revenu, du lieu de résidence. On insistera particulièrement sur la décentralisation de l'accès aux ARV.
- l'implication de la communauté : la pleine participation des communautés dans la planification, la mise en œuvre et l'évaluation des services de prise en charge est un gage de succès et d'efficacité de la réponse médicale au VIH et sida. Le développement d'un multi partenariat entre les communautés, le secteur public, les associations de PVVIH, les ONG et le secteur privé sera renforcé.
- la prestation de services de qualité : elle devra respecter les normes et procédures nationales adoptées en matière de prise en charge, de disponibilité des médicaments et d'attitudes positives du personnel de santé.
- le renforcement du système de santé : la mise en place du programme de prise en charge doit permettre le renforcement du système de santé dans son ensemble. Le programme visera par ailleurs à améliorer la qualité des activités de prévention en milieu de soins : conseil et dépistage volontaire, prophylaxie de la transmission du VIH de la mère à l'enfant, protection du personnel, prise en charge des infections sexuellement transmissibles.
- le renforcement des activités de prévention : la mise en place du programme ne devra pas se faire au détriment des activités de prévention (mobilisation sociale, IEC, distribution de préservatifs.) destinées à la population générale et aux groupes cibles, et qui devront être renforcées.
- la pérennité des stratégies et des services de prise en charge : elle dépendra d'un engagement national à long terme, d'un partenariat efficace entre l'Etat, les partenaires techniques et financiers et la société civile. Le programme de prise en charge prendra en considération les besoins organisationnels à long terme en ressources humaines, logistiques et financières.

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

- Cadre institutionnel

Les reformes institutionnelles adoptées en 2004, ont conduit à la création des structures ci-dessous :

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

Sa mission est de :

- veiller à la promotion de la politique nationale de lutte contre le sida ;
- suivre les programmes d'intervention ;
- faire le plaidoyer en vue de la mobilisation des ressources et de la pleine adhésion des populations aux objectifs, stratégies et programmes de lutte contre le sida.

Son secrétariat exécutif a pour mission de :

- assurer la coordination des activités concourant à l'élaboration, la mise en œuvre, le suivi et l'évaluation du Programme National Multisectoriel de Lutte contre le VIH/SIDA ;
- assurer la coordination de l'appui des partenaires au développement ;
- établir les rapports d'exécution technique et financière et en assurer la transmission au Haut Conseil National de Lutte contre le SIDA ;
- veiller à la transparence du processus de passation des contrats, à la réalisation des audits et autres contrôles ;
- collecter et diffuser les informations stratégiques relatives à la pandémie ;
- assurer la coordination de la gestion technique et financière des différentes contributions au Programme National Multisectoriel de Lutte contre le VIH/SIDA ;
- tenir le secrétariat technique du Haut Conseil National de Lutte contre le SIDA.

3.9.4 Le Comité Sectoriel de Lutte contre le SIDA du Ministère de la santé (CSLS) :

Il est chargé d'assister le Ministre de la Santé dans l'élaboration, la coordination, la mise en œuvre et le suivi/évaluation du plan sectoriel de lutte contre le VIH/SIDA du secteur de la Santé.

Le secrétariat du Comité Sectoriel de Lutte contre le SIDA dans le secteur de la santé est assuré par une Cellule chargée des tâches suivantes :

- Préparer et suivre la mise en œuvre des accords de coopération et de collaboration du ministère de la Santé avec les partenaires techniques et financiers et veiller à leur mise en œuvre ;
- Assurer un appui conseil aux structures publiques et privées de mise en œuvre du Plan dans le domaine de la programmation, de l'élaboration des normes et procédures et de la mobilisation des fonds ;
- Instruire toutes questions à lui soumises par le ministre chargé de la Santé ;
- Préparer les documents devant être examinés par le Comité sectoriel ;
- Assurer le secrétariat des réunions du Comité sectoriel et veiller à l'exécution de ses décisions et recommandations ;

3.10 Les missions des organismes personnalisés, des services centraux et rattachés du Ministère de la Santé dans le domaine de la lutte contre le VIH et le SIDA

3.10.1 La Direction Nationale de la Santé

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

3.10.2 Les Directions Régionales de Santé

Les Directions Régionales de Santé sont la cheville ouvrière de la lutte contre la maladie. Elles assurent le suivi rapproché des activités, identifient les besoins prioritaires en ressources humaines, matérielles et financières. Elles sont chargées de centraliser et d'analyser les informations à l'échelon régional et de rendre compte au Directeur national de la santé.

3.10.3 Les hôpitaux et autres structures de prise en charge

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

3.10.4 La Direction de la Pharmacie et du Médicament

Elle a pour mission de veiller au respect des procédures d'autorisations de mise sur le marché des médicaments et des réactifs et de définir les

normes dans le domaine de la pharmacie et du médicament. Elle participe également à la centralisation de l'estimation des besoins, ainsi qu'aux activités de formation, de suivi et d'évaluation.

3.10.5 La Pharmacie Populaire du Mali

Elle est responsable de l'approvisionnement et de la distribution des médicaments et réactifs aux sites de prise en charge, du suivi et de la gestion des stocks.

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

Outre ses fonctions propres de laboratoire de référence, il participe à la recherche, à la formation des biologistes, Il élabore et assure la mise en œuvre du système de contrôle de qualité des laboratoires.

3.10.7 Le Laboratoire National de la Santé

Il procède aux contrôles de qualité des médicaments et des dispositifs médicaux.

3.10.8 La Cellule de Planification et de Statistiques

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

3.10.9 L'Inspection de la Santé

Elle vérifie et veille au respect des normes et procédures de la politique nationale de prise en charge.

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

Ils appuient la Cellule du Comité Sectoriel de Lutte contre le SIDA du Ministère de la santé dans leur domaine de compétence.

➤ Les comités d'experts à l'échelon national (voir annexes)

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

- L'élaboration ou la révision des normes, protocoles, directives et des bonnes pratiques de la prise en charge globale des PVVIH ;
- L'élaboration de modules de formation et la formation des formateurs ;
- L'estimation des besoins, le suivi de l'approvisionnement et de la distribution des médicaments, réactifs et consommables ;
- Le respect de l'éthique et des droits humains ;

- L'initiation, l'approbation et le suivi technique des projets de recherche ;
- Le suivi et l'évaluation des activités.

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

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

➤ Les entreprises des secteurs public et privé

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

Avenir thérapeutique : [15]

Il est de plus en plus évident que l'évolution et l'issue de l'infection à VIH sont essentiellement déterminées par les événements qui se déroulent pendant la primo-infection. Il semble qu'une réponse immunitaire cellulaire spécifique et efficace vis-à-vis du VIH ait lieu chez les sujets infectés. D'où le renforcement de cette réponse immunitaire de l'hôte et notamment le traitement par l'interleukine II et par certains immunogènes dérivés du SIDA.

Une thérapie en évaluation consiste en un traitement ARV avec des interruptions programmées en espérant que ces interruptions permettent au système immunitaire d'être exposé au VIH ce qui pourrait favoriser une meilleure réponse immunitaire et augmenter la maîtrise de l'infection. Elle aura l'avantage de diminuer la toxicité, d'améliorer la tolérance, d'augmenter l'observance et de diminuer le coût global de la prise en charge.

3.9 **La recherche vaccinale :**

Dans ce domaine bien d'efforts appréciables ont été consentis même si jusqu'aujourd'hui il n'y a pas encore de résultats concluants.

On distingue trois axes de recherche vaccinale :

- Le vaccin préventif : celui-ci éviterait aux personnes non infectées de contracter la maladie.
- Le vaccin thérapeutique : il évitera aux personnes infectées l'immunodépression rapide à l'origine des infections opportunistes.
- Le vaccin néo-natal : il diminuera le risque d'infection chez le nouveau-né à partir de sa maman.

3.13. LES DIFFERENTS ASPECTS D'IMPACTS SOCIAUX :

3.13.1 L'impact démographique : [16]

Le VIH est maintenant une des principales causes de décès en Afrique subsaharienne et la quatrième maladie la plus meurtrière du globe. En 2003 il a fait près de 3 millions de victimes. L'espérance de vie en Afrique subsaharienne est aujourd'hui de 47 ans alors qu'elle serait de 62 ans sans le SIDA. L'espérance de vie en Haïti entre 2000 et 2005 sera inférieure de près de six ans à ce qu'elle aurait été sans le SIDA. En Asie, le Cambodge a observé une baisse de quatre ans.

3.13.2 L'impact sur les ménages : [6]

Dans de nombreux cas la présence du SIDA signifie que la famille va se disperser, lorsque les parents décéderont et que les enfants seront envoyés auprès des membres de la famille chargés de s'en occuper et de les élever. En Côte d'Ivoire une étude a révélé que le revenu des ménages de PVVIH correspondait à la moitié du revenu moyen des ménages dans la population générale. La perte des revenus, le surcroît, des dépenses liées aux soins, la réduction de la capacité des dispensateurs de soins à travailler ainsi que l'augmentation des coûts de la santé et des obsèques poussent d'avantage ces familles dans la pauvreté. Selon une autre étude en Côte d'Ivoire, les dépenses liées aux soins de santé peuvent augmenter de 400% lorsqu'un membre de la famille a le SIDA.

Le VIH et le SIDA constituent une menace potentiellement importante pour la sécurité alimentaire et la nutrition notamment en diminuant la disponibilité de nourriture, d'où une baisse d'accès à la nourriture, parce que les ménages ont moins d'argent. On estime que quelques 20% des familles rurales du Burkina Faso ont réduit leur travail agricole ou même abandonné leurs champs à cause du SIDA.

3.13.3 L'impact sur le secteur de l'éducation : [16]

A l'échelle mondiale, le VIH et le SIDA constituent un obstacle important à la réalisation de l'accès universel des enfants à la scolarisation d'ici 2005 (objectif clé de l'initiative « Education pour tous » de l'UNESCO et des objectifs de développement pour le millénaire). On estime à un milliard de dollars par année le coût supplémentaire susceptible de compenser les effets du Sida (pertes et absentéisme des enseignants et encouragement à la demande destinée à maintenir à l'école les orphelins et autres enfants vulnérables).

Les enfants et en particulier les filles des familles touchées par le sida sont retirés de l'école afin de compenser les pertes de revenu dues à la maladie des parents et aux dépenses connexes, de prendre soin des membres de la famille qui sont malades et de s'occuper du ménage. Ces familles retirent aussi parfois leurs enfants de l'école lorsqu'elles n'ont plus les moyens de payer les frais de scolarité.

3.13.4 L'impact économique : [7]

Par son impact sur la main d'œuvre, les ménages et les entreprises, le VIH et le SIDA peuvent constituer un frein important à la croissance économique et au développement.

L'effet net sur le PIB par habitant est négatif. Pour les pays dont la prévalence du VIH et SIDA est de 20 %, on estime que la croissance annuelle du PIB chute en moyenne de 2,6 %. Et des calculs plus récents montrent que le taux de la croissance économique est tombé de 4 à 2 % en raison du SIDA.

Une étude a prédit que l'économie de l'Afrique du SUD aurait entre 2000 et 2005 une croissance annuelle inférieure de 0,3 à 0,4 % à ce qu'il aurait été

sans le SIDA. Des études montrent également que bien que ce soit sur les catégories relativement peu qualifiées du marché du travail que le SIDA aura le plus d'impact, les niveaux de chômage demeureront largement inchangés.

Le VIH et le SIDA ont de graves conséquences sur le monde du travail, ralentissant l'activité économique et le progrès social. La vaste majorité des personnes vivant avec le VIH et le SIDA dans le monde a entre 15 et 49 ans (principale période de la vie active). Le SIDA affaiblit l'activité économique en réduisant la productivité, en augmentant les coûts, en réorientant des ressources et en amenuisant les compétences. L'augmentation de l'absentéisme tend à gonfler les coûts visibles tout en ralentissant la productivité, ce qui met en danger la rentabilité. Des études en Afrique de l'Est ont montré que l'absentéisme pouvait représenter entre 25 et 54% des coûts de l'entreprise.

3.13.5. Les impacts psychologiques et anthropologiques :

Les conduites à risques restent les principaux facteurs concourant à l'évolution incessante de la prévalence de l'infection VIH dans le monde. Les jeunes sont les plus vulnérables à cause de ces comportements à risque. On estime que 11,8 millions de jeunes âgés de 15 à 24 ans vivaient avec le VIH et le SIDA dans le monde en 2002. [5]

Ces conduites sont liées aux loisirs, à la consommation de drogues, de l'alcool, du tabac, au comportement délinquant dans le contexte des transformations socio-sexuelles contemporaines. La tendance à avoir des relations sexuelles à un âge précoce donne un nombre de partenaires sexuels de plus en plus élevé. Ceci est aggravé par une insuffisance d'éducation et de pratiques en matière de bonnes conduites afin d'éviter le SIDA. [6]

La prostitution constitue particulièrement un facteur qui accroît la dangerosité face au SIDA. Il est parfois même impossible aux professionnels (les) du sexe d'insister pour avoir des rapports protégés puisqu'il y a souvent des clients récalcitrants capables de réagir avec violence. [17]

A la prostitution on peut associer l'itinérance et la vie dans la rue qui détériore l'état mental des jeunes sans foyer tout en contribuant à l'augmentation de la fréquence des comportements à risque.

Des facteurs ethniques sont également associés aux risques encourus face au SIDA. Ces facteurs sont directement liés à l'éducation reçue dès l'enfance, qui conditionne le comportement en temps d'activité sexuelle. L'éducation reçue dépend de la culture du peuple d'origine. Certaines cultures refusent catégoriquement les bonnes pratiques de prévention telle que l'utilisation des préservatifs. [18]

Au-delà du comportement à risque, la stigmatisation et la discrimination constituent l'autre face des comportements dangereux face au SIDA. En effet la stigmatisation et la discrimination persistent largement en dépit du fait qu'elles accroissent la vulnérabilité des personnes atteintes en les isolant et en les privant de soins et de soutien. Elles naissent de préjugés et inégalités qu'elles renforcent qu'ils soient liés au sexe, à la nationalité, à l'appartenance ethnique et à la sexualité ou à des activités qui sont considérées comme illégales (commerce du sexe, de drogue, homosexualité masculine)

Il semble alors plausible que le problème VIH et SIDA est un problème de comportement, d'où la nécessité de mettre en place un système efficace d'information, afin d'amener au changement de comportement et à l'adoption de bonnes pratiques pour mieux faire face à ce fléau.

3.14 **LES ASPECTS DE LUTTE**

3.14.1 **L'ONU/SIDA:**

C'est le principal ambassadeur de l'action mondiale contre le VIH et le SIDA. Elle a pour mission de conduire, de renforcer et de soutenir une riposte élargie à la pandémie de VIH et SIDA. Elle a été créée en janvier 1996. C'est un programme coparrainé qui regroupe l'UNICEF, le PNUD, le PNUCID, l'UNESCO, l'OMS, la Banque Mondiale et tout dernièrement l'OIT devenu co-parrain en octobre 2001. Son action a quatre buts :

- Prévenir la propagation du VIH;
- Offrir soins et appui aux personnes infectées par la maladie ;
- Réduire la vulnérabilité des personnes et des communautés au VIH et SIDA ;
- Atténuer les retombées humaines et socio-économiques de l'épidémie.

3.14.2 **Le fond mondial de lutte contre le SIDA, la tuberculose et le paludisme [6]**

Le fonds mondial est un partenariat public /privé créé pour attirer, gérer et distribuer les nouvelles ressources pour combattre le SIDA, la tuberculose et le paludisme ainsi que les effets sociaux et économiques négatifs qu'ils provoquent dans les communautés les plus démunies. Il a été créé en 2002 et collabore étroitement avec l'ONU sans être sous son égide. Il est l'un des principaux financiers des interventions de santé publique dans les pays en développement. Il est composé d'un nombre égal de donateurs et de gouvernements de pays en développement, chacun disposant de sept sièges. Il comprend en outre deux ONG, l'une du nord, l'autre du Sud, et deux sièges destinés au secteur privé, le premier pour les fondations, le deuxième pour les entreprises. Des sièges de droit, non accompagnés du droit de vote, sont attribués à des représentants des communautés

affectées, de la banque mondiale, de l'organisation mondiale de la santé (OMS) et de l'ONUSIDA.

Le Mali a reçu le financement fonds mondial 4^{ème} round qui tire vers sa fin et avec les résultats obtenus, le 8^{ème} round a été accepté.

3.14.3. **Au niveau décisionnel : [19]**

Les chefs d'Etat et les représentants de gouvernements se sont réunis du 25 au 27 juin 2001 lors de la session extraordinaire de l'assemblée générale des Nations Unies (UNGASS) consacrée au VIH/SIDA et il en est sorti la déclaration d'engagement sur le VIH/SIDA. Cette déclaration est un outil puissant qui permettra d'orienter et d'obtenir une action efficace. Dans l'ensemble, des décisions ont été prises dans le sens de :

- Réduire la prévalence du VIH ;
- De la collaboration avec la communauté internationale, la société civile et le secteur de l'entreprise pour renforcer les systèmes de santé et s'attaquer aux facteurs qui entravent l'accès aux médicaments ;
- Promulguer des lois, des réglementations et d'autres mesures destinées à faire cesser la discrimination à l'encontre des personnes vivant avec le VIH et le SIDA et les groupes vulnérables ;
- La création des environnements favorables pour les orphelins, les filles et les garçons infectés ;
- Evaluer l'impact économique et social de l'épidémie et élaborer des stratégies pour lutter contre celle-ci à tous les niveaux ;
- Accroître et accélérer la recherche sur la mise au point de vaccins contre le VIH et renforcer la recherche pour améliorer la prévention et le traitement.

En ce domaine notre pays a adopté les lois qui suivent :
Loi n° 06-028 / du 29 juin 2006 fixant les règles relatives à la prévention, à la prise en charge et au contrôle du VIH et Sida

L'Assemblée nationale a délibéré et adopté en sa séance du 02 juin 2006 ;
Le Président de la République promulgue la loi dont la teneur suit :

Chapitre 1: Des définitions

Article 1er : Au sens de la présente loi on entend par :

- Virus de l'immunodéficience humaine (VIH) : Virus responsable de l'infection pouvant aller jusqu'au Sida.
- Syndrome d'immunodéficience acquise (Sida) : Un état caractérisé par une combinaison de signes et symptômes, causés par le VIH qui attaque et affaiblit le système immunitaire du corps humain, en rendant l'individu infecté vulnérable aux autres infections potentiellement mortelles.
- Test anonyme : Procédure délicate au cours de laquelle l'individu testé ne révèle pas son identité. Le nom de la personne testée est remplacé par un chiffre ou un symbole permettant au laboratoire et à la personne testée de connaître le résultat.
- Dépistage obligatoire : Test de dépistage du VIH imposé à une personne ou caractérisé par le manque de consentement ou par un consentement vicié, par l'usage de la force physique, d'intimidation ou toute forme de rétorsion.
- Recherche du contact : Méthode utilisée pour retrouver et prendre en charge le partenaire sexuel d'une personne qui a été diagnostiquée comme ayant une infection sexuellement transmissible.
- Monitoring VIH / Sida : Documentation et analyse du nombre d'infections VIH / Sida
- Prévention du VIH / Sida : Mesures visant à protéger les non infectés du VIH et à minimiser l'impact de la maladie sur les PV VIH.
- Prise en charge : Ensemble des activités développées en direction des personnes affectées et infectées par le VIH / Sida pour les soulager, raccourcir le délai de portage du virus et diminuer le nombre de porteurs.

- Contrôle du VIH / Sida : C'est la maîtrise de l'infection par le VIH et l'empêchement de l'apparition de nouveaux cas ou des malades du Sida.
- Séropositif : Personne ayant la présence de VIH ou d'anticorps VIH lors du test.
- Séronégatif : Personne ayant une absence de VIH ou d'anticorps VIH lors du test.
- Test de dépistage VIH : Test de laboratoire fait sur un individu pour déterminer la présence ou l'absence d'infection à VIH
- Transmission du VIH : Contamination d'une personne par une autre personne déjà infectée, le plus souvent par des rapports sexuels, la transfusion du sang, le partage d'aiguilles intraveineuses ou autres objets souillés et par la transmission mère enfant.
- Transmission volontaire du VIH : Tout attentat à la vie d'une personne par l'inoculation de substances infectées par le VIH, de quelque manière que ces substances aient été employées ou administrées et quelles qu'en aient été les suites. Est réputée inoculation de substances infectées par le VIH, la transmission volontaire par voie sexuelle et / ou par voie sanguine.
- Comportement à risque : Participation d'une personne à des activités qui augmentent le risque de transmission ou d'acquisition du VIH.
- Consentement libre et éclairé : Accord volontaire d'une personne qui consent à se soumettre à une procédure basée sur l'information complète, que ledit accord soit écrit, verbal ou tacite.
- Confidentialité médicale : Relation de confiance existant ou devant prévaloir entre un patient en général ou une PVVIH en particulier et son médecin, tout travailleur de la santé, ainsi que toute personne dont les prérogatives professionnelles ou officielles, lui permettent d'acquérir de telles informations.

- Personne vivant avec le VIH (PV VIH) : Personne dont le test de dépistage révèle directement ou indirectement qu'elle est infectée par le VIH.
- Assistance psychosociale pré-test : Informations données à une personne sur les aspects biomédicaux du VIH / Sida et sur les résultats du test ainsi qu'à l'assistance psychologique et sociale nécessaire avant de lui faire subir le test de dépistage.
- Assistance psychosociale post-test : Informations fournies à Une personne ayant subi le test de dépistage du VIH ainsi qu'à l'assistance psychologique et sociale à la remise des résultats.
- Prophylaxie : L'ensemble des mesures qui visent à prévenir et à soigner le VIH sur l'individu et la communauté.
- Test de dépistage volontaire du VIH : Tes effectué sur une personne ayant accepté volontairement de se soumettre au dépistage.
- Moyens de diffusions de masse : Radiodiffusion, télévision, Internet, cinéma, presse, théâtre, prêche, sermon, affichage, exposition, distribution d'écrits ou d'images de toutes natures, discours, chants, et généralement tous procédés destinés à atteindre le public.
- Counseling : Technique de communication qui consiste à informer le patient sur le VIH / Sida, le mode de contamination, les moyens de dépistage, de traitement et de prévention ainsi que les conséquences sur les partenaires avant et après le test.
- Mineur : Individu qui n'a pas atteint l'âge de la majorité civile tel que fixé par la loi.
- Orphelins du Sida : Par orphelin dans le contexte du Sida, on entend, un enfant de moins de 18 ans dont au moins un des parents est décédé du Sida. L'enfant peut être orphelin de mère ou de père ou des deux parents.

- **Enfant vulnérable** : Est considéré comme enfant vulnérable au VIH / Sida tout enfant vivant une situation menaçant sa santé, son développement, son intégrité physique ou morale en rapport avec le VIH / Sida.

Chapitre 2 : De l'éducation en matière de VIH / Sida

Section 1 : De l'éducation en matière de VIH / Sida

Article 2 : De l'éducation en matière de VIH / Sida dans les structures du formel et du non formel.

Les Ministères chargés de l'éducation, de la jeunesse et des sports, de la culture, de l'agriculture, de l'élevage, de la pêche et de l'environnement sur la base des données officielles fournies par le Ministère chargé de la santé, intègrent dans les programmes de formation du formel et du non formel l'éducation en matière de VIH / Sida et des infections sexuellement transmissibles.

Lorsque, pour des motifs quelconques, l'intégration de cet enseignement est jugée inappropriée, les départements visés à l'alinéa précédent du présent article conçoivent des modules spéciaux d'enseignement sur la prévention et la prise en charge des PV VIH. Après concertation avec les associations des parents d'élèves, les syndicats d'enseignants, les écoles privées, les groupements communautaires, les chefs traditionnels et religieux, les associations des PV VIH ainsi que tous les groupes concernés d'une façon quelconque, le contenu des modules d'enseignement, sa formulation, la méthodologie ainsi que son adoption, sont adaptés à chaque niveau d'enseignement. Il est strictement interdit de dispenser un enseignement tel que celui prévu au présent article aux mineurs sans une consultation préalable et avisée avec l'association des parents d'élèves dont le consentement libre et éclairé est requis tant pour le contenu de l'enseignement et le matériel utilisé.

Avant d'être autorisé à dispenser des enseignants sur le VIH / Sida, instructeurs et tous autres intervenants dans les cours et modules d'enseignements prévus aux alinéas premier et deuxième du présent article reçoivent une formation sur la prévention et le contrôle du VIH/Sida sous la supervision du Ministère chargé de la santé.

Article 3 : De l'éducation en matière de VIH / Sida dans les lieux de travail : tous les employés de l'Etat et du secteur privé, formel et informel, de quelque niveau qu'ils se situent dans la hiérarchie, les membres des forces de défense et de sécurité reçoivent une information de base standardisée sur le VIH / Sida qui comporte des thèmes sur la confidentialité dans le lieu de travail et le comportement envers les agents affectés ou infectés par le VIH / Sida. Le Ministère chargé de la santé, en collaboration avec les organes de lutte contre le VIH / Sida, la société civile et le Ministère chargé du travail, mène des campagnes de sensibilisation dans les entreprises publiques et privées, tandis que les directions des forces de défense et de sécurité sont chargées de la mise en œuvre des dispositions prévues à l'alinéa précédent du présent article dans leurs structures respectives.

Article 4 : De la communication en matière de VIH / Sida dans les communautés de base : les Collectivités territoriales, les services déconcentrés de l'Etat, en collaboration avec les structures de lutte contre le VIH / Sida, la société civile et le département chargé de la santé, mènent des campagnes d'information, d'éducation et de communication sur le VIH / Sida.

Les autorités locales et communales coordonnent ces campagnes qui réunissent, outre les organismes gouvernementaux impliqués, les ONG, les associations traditionnelles et religieuses.

Section 2 : De l'information en matière de VIH / Sida

Article 5 : De l'information en matière de VIH / Sida comme service de santé : l'éducation et la diffusion des informations sur le VIH / Sida doivent faire partie des services de santé offerts par les médecins et le personnel de santé. La connaissance et les capacités des employés de la santé sont renforcées pour une rediffusion appropriée de l'information et de l'éducation sur le VIH / Sida. Les médecins privés ainsi que les médecins d'entreprise mettent à la disposition des bénéficiaires de leurs activités professionnelles, les informations nécessaires au contrôle de la propagation du VIH / Sida et celles qui corrigent les idées préconçues au sujet de cette maladie. La formation du personnel de la santé porte sur l'état des connaissances sur le VIH / Sida et sur les questions relatives à l'éthique dans le contexte du VIH / Sida, la confidentialité, le consentement éclairé et l'obligation de fournir un traitement approprié.

Article 6 : De l'information en matière de VIH / Sida des nationaux se rendant à l'étranger : l'Etat assure à tous ses agents affectés à l'extérieur, l'information sur les modes de transmission, la prévention et les conséquences du VIH / Sida avant la confirmation officielle de leur affectation.

Les Ministères chargés du travail, des affaires étrangères, du tourisme et de l'hôtellerie, de la justice, de la défense et de la sécurité, de l'immigration, en collaboration avec le Ministère chargé de la santé et tout autre organisme habilité et reconnu par l'Etat, sont chargés de la mise en œuvre des dispositions prévues à l'alinéa précédent du présent article.

Le Ministère chargé du transport donne à l'occasion de l'examen du permis de conduire, section transport public, des informations sur les modes de transmission, la prévention et les conséquences du VIH / Sida.

Les marins ne peuvent embarquer à bord de navires de pêche ou de

passagers, s'ils ne justifient d'un document des autorités portuaires attestant qu'ils ont suivi une formation sur les modes de transmission, la prévention et les conséquences du VIH / Sida. Les compagnies aériennes doivent assurer à leur personnel navigant technique et commercial une formation sur les modes de transmission, la prévention et les conséquences du VIH / Sida.

Article 7 : De l'information en matière de VIH / Sida pour les touristes et les voyageurs en transit : des supports d'information sur les modes de transmission, la prévention, et les conséquences de l'infection au VIH / Sida sont fournis de la manière la plus appropriée dans tous les points d'entrée et de sortie internationaux et les principaux sites touristiques.

Les Ministères chargés du tourisme et de l'hôtellerie, des affaires étrangères, de la justice, de l'immigration, en collaboration avec le Ministère chargé de la santé sont chargés de la mise en œuvre des dispositions prévues à l'alinéa précédent du présent article.

Article 8 : De l'information en matière de VIH / Sida dans les établissements pénitentiaires et d'éducation surveillée
Des supports d'information sur les modes de transmission, la prévention des conséquences de l'infection au VIH / Sida sont fournis de la manière la plus appropriée dans tous les établissements pénitentiaires et d'éducation surveillée.

Les départements de la justice, de la santé et de l'éducation sont chargés de la mise en œuvre des dispositions prévues à l'alinéa précédent du présent article.

Article 9 : De l'information en matière de VIH / Sida sur les médicaments : des informations appropriées sont inscrites de manière lisible sur l'emballage de chaque médicament destiné à la vente ou au don. Elles contiennent des indications sur l'utilisation appropriée du dispositif ou

de l'agent, son efficacité contre l'infection au VIH et les infections sexuellement transmissibles.

Le Ministère en charge de la santé prend toutes dispositions pour assurer le contrôle de qualité et de l'efficacité des médicaments avant leur mise en consommation.

Article 10 : De la diffusion d'informations erronées ou mensongères en matière de VIH / Sida : est punie d'un emprisonnement de deux (2) mois à trois (3) ans, et d'une amende de 200.000 à 4.000.000 francs ou de l'une de ces peines seulement, toute personne physique ou morale coupable de diffusion d'informations relatives au contrôle et à la prévention du VIH / Sida à travers la publicité mensongère ou erronée et de sollicitations, par quel que moyen que ce soit, la promotion commerciale de médicaments, supports, agents ou procédures, sans l'autorisation préalable du ministère chargé de la santé.

Chapitre 3 : Des pratiques sécurisées et de leurs procédures

Article 11 : Des exigences sur le don de sang, de tissus ou d'organes
Il est interdit aux établissements de santé d'accepter ou de conserver un don de sang, de tissu ou d'organes sans qu'un échantillon du sang, du tissu ou des organes n'ait été testé négatif au VIH
Le bénéficiaire du sang, de tissus ou d'organes donnés peut exiger, si son état le lui permet, un second test avant que le sang ne lui soit transfusé ou les tissus et organes transplantés. Dans ce cas, il sera fait droit à sa demande.

Dans le cas contraire, ses ayants droit peuvent exiger un second test de confirmation.

Lorsque le sang, les tissus et organes donnés sont infectés au VIH, ils sont immédiatement détruits.

Article 12 : Des directives relatives aux interventions chirurgicales et autres procédures analogues : l'Etat prend toutes mesures nécessaires pour garantir la mise en œuvre de bonnes pratiques professionnelles, pour éviter la transmission du VIH lors des interventions chirurgicales, des soins dentaires, de l'embaumement et d'autres procédures similaires.

Le Ministère de la santé doit élaborer des directives générales relatives au maniement des cadavres et des déchets corporels des personnes décédées du Sida. Des équipements de protection nécessaires, sont fournis à tous les médecins et prestataires de services de santé. Les modalités de la mise en œuvre des dispositions du présent article sont fixées par décret pris en conseil des ministres.

Article 13 : Des sanctions pour pratiques et procédures à risque Est puni d'un emprisonnement de trois (3) mois à deux (2) ans et d'une amende de 20.000 à 300.000 francs CFA ou de l'une de ces deux peines seulement, quiconque, par maladresse, imprudence, inattention, négligence ou inobservation des règlements ainsi que des directives de protection visées à l'article précédent, aura involontairement infecté au VIH une autre personne à l'occasion de la pratique de sa profession.

L'interdiction d'exercer pendant une période ne pouvant excéder 12 mois peut être prononcée contre le coupable.

En cas de délit commis dans un établissement de santé, la suspension de la licence d'exploitation ou de l'agrément de l'établissement peut être prononcée pendant une période ne pouvant excéder 12 mois. En cas de récidive, le retrait définitif de la licence d'exploitation ou de l'agrément de l'établissement est prononcé.

Le conseil de l'ordre professionnel de la santé concerné peut prononcer la radiation.

Chapitre 4 : De la médecine traditionnelle en matière de VIH/Sida

Article 14 : De la commission de médecine traditionnelle en matière de VIH/Sida : il est créé une commission de médecine traditionnelle en matière de VIH/Sida. Le Ministère de la santé, en collaboration avec cette commission est chargé du recensement, de l'accréditation et du contrôle des activités des tradi-thérapeutes opérant sur le territoire national.

La composition de la commission, ses attributions, son fonctionnement et les conditions de délivrance, de suspension et de retrait d'agrément des tradi-thérapeutes sont fixées par décret pris en conseil des Ministres.

Article 15 : De l'exercice de la médecine traditionnelle en matière de VIH/Sida : nul ne peut exercer la médecine traditionnelle en matière de VIH/Sida sans l'agrément du Ministre chargé de la santé, après avis de la commission visée à l'article 14 de la présente loi. Est puni d'un emprisonnement de 3 mois à 5 ans et de 200.000 à 4.000.000 francs CFA d'amende toute personne qui exerce la médecine traditionnelle en matière de VIH/Sida sans agrément préalable de la commission.

Article 16 : La diffusion d'informations relatives au contrôle et à la prévention du VIH/Sida à travers de la publicité, par quelque moyen que ce soit, la promotion commerciale de médicaments, supports, agents ou procédures, sans l'autorisation préalable du Ministère de la santé est punie d'un emprisonnement de deux (2) mois à trois (3) ans. L'organe de diffusion ayant servi de support à la diffusion de ces informations est condamné à une amende de 500.000 francs CFA à 2.000.000 francs CFA.

Chapitre 5 : Du conseil et du test de dépistage au VIH / Sida

Article 17: Du consentement au test au VIH
L'Etat prend toutes les dispositions pour encourager le test volontaire.

Nul ne peut être soumis à un test de dépistage au VIH sans son consentement. Ce consentement doit être libre et éclairé. Il doit être écrit au préalable. Il est requis de la personne intéressée, si elle est majeure, de ses parents ou tuteurs si la personne est mineure ou frappée d'incapacité. Toutefois, dans le cas de dons d'organes, de tissus ou de sang, le consentement au test est présumé lorsqu'une personne accepte volontairement ou librement de faire don de son sang, de tissu ou d'organe pour une transfusion, une transplantation ou pour recherche.

Article 18: De l'interdiction de l'exigence de test au VIH
Est interdite toute demande de test au VIH comme condition préalable à l'emploi, à l'admission aux institutions scolaires ou universitaires, à l'exercice du droit au logement, du droit d'entrée, ou de séjour dans le pays, ou comme condition préalable à l'exercice du droit de voyager, d'obtenir des soins médicaux ou tout autre service, ou comme condition préalable au droit inaliénable de jouir des dits services.

Toutefois, cette interdiction est levée dans les cas suivants :

- a. lorsqu'une personne est inculpée d'infection, au VIH/Sida, d'une autre personne ou tentative d'infection au VIH par quelque moyen que ce soit ;
- b. lorsqu'une personne est inculpée de viol ;
- c. lorsque la détermination du statut sérologique au VIH est nécessaire pour résoudre un litige matrimonial ;
- d. dans les cas prévus à l'article 17 alinéa 3 de la présente loi ;
- e. dans le cas de besoins spécifiques du Ministère de la santé qui répondent aux normes et standards internationaux.

Article 19: Des centres de dépistage et du test de dépistage anonyme.
L'Etat met en place un système de dépistage de l'infection par le VIH qui garantit l'anonymat, la confidentialité et la gratuité des tests. Pour exercer, tous les centres offrant des services de dépistage du VIH sont

soumis à l'obtention d'une autorisation auprès du département chargé de la santé qui en fixera les conditions par décret pris en Conseil des Ministres.

Tous les centres qui effectuent des tests de dépistage du VIH fournissent une assistance pré-test, ainsi qu'une assistance post-test aux personnes auxquelles ils offrent des services de dépistage du VIH. Cependant, un tel service d'assistance n'est assuré que par des personnes qui répondent aux normes du département chargé de la santé. Le département chargé de la santé renforce les capacités techniques des centres de dépistage, en assurant la formation du personnel fournissant lesdites prestations.

Chapitre 6: Des services de santé et d'assistance

Article 20: De l'assistance particulière de l'Etat

Toute personne vivant avec le VIH ou malade du Sida bénéficie d'une assistance particulière de l'Etat et de la garantie de confidentialité de son état dans les conditions et modalités fixées par un décret pris en conseil de Ministres.

Article 21 : Des services hospitaliers

Les personnes vivant avec le VIH reçoivent les prestations de services appropriés dans les établissements de santé publics et privés agréés.

Article 22: Des services au sein des communautés.

Les structures spécialisées de l'Etat, en coordination avec les organisations non gouvernementales, les associations de personnes vivant avec le VIH / Sida et les groupes vulnérables au VIH effectuent des activités de prévention et de prise en charge psychosociale au sein des communautés.

Article 23 : Des programmes d'animation et de formation

L'Etat met à la disposition des personnes vivant avec le VIH, des programmes de formation ayant pour objectifs l'animation et l'assistance mutuelle.

Nul n'a le droit de refuser la participation pleine et entière des personnes vivant avec le VIH / Sida dans les programmes d'animation, d'assistance mutuelle et de coopération du fait de leur statut sérologique.

Article 24 : Du renforcement du contrôle des infections sexuellement transmissibles

Le département chargé de la santé, en collaboration avec les organismes gouvernementaux concernés et les organisations non gouvernementales, le privé et le traditionnel prend toutes mesures nécessaires pour renforcer les activités de prévention, de prise en charge et de contrôle des infections sexuellement transmissibles afin de lutter contre la propagation de l'infection à VIH

Chapitre 7 : De la confidentialité

Article 25 : De la confidentialité médicale

Le personnel des établissements de santé, les agences de recrutement, les compagnies d'assurances, les opérateurs de saisie et tout autre détenteur ou ayant accès aux dossiers médicaux, aux résultats de test de dépistage ou à toutes autres informations médicales relatives à l'identité et au statut sérologique de personnes vivant avec le VIH, sont tenus au secret professionnel tel que défini par le code pénal, les statuts des agents de l'Etat et les codes de déontologie professionnelle.

L'établissement de santé, public ou privé, garantit la confidentialité des informations médicales, financières et administratives, qu'il détient sur des PV VIH hospitalisées. Aucune personne non habilitée par le malade lui-même, ne peut y avoir accès, sauf procédure judiciaire exécutée dans les formes légalement requises, sans que cette procédure n'ait pour effet de lever l'anonymat garanti par la loi. Toutefois, il n'y a pas violation du secret professionnel visé au 1er alinéa du présent article :

- a. lorsque les responsables d'un établissement de santé se conforment aux exigences épidémiologiques prévues par les textes en vigueur ;
- b. lorsque le personnel de santé, directement ou indirectement impliqué dans le traitement ou les soins d'une PV VIH est informé ; dans ce cas, l'obligation du secret professionnel pèse sur le dit personnel ;
- c. lorsque le personnel de santé est appelé à témoigner à la requête d'un juge à l'occasion d'une procédure judiciaire où la détermination du statut sérologique est une question fondamentale du litige ; dans ce cas, le témoignage se fait par écrit, sous pli scellé, que seule l'autorité judiciaire compétente peut ouvrir.
- d. **Article 26** : Des résultats du test de dépistage
Tout résultat de test de dépistage au VIH / Sida est confidentiel et ne peut être remis qu'aux personnes suivantes :
 - la personne ayant subi le test ;
- e.
 - l'un et l'autre parent d'un enfant mineur qui a été testé ;
 - le tuteur dans le cas de personnes incapables ou d'orphelins ayant subi le test ;
- f.
 - l'autorité judiciaire ayant légalement requis le test.

Article 27 : De l'annonce aux conjoints et partenaires sexuels.
Toute personne vivant avec le VIH est tenue d'annoncer son statut sérologique au VIH à son conjoint ou partenaire sexuel le plus tôt possible. Ce délai ne peut excéder six (6) semaines révolues à compter de la date où elle a eu connaissance de son statut sérologique au VIH

- g. Les services de prise en charge doivent apporter tout l'appui psychosocial nécessaire pour la réalisation de l'annonce, par la

personne infectée par le VIH, à son conjoint ou à ses partenaires sexuels. L'établissement de santé, public ou privé doit notamment veiller à ce que l'annonce se fasse et que les moyens mis en œuvre soient adaptés aux difficultés éventuelles de communication et de compréhension du patient et de son conjoint ou de ses partenaires sexuels.

- h. Au cas où la personne dont le statut sérologique vient d'être connu ne se soumet pas volontairement à l'obligation d'annonce prévue à l'alinéa premier du présent article dans le délai imparti, le médecin ou tout autre personnel paramédical qualifié de l'établissement de santé, après l'en avoir informé, peut faire l'annonce au conjoint ou au partenaire sexuel, sans violer les dispositions relatives à la confidentialité, prévues par les lois en vigueur.
- i. **Article 28** : De l'annonce faite aux mineurs et aux majeurs protégés
Le mineur est informé de son statut sérologique et des actes et examens nécessaires à son état de santé, en fonction de son âge et de ses facultés de compréhension. Le médecin ou tout personnel paramédical veille notamment à ce que l'annonce soit faite et que les moyens mis en œuvre soient adaptés aux éventuelles difficultés de communication et de compréhension du mineur.
- j. Le majeur protégé bénéficie d'une information appropriée. Les membres de sa famille sont informés et le médecin ou tout personnel paramédical veille notamment à ce que l'annonce à la famille soit faite et que les moyens mis en œuvre soient adaptés aux éventuelles difficultés de communication et de compréhension des membres de la famille.

Les personnes visées à l'alinéa précédent du présent article sont tenues au secret professionnel.

- k. Toutefois, pour des raisons légitimes et exceptionnelles, un mineur ou un majeur protégé séropositif peut être laissé dans l'ignorance de son statut sérologique aussi longtemps que le médecin, le personnel paramédical l'estiment nécessaire et que cette situation ne crée pas de risque pour le mineur, le majeur protégé ou pour les autres.

Article 29 : Des sanctions pour violations de confidentialité
Est punie d'un emprisonnement de 6 mois à 2 ans et d'une amende de 50.000 à 500.000 francs CFA toute personne physique ou morale coupable de violation des dispositions des articles 27 et 28 de la présente loi.

Le tribunal peut en outre ordonner la suspension ou la révocation du permis d'exercer de l'auteur ou le retrait de l'autorisation d'établissement lorsque la responsabilité d'un établissement de santé est engagée.

1. **Chapitre 8:** Des actes discriminatoires

Article 30 : De la discrimination sur les lieux de travail
Toute discrimination, sous quelque forme que ce soit, à l'encontre d'une personne dont la séropositivité au VIH est réelle ou supposée, notamment en matière de demande d'emploi, d'embauche, de promotion, de retraite est interdite.

En conséquence, est abusif tout licenciement d'un employé dont le motif est fondé sur le statut sérologique au VIH positif réel, supposé ou seulement suspecté.

Article 31 : De la discrimination dans les écoles
Aucune institution éducative ne peut refuser, exclure, sanctionner

ou écarter de ses biens et services, tout élève, étudiant, stagiaire, sur la base de son statut sérologique au VJR positif réel, supposé ou seulement suspecté.

Article 32 : Des atteintes relatives au droit au voyage et au logement

Nul ne peut porter atteinte, sous quelque forme que ce soit, au droit de voyager ou de logement d'une personne dont le statut sérologique au VIH positif est réel, supposé ou seulement suspecté. Nul ne peut être mis en quarantaine, placé en isolement, interdit d'entrer dans le territoire national ou en être expulsé, sur la base de son statut sérologique au VIH positif réel, supposé ou seulement suspecté.

Article 33 : De l'accès aux fonctions publiques ou électives
Nul ne peut être dénié, de quelque manière que ce soit, de son droit de postuler à une fonction élective ou de son droit d'admission à une fonction publique, sur la base de sa séropositivité avérée ou suspectée.

Article 34 : De l'accès au crédit et aux services d'assurance
Nul ne se voit refuser l'accès au crédit et aux prêts ainsi qu'aux services d'assurance maladie, accidents et assurance-vie sur la base de sa séropositivité au VIH avérée ou suspectée, dès lors que l'individu n'a pas dissimulé son état sérologique à la compagnie d'assurance. La prorogation ou l'extension du crédit et de la police d'assurance ne peut être refusée sur la seule base du statut sérologique au VIH de la personne.

Article 35 : De la discrimination dans les établissements de santé.
Nul ne se voit refuser l'accès aux services dans les établissements

de santé publics ou privés ni recevoir une facturation plus élevée que la normale, en raison de son statut sérologique au VIH.

Article 36 : Des sanctions des actes discriminatoires
Est puni d'un emprisonnement de six (6) mois à deux (2) ans d'une amende de 500.000 à 2.000.000 FCFA ou de l'une de ses deux peines, toute personne physique ou morale coupable de l'un des actes discriminatoires prévus au chapitre 8 de la présente loi.

Chapitre 9 : De la transmission volontaire du VIH

Article 37 : Des sanctions d'acte de transmission volontaire à VIH.
Quiconque aura volontairement inoculé des substances infectées par le VIH est coupable d'acte de transmission volontaire du VIH.

Est complice d'acte de transmission volontaire du VIH toute PV VIH ou non tout médecin, tradi-thérapeute, pharmacien et toute personne exerçant une profession médicale ou paramédicale ainsi que tout étudiant en médecine, en pharmacie ou en profession paramédicale étudiant ou employé en pharmacie, herboriste, bandagiste, marchand d'instruments de chirurgie, qui aura indiqué, favorisé, octroyé ou procuré les moyens de commettre l'infraction prévue à l'article 36 de la présente loi.

La transmission volontaire du VIH est assimilée à une tentative de meurtre et punie des peines prévues par le code pénal pour la répression de cette infraction. .

Les auteurs et complices d'actes de transmission volontaire du VIH sont condamnés à une peine de 5 à 20 ans.

Chapitre 10 : De la recherche dans la prophylaxie de l'infection au VIH

Article 38 : Sur la base des principes universels d'éthique, la recherche, dans le cadre de la prophylaxie de l'infection par le virus

de l'immunodéficience humaine et du syndrome de l'immunodéficience acquise est autorisé.

Les domaines d'activités concernés sont : la surveillance épidémiologique, le renforcement des laboratoires d'analyse de biologie médicale, la prise en charge médicamenteuse, la mobilisation sociale, la vaccination et l'hygiène de vie et la coopération internationale. Elle promeut la compréhension de l'évolution de l'infection et l'adaptation de la réponse à ce fléau par le test et la mise au point de produits efficaces notamment :

- des molécules pour le traitement médicamenteux ;
- des réactifs de tests d'analyses de biologie médicale ;
- des vaccins pour la vaccination individuelle ou de masse ;
- des activités adaptées de mobilisation sociale et de coopération internationale.

Article 39 : des dispositions finales

Sont abrogées, à compter de la date d'entrée en vigueur de la présente loi, toutes dispositions antérieures qui lui sont contraires.

3.14.4. Les organisations et les décisions nationales

Les actions de lutte sur le terrain contre le fléau mondial qu'est le SIDA sont menées par des ONG, les associations, les états, les organismes internationaux, etc.

Tout ceci nécessite des fonds de financement venant des organisations internationales, des états eux-mêmes ou des dons privés.

Pour mener à bien toutes les actions de lutte contre le VIH/SIDA, après engagement personnel du président de la république, a vu le jour le **Haut Conseil National de Lutte Contre le Sida (HCNLCS)** dont le président

de la république lui même est le parrain. C'est une institution autonome directement rattachée à la présidence de la république qui coordonne et appuie toutes les initiatives publiques ou particulières engagées dans le combat contre le VIH/SIDA. Il est de nos jours la plus haute instance décisionnelle et d'orientation du Mali dans la lutte contre le VIH/SIDA.

Rôles des acteurs dans la lutte contre le VIH et SIDA

- Secteur public

Engagement, Leadership, orientation, mobilisation, législation,
Coordination, prestations.

- Secteur privé entreprises

Engagement, Promotion et prévention sur le lieu de travail,
Développement de partenariat, Mobilisation de ressources.

- Société civile (secteur privé et OSC)

Engagement, Prévention, mobilisation, soutien et assistance
Aux PVVIH, orphelins, familles,

- Partenaires Techniques et Financiers

Engagement, Accompagnement stratégique, technique et financier.

3.14.5. La prévention :

Le préservatif est la clé de la prévention de la propagation du VIH, du SIDA et des infections sexuellement transmissibles, tout comme le sont l'abstinence sexuelle, le report du début de l'activité sexuelle et la fidélité mutuelle. On estime que 6 à 9 milliards de préservatifs sont distribués chaque année (ce qui comprend les préservatifs vendus dans le commerce), soit considérablement moins que les 8 à 24 milliards de préservatifs qu'on estime nécessaires pour que les populations soient en mesure de se protéger du VIH et des autres infections sexuellement transmissibles.

En Afrique subsaharienne seulement, le manque de préservatifs a été estimé à 2 milliards par année.

Dans le sens du progrès, il y a eu la mise au point du préservatif féminin. Fabriqué en polyuréthane, il n'a besoin d'aucune mesure de stockage particulière. Il peut être inséré dans le vagin plusieurs heures avant les rapports et peut être utilisé avec des lubrifiants à base huileuse ou aqueuse. Pour ces raisons le préservatif féminin peut être précieux et ajouté aux produits chimiques auto administrés, il pourrait offrir une option de plus aux femmes et aux hommes qui trouvent difficile ou impossible d'imposer l'utilisation du préservatif à leurs partenaires.

Au Mali, la prévention est axée sur :

- Le dépistage,
- La PTME,
- La sensibilisation (télé, radio, affiches et les activités relatives au mois de Décembre),
- Le PEC.

Les infections sexuellement transmissibles décuplent le risque de transmission du VIH au cours des rapports sexuels non protégés. Un grand

nombre de ces infections (y compris les quatre les plus courantes que sont la syphilis, les gonorrhées, la chlamydiae et la trichomonase) se soignent relativement de manière facile au moyen d'antibiotiques.

Le trafic de drogue est un phénomène planétaire qui touche quelques 170 pays et territoires. Et 10 millions de personnes dans le monde s'injectent de la drogue. On estime que c'est l'Asie qui compte le plus grand nombre de cas de VIH associés à la consommation de drogues injectables.

En diminuant les capacités de jugement, les drogues constituent un obstacle à l'usage du préservatif, et en général, de toute bonne pratique sexuelle.

Mettre fin à la propagation du VIH parmi les consommateurs de drogues injectables exige une approche globale qui comprend le traitement des dépendances, la réadaptation, l'éducation sur le VIH/SIDA, l'accès à des aiguilles, et seringues stériles et aux préservatifs, l'intervention des services juridiques et sociaux ainsi qu'un soutien psychosocial.

La prévention passe également par l'intervention au niveau de la population jeune, des professionnels du sexe, parmi les détenus, et les agents en uniformes dans le sens du changement positif du comportement et l'adoption de bonnes pratiques sexuelles.

4. METHODOLOGIE : Aperçu imagé du centre de sante de référence de NIONO



4.1. Cadre d'étude : Centre de Santé de Référence de Niono (CSRéf Niono).

Niono fait parti des 7 cercles de Ségou, quatrième Région Administrative du Mali. Il couvre une superficie de **23 063** km² pour une population

d'environ **303822** habitants en **2009** et une densité de 11 habitants au km² (SOURCE DNSI).

Le cercle compte douze (**12**) communes dont une urbaine et onze rurales.

Aperçu historique : le cercle de Sokolo fut l'un des tous premiers du territoire du haut Sénégal-Niger à la fin du siècle dernier, comprenant la subdivision de Niono. Depuis la pénétration française en 1893, l'ex cercle de Sokolo a connu de grands évènements coloniaux ayant marqué l'histoire du cercle de Niono qui se confond à bien des égards avec celle de l'Office du Niger créé en 1932.

En 1944, la subdivision de Niono fut créée et rattachée au cercle de Macina. En 1962 la subdivision fut érigée en cercle. **[20]**

A. Données géographiques :

Les précipitations annuelles sont de 597 mm de pluie. L'hydrographie du Cercle se confond avec le système d'irrigation de l'Office du Niger. Les canaux principaux ("Sahel" et de "Coste ONGOÏBA") et secondaires divisent le Cercle en 2 parties économiquement différentes : la partie irriguée, économiquement forte et la partie exondée, économiquement faible.

La végétation est fortement influencée par la présence permanente de l'eau dans la zone Office du Niger (O.N.). Dans la partie Sud du Cercle, le baobab et le balanzan sont rencontrés ; par contre le Nord-Est est le domaine des épineux.

B. Population :030

1. Démographie:

La population totale du cercle est estimée en 2009 à 303.822 habitants (source : DNSI) avec un taux d'accroissement moyen de 3,2%/an.

La densité est de : 11 habitants au Km².

La population est inégalement répartie sur l'étendue du Cercle : forte densité dans la zone irriguée et faible densité dans la zone non irriguée qui occupe environ les 2 tiers de la superficie du cercle. On note l'existence d'une forte population flottante ; ce qui constitue un facteur déterminant dans la propagation du VIH et du SIDA.

2. Au plan socio culturel :

Les sociétés secrètes : N'Tomo, Komo, N'ya, Suruku), qui ont jadis existé, ont de nos jours presque disparu avec l'islamisation progressive du cercle. Aujourd'hui les organisations socioculturelles fonctionnelles les plus en vue sont : l'Association des Griots, l'Association des Chasseurs., l'association des tradi-thérapeutes, l'association des forgerons.

3 .Les infrastructures sanitaire et les personnels disponibles

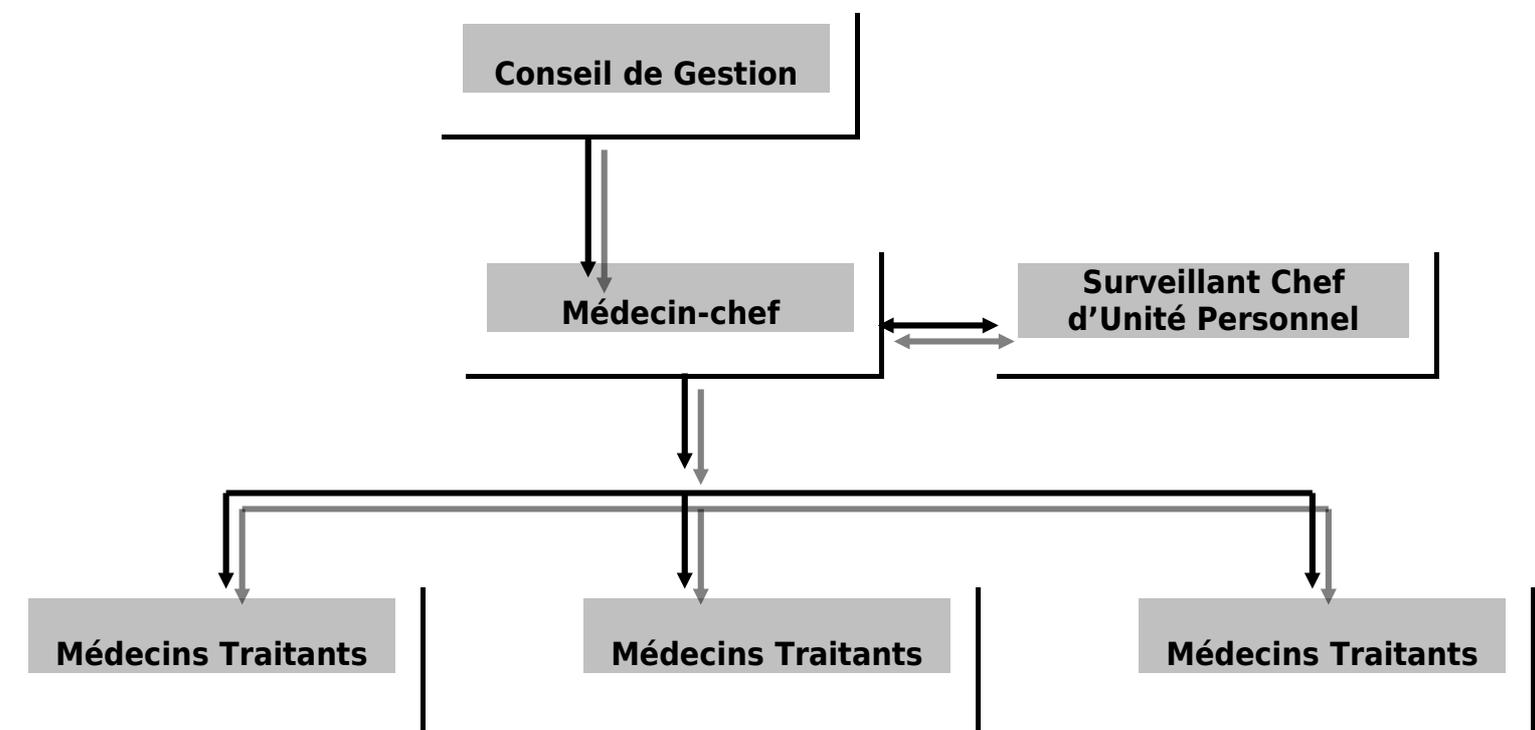
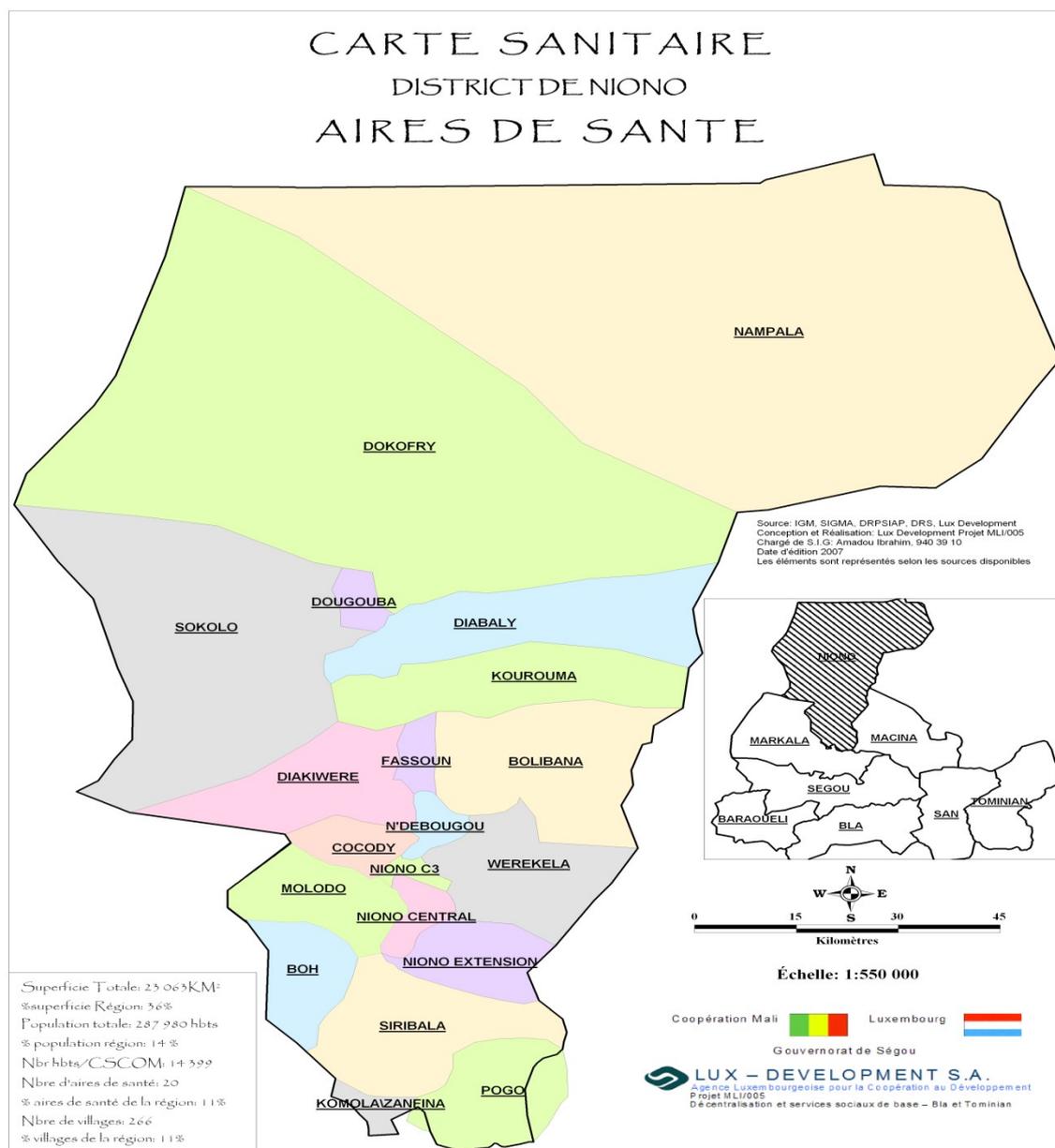


Figure 1 : Organigramme de prise de décision**Carte Sanitaire du District de Niono Aire de santé**

C. Economie :

L'agriculture est la principale activité économique du cercle de Niono, de deux sortes :

– l'agriculture pluviale :

➤ Principales spéculations : mil, sorgho, niébé, maïs

➤ Destination de la production autoconsommation assurée en raison des pertes

– l'agriculture irriguée :

➤ Principales spéculations : le riz

➤ Destination de la production : environ 60% commercialisés, 40% autoconsommés

– le maraîchage :

➤ Principales spéculations : l'oignon, la tomate.

➤ Destination de la production : 85% commercialisés, environ 15% autoconsommés. **[21]**

D. Partenaire au développement de la santé : 050 Il existe une multitude de partenaires que ce soit au plan local ou de l'extérieur intervenant dans la santé et ceux intervenant particulièrement dans la prise en charge des IST/SIDA sont :

- **SOLTHIS** : Intervient dans la prise en charge des PVVIH
- **Agir Ensemble au Sahel (AES)** : intervient dans le cadre du Planning Familial, la lutte contre les IST/SIDA et l'équipement des CSCOM.
- **ONG Jigi** : Intervient dans le dépistage volontaire et la lutte contre les PTS/SIDA.
- **ONG Soutoura** : Intervient dans le domaine de la lutte contre le VIH/SIDA auprès des professionnelles du sexe.

Niono est une zone de marché très importante au Mali. Le jour de marché (foire) verra la diversité de plusieurs commerçants venant des autres régions du pays ainsi que les chauffeurs et apprentis ; d'où la propagation du VIH.

4.2. Type et période d'étude

Il s'agissait d'une étude rétrospective descriptive qui s'est déroulée au Centre de Santé de Référence de Niono durant le mois de Juin de l'année 2009.

4.3. Population d'étude

Toutes les PVVIH dont la prise en charge et ou les diagnostics s'effectuaient dans le CSRéf de Niono.

- **Critères d'inclusion** : pour être inclus, les participants à l'étude devraient remplir les conditions suivantes :

- les PVVIH dont leur prise en charge s'effectuait au niveau du CSRéf de Niono,

- avoir une sérologie VIH positif (+) par au moins 2 tests agréés

➤ **Critères de non inclusion** : n'ont pas été concernés par notre étude :

- les cas de transfert dans d'autre centre après l'annonce du résultat de la sérologie,

- les cas avec dossier incomplet.

Aspect Laboratoire : les patients sont dépistés au cours des dons volontaires de sang et aussi au cours des examens paracliniques des maladies ; tous soumis sous un pré-counseling.

Les réactifs utilisés sont :

-Détermine pour l'examen préliminaire ;

-Génie II et Immunocoomb pour la confirmation du résultat.

4.4. Recueil des données

Le recueil des données a été fait à partir des questionnaires individuels (fiches d'enquêtes) voir en annexes ; pour cela nous avons recherché des informations dans les dossiers des malades. Nous avons défini comme perdu de vue tout patient faisant trois (3) mois sans venir en consultation. L'observance est le degré de concordance entre le comportement d'un patient et les instructions médicales qui lui ont été donné. La bonne observance est définie quand le seuil 95.

4.5. Variables étudiées

❖ **Variables sociodémographiques :**

Sexe, age, résidence, profession.

❖ **Cliniques des PV VIH**

Notion de dépistage, type de VIH, taux de CD4, son évolution.

❖ **Variables de traitement anti rétroviral de la prise en charge des PVVIH au CSRéf**

Notion de traitement sous ARV, observance de traitement ARV, tolérance du traitement, effets secondaires, changement de schéma thérapeutique.

4.6. Analyse des données

Le traitement de texte et la saisie ont été faits à partir du logiciel Microsoft Word. Les données sont analysées sur le logiciel Epi info 6 versions françaises avril 2001 et la tabulation réalisée grâce au logiciel Microsoft Excel. Les résultats ont été discutés avec le test statistique khi² et Fisher (test significatif si $p < 0.05$).

4.7. Aspects éthiques :

L'anonymat et la confidentialité ont été garantis pour tous les patients en leur attribuant chacun un numéro

Nous avons obtenu l'accord du médecin chef avant de débiter l'étude (la lettre d'accord en annexe)

4.8. Circuit du PVVIH à Niono

4.8.1. Dépistage en lieu de consultation : Après le dépistage, on fixe un rendez vous rapproché avec la PVVIH pour reparler du post-test et l'aider à gérer le résultat

4.8.2. Entretiens de suivi : Au moins 1 jour avant la référence chez le médecin traitant (instauration d'une relation de confiance),

4.8.3. Examen de laboratoire : Organiser un bilan initial pour toute PVVIH par le Csref

- test de confirmation discriminant VIH1-VIH2

- bilan biologique minimal : NFS ou Hb/Ht, Glycémie

4.8.4. Consultation médical :

Objectif : Apprécier l'état clinique des PVVIH et investiguer ces antécédent afin de déterminer si :

- La PVVIH présente une indication à un traitement ARV pour elle-même (stade 3-stade 4 de l'OMS)
- La PVVIH a besoin d'un traitement pour une prophylaxie contre les infections opportunistes.

4.9. Circuit d'approvisionnement des intrants, réactifs et médicaments au niveau du Cs réf de Niono :

Le Cs réf joue un rôle essentiel dans les activités de dépistage et de prise en charge du VIH/SIDA. En général, le Cs réf étant en contacte avec les patients qui souhaitent se faire dépistés.

Rappelons ici l'absolue nécessité de respecter une confidentialité totale pour l'ensemble des pathologies dont les patients peuvent être victimes (VIH/SIDA inclus).

4.9.1. Estimation des besoins

Le CSRéf compile toutes les informations, qui émanent des CSCOM et de sa propre activité pour exprimer son besoin.

4.9.2. Circuit d'approvisionnement :

Le CSRéf s'approvisionne auprès de la DRS.

4.9.3 Bon d'approvisionnement :

La personne du CSRéf, envoyée à la DRS, pour chercher des médicaments ou et consommables, est munie d'un bon qui indique la quantité et le type de produits désirés.

Ce bon est cacheté et contre signé par le médecin chef.

4.9.4 Points d'approvisionnement : La DRS pour les ARV, les médicaments pour la lutte contre les infections opportunistes, le lait et les autres consommables.

4.9.5. **Transport et stockage :**

Les ARV doivent être transportés dans un environnement frais : de 5° à 25° centigrade selon le type de médicament.

Le CSRéf est responsable du transport des produits de la DRS au site de stockage (niveau cercle).

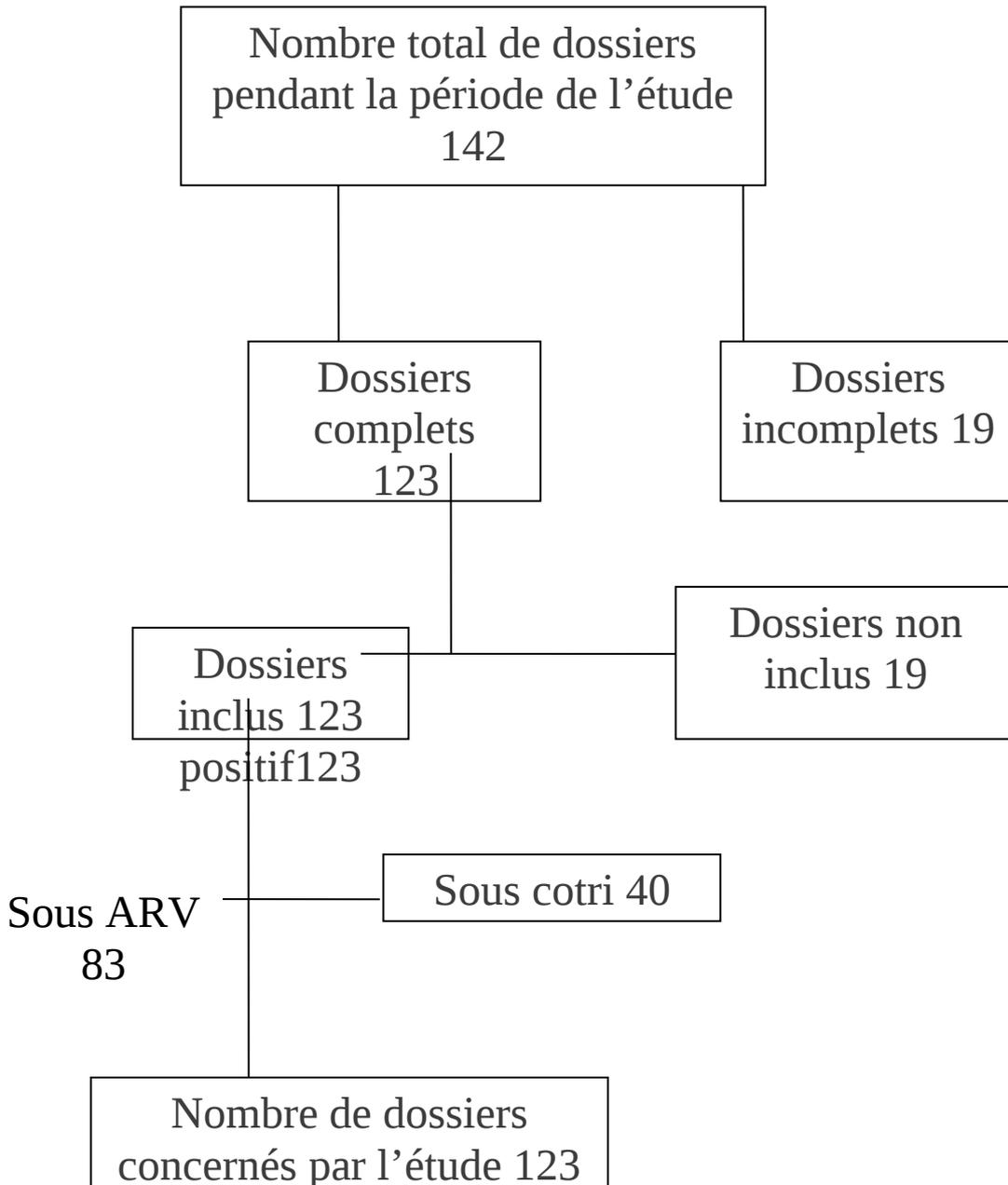
4.9.6 **Gestion des stocks ;**

La gestion des stocks est d'une importance capitale. La personne en charge de la gestion des stocks a le devoir d'éviter les ruptures de stocks au maximum car les conséquences sont vitales pour le malade et dramatique par la survenue de résistance aux antirétroviraux. Cette personne documente l'ensemble des mouvements de stocks à l'aide des fiches de stocks.

Elle veille également aux dates de péremption des différents produits, ainsi qu'au renouvellement de stocks si le besoin se fait ressentir.

5- RESULTATS

Diagramme d'activité :



A. Résultats globaux

Notre étude a porté sur **123 dossiers** des patients admis au CSRéf de Niono durant notre période d'étude. _

- **Caractéristique de la population étudiée :**

Tableau V : Répartition des patients selon le sexe

| Sexe | Effectif | % |
|--------------|-----------------|------------|
| Féminin | 85 | 69 |
| Masculin | 38 | 31 |
| Total | 123 | 100 |

Le sexe féminin est dominant soit **69%**

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

| Age | Effectif | % |
|--------------------|-----------------|-------------|
| < ou =19 | 11 | 9 |
| 20-35 | 62 | 50,5 |
| > 35 | 50 | 40,5 |
| Total | 123 | 100 |

Plus de la moitié des patients ont un âge compris entre 20-35 ans soit 50,5%, l'âge moyen est 34 et les extrêmes sont 17 et 64

Tableau VII : Répartition des patients selon la profession

| Profession | Effectif | % |
|-------------------|-----------------|----------|
|-------------------|-----------------|----------|

| | | |
|--------------|------------|------------|
| Ménagères | 56 | 45,2 |
| Cultivateurs | 27 | 22 |
| Elèves | 12 | 9,8 |
| Vendeuses | 9 | 7,5 |
| Autres | 19 | 15,5 |
| Total | 123 | 100 |

Les ménagères ont dominés soit **45,2%** des cas

Autres : commerçants : 5 ; marabouts : 4 ; enseignants : 3 ; réparateurs : 2 ; chauffeurs : 2 ; secrétaires : 2 ; infirmière : 1

Tableau VIII : Répartition des patients selon la résidence

| Résidence | Effectif | % |
|--------------|------------|------------|
| Niono | 67 | 54,5 |
| Molodo | 23 | 18,7 |
| Siribala | 9 | 7,3 |
| N'Débougou | 7 | 5,7 |
| Km 23 | 6 | 4,9 |
| Dogofry | 4 | 3,2 |
| Autres | 7 | 5,7 |
| Total | 123 | 100 |

La majorité des patients résidait à Niono soit **54,5%**_

Autres : internat IFM : 3 ; Koyan : 2 ; Adama wèrè: 2

Tableau IX : Répartition des patients selon le type de VIH

| Type de VIH | Effectif | % |
|--------------|------------|------------|
| VIH1 | 120 | 97,6 |
| VIH2 | 2 | 1,6 |
| VIH1 et 2 | 1 | 0,8 |
| Total | 123 | 100 |

Le VIH du type I a été retrouvé dans **97,6%** des cas

Tableau X Répartition des patients au stade OMS au moment de dépistage

| Stade SIDA | Eff | % |
|--------------|------------|------------|
| Stade I | 56 | 45,5 |
| Stade II | 37 | 30 |
| Stade III | 27 | 22 |
| Stade IV | 3 | 2,5 |
| Total | 123 | 100 |

Plus de **45,5%** des patients sont au stade I de l'OMS

Tableau XI : Répartition des patients selon le taux de CD4

N=56

| Taux de CD4 | Eff | % |
|---------------|-----|----|
| <200 | 37 | 66 |
| Entre 200-350 | 11 | 20 |

| | | |
|--------------|-----------|------------|
| >350 | 8 | 14 |
| Total | 56 | 100 |

Plus de la moitié des patients avaient un taux de CD4<200 au début du traitement, **soit 66%**.

N=le nombre de patients qui ont suivi l'évaluation du taux de CD4

Tableau XII : Répartition des patients sous ARV selon l'évolution du taux de CD4 en fonction du temps

A 3 mois

| Taux de CD4 selon l'évolution | Effectif | % |
|--------------------------------------|-----------------|------------|
| <200 | 2 | 3 |
| Entre 200-350 | 20 | 35,71 |
| >350 | 34 | 61,29 |
| Total | 56 | 100 |

La majorité des patients avait un taux de CD4 >350 soit **61,29%** à 3 mois déjà.

Tableau XIII : Répartition des patients sous ARV selon l'évolution du taux de CD4 en fonction du temps

A 6 mois

| Taux de CD4 selon l'évolution | Effectif | % |
|--------------------------------------|-----------------|------------|
| <200 | 0 | 0 |
| Entre 200-350 | 11 | 19 |
| >350 | 45 | 81 |
| Total | 56 | 100 |

A 6 mois la majeure partie des patients avait un taux de CD4 >350, soit **81 %**.

Tableau XIV : Répartition des patients sous ARV selon l'évolution du taux de CD4 en fonction du temps

A 1 an

| Taux de CD4 selon l'évolution | Effectif | % |
|--------------------------------------|-----------------|------------|
| <200 | 0 | 0 |
| Entre 200-350 | 1 | 1,78 |
| >350 | 55 | 98,22 |
| Total | 56 | 100 |

A un an près de la totalité de l'échantillon avait un taux de CD4>350, soit **98,22 %**

Tableau XV : Répartition des patients sous ARV d'initiation

| ARV | Effectif | % |
|---------------------|-----------------|------------|
| Patients sous ARV | 83 | 67,5 |
| Patients sous cotri | 40 | 32,5 |
| Total | 123 | 100 |

Près de la moitié des patients sont sous ARV soit **67,5%**

Tableau XVI: Répartition des patients selon le régime thérapeutique

| Médicaments | Effectif | % |
|--------------------|-----------------|------------|
| Première ligne | 64 | 53 |
| Seconde ligne | 19 | 15 |
| Cotri | 40 | 32 |
| Total | 123 | 100 |

Plus de la moitié des patients sont sous la première ligne thérapeutique **soit 53%**.

Tableau XVII : Répartition des patients selon l'observance sous traitement

| Observance | Effectif | % |
|-------------------|-----------------|------------|
| Bonne | 114 | 92,7 |
| Mauvaise | 9 | 7,3 |
| Total | 123 | 100 |

Près de la totalité des patients ont une bonne observance soit **92,7%**

Tableau XVIII: Répartition des patients traités selon leur évolution sous traitement

| Evolution | Effectif | % |
|--------------------|-----------------|------------|
| Evolution bonne | 112 | 91 |
| Effets secondaires | 2 | 2 |
| Perdu de vue | 3 | 2 |
| Décès | 6 | 5 |
| Total | 123 | 100 |

La majorité des patients ont une bonne évolution soit **93%**

B°) Résultats analytiques**Tableau XIX:** Répartition selon l'observance et l'âge des PV VIH :

| Observance | Age | | | | | | Tot |
|--------------|-----------|-------------|-----------|-------------|---------------|------------|------------|
| | 20-35 | | >35 | | <ou égal à 19 | | |
| | Eff | % | Eff | % | Eff | % | Eff |
| Bonne | 56 | 45,5 | 48 | 39 | 10 | 8,2 | 114 |
| Mauvaise | 6 | 4,8 | 2 | 1,6 | 1 | 0,9 | 9 |
| Total | 62 | 50,3 | 50 | 40,6 | 11 | 9,1 | 123 |

P=0,9**KHI²= 0,2**

Il n'existe pas de différence significative entre l'observance et l'âge de PV VIH.

Tableau XX : Répartition selon le perdu de vue et la résidence:

| Résidence | Perdu de vue | | % | Total | Eff |
|--------------|--------------|-------------|-------------|------------|------------|
| | Eff | % | | | |
| Niono | - | - | - | - | - |
| Molodo | - | - | - | - | - |
| Siribala | - | - | - | - | - |
| N'Débougou | - | - | - | - | - |
| Km 23 | - | - | - | - | - |
| Dogofry | 2 | 1,6 | 1,6 | 3 | 3 |
| Autres | 1 | 0,8 | 0,8 | 1 | 1 |
| Total | 3 | 100% | 100% | 123 | 123 |

P<0,01, KHI²=34,08**Autres :** internat IFM : 3 ; Koyan : 2 ; Adama wèrè: 2

Il existe une différence significative entre le perdu de vue et la résidence.

Le perdu de vue est plus retrouvé dans les zones plus reculées, soit **1,6%**.

NB : les tirets (-) remplacent les résidences où il n'y a pas de perdu de vue.

Tableau XXI : Répartition selon la profession et le perdu de vue :

| Profession | Perdu de vue | | Total | |
|--------------|--------------|------------|------------|------------|
| | Eff | % | % | Eff |
| Ménagère | 2 | 1,6 | 1,6 | 2 |
| Cultivateur | 1 | 0,8 | 0,8 | 1 |
| Elève | | | | |
| Vendeuse | | | | |
| Autres | | | | |
| Total | 3 | 100 | 100 | 123 |

P<0,01**KHI²=150,73**

Il existe une différence significative entre la profession et le perdu de vue. Les cultivateurs ont prédominé soit **1,6%**.

Autres : commerçants : 5 ; marabouts : 4 ; enseignants : 3 ; réparateurs : 2 ; chauffeurs : 2 ; secrétaires : 2 ; infirmière : 1

-= pas perdu de vue**Tableau XXII** : Répartition en fonction de l'observance et le sexe :

| Observance | Masculin | | Sexe Féminin | | Total | |
|--------------|-----------|-------------|--------------|-------------|------------|------------|
| | Eff | % | Eff | % | % | Eff |
| Bonne | 31 | 25,2 | 83 | 67,5 | 92,7 | 114 |
| Mauvaise | 7 | 5,7 | 2 | 1,6 | 7,3 | 9 |
| Total | 38 | 30,9 | 85 | 69,1 | 100 | 123 |

P=0,93, KHI²=0,40

Il n'existe pas de différence significative entre l'observance et le sexe. Plus de **67,5%** de sexe féminin ont eu une bonne observance.

6. COMMENTAIRES ET DISCUSSIONS

Au terme de notre étude, nous voudrions relever d'emblée les difficultés que nous avons rencontrées lors de la réalisation de l'enquête sur le terrain. C'est d'abord, le mauvais remplissage des registres : certains dossiers étaient incomplets par manque de données. Les patients qui ne sont pas sous ARV sont sans dossiers.

Tous avaient comme motif de dépistage des signes évocateurs de VIH. Les 83 patients sous ARV ont reçu l'éducation thérapeutique et 40 patients sous cotri

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

6.1. Des données sociodémographiques des patients

- ***De l'âge :***

La tranche d'âge 20-35 était majoritaire. Ce résultat est proche de l'EDS IV [4] qui note que ce taux atteint son maximum entre 30-34 ans chez les hommes et 25-30 ans chez les femmes. Une étude de l'ONU/SIDA [22] selon laquelle sur 33,2 millions de PVVIH au monde ; 30,2 millions seraient des adultes. Cette fréquence pourrait s'expliquer par le fait qu'à cet âge l'être humain est sexuellement actif.

- **Du sexe :**

Nous avons une prédominance féminine avec 69 % soit un sexe ratio de 2,2. Ce résultat est nettement supérieur à celui de Diamouténé A. [23] au Mali avec 63,2%, et de Laniece [24] avec 62% au Sénégal.

- **De la résidence :**

54,5% des patients résidaient à Niono et le reste dans les autres localités. Ceci pourrait s'expliquer par la proximité du CSRéf.

- **De la profession :**

On notait la prédominance des ménagères (45,2%) et des cultivateurs (22%) dans l'échantillon.

6.2. Les données cliniques des PVVIH

- **Du type de VIH :**

Le VIH 1 a été retrouvé chez 97,6 % de nos patients ce résultat est proche de celui obtenu par Diamouténé A. [23] qui est de 84,6%.

- **De l'évolution du taux de CD4 :**

Il a été constaté que près de la totalité des patients soit 96,7% n'ont pas été suivis pour l'évolution du taux de CD4; par contre les 56 qui ont suivis normalement l'évaluation du taux de CD4 nous ont permis

de constater que le taux de CD4 augmente en fonction du traitement et du temps ce résultat est superposable à celui de Diamouténé A. [23] qui trouve que ce taux augmente après un traitement minimum de deux mois. Ce résultat pourrait s'expliquer par la non disponibilité de l'examen du CD4 et les conditions d'acheminement du sang vers le niveau supérieur.

- **De la tolérance du traitement :**

Facteurs favorisant une bonne observance : Pour une meilleure prise en charge des PVVIH l'adhérence et les moyens financiers sont capitaux. Ici l'observance au traitement est assurée par le prescripteur ; ainsi notre étude a démontré une nette prédominance des patients ayant suivi régulièrement le traitement soit 92,7%, ce qui explique que la gratuité des ARV et la perception du traitement à vie ont favorisé une régulière présence au rendez vous des patients.

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

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

On notait que la presque totalité des patients respectaient les rendez vous ; 92,7% toléraient le traitement et tous connaissaient les heures de prise des médicaments.

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

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

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

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

- ***Des changements de schéma thérapeutique***

Les changements thérapeutiques étaient dus essentiellement aux effets secondaires. Parmi les manifestations indésirables, celles touchant la peau étaient majoritaires à savoir des lésions cutanées, anémie, neuropathie et surtout la ré initiation des patients sous traitement. L'effet secondaire (2%) a nécessité un changement thérapeutique.

7. CONCLUSION

Cette étude qui a porté sur la prise en charge du VIH/SIDA dans un centre de santé du Mali nous a permis d'aboutir aux conclusions suivantes :

- Le sexe féminin en particulier les ménagères et les jeunes c'est à dire la tranche d'âge de 20-35 ans sont les plus touchés. On note par ailleurs que les patients étaient infectés par le VIH de type 1, le bilan pré thérapeutique et de suivi était un véritable handicap par faute de moyen de déplacement et l'acheminement du sang.
- La presque totalité des patients venait en consultation au stade clinique du VIH.
- L'évaluation du taux de CD4 initial au début du traitement et le suivi de son évolution étaient des facteurs peu introduites pour la prise en charge des PVVIH au niveau du CSRéf de Niono.
- L'accessibilité au CSRéf par les personnes infectées par le VIH causait un véritable handicap pour la bonne observance parfois la principale cause de perdu de vue.

8. RECOMMANDATIONS

8.1. Au personnel du CSRéf :

- Etudier d'avantage l'impact des médicaments sur les paramètres de l'observance ;
- Déterminer le taux de CD4 initial systématiquement et son évolution en cours de traitement ;
- Promouvoir le développement du soutien aux PV VIH par les pairs.

8.2. Au Ministère de la Santé :

- Assure un fonctionnement adéquat de l'appareil de CD4 ;
- Promouvoir l'octroi des activités génératrices de revenus pour les PVVIH ;
- Renforcer la compétence des prescripteurs et dispensateurs ARV ;
- Mettre en place des systèmes fiables d'évaluation et d'assurance qualité des soins.

8.3 A la population :

- Respecter la confidentialité ;
- Bannir la stigmatisation, la discrimination et le rejet.

9. REFERENCES

1. Infection par le VIH et SIDA,

CMIT, éd. E.Pilly Montmaron Cy:

2M2 éd; 2006 ; 891 ; 482.

2. ONUSIDA

Rapport sur l'Epidémie Mondiale du SIDA.

OMS 2007 ; 53p.

3. CSLS/Ministère de la santé

Cadre stratégique National de lutte contre le VIH/SIDA au Mali 2006-2010.1P

4. CPS/MS, DNSI ; MODELE AIM

Enquête démographique et de santé 2006 (EDSMIV).

Mali 2006 ; 48p.

5. DELAPORT E.

Actualités sur l'infection à VIH en Afrique subsaharienne. Med trop.1999 ; VIH (édition 2004) p57-9.

6. Boyer P .J, Dillon M, Navoie M and al.

Factors predictive of martenel - fetal transmission of HIVI : preliminary analysis of zidovudine given during pregnancy and /or delivery.JAMA 1994, VIH (Edition 2004), 271:1925-1930.

7. Burns. DN, Landsman's, Minkoff Hetal.

The influence of pregnancy on human immunodeficiency virus type 1 infection: ant partum postpartum changes in human immunodeficiency virus type 1 Viral Load. Br. J Obst Gynécol. 1998; 105: 836-48

8. Ministère de la santé, direction nationale de la santé

Publique, programme National d'accès aux ARV "IMAARV" plan d'action janvier 2001

9. Guay LA; Musoke P ; Fleming T et al.

Intrapartum and neonatal single-dose nevirapine compared with Zidovudine for prevention of mother to child transmission of HIV -1 in Kampala, Uganda: HIVNET 012 randomised trial. Lancet 1999; 345: 795- 802.

10. International Perinatal HIV Group.

Duration of rupture membranes and vertical Transmission of HIV1; A meta-analasis from 15 prospective cohort studies. AIDS 2001; 15: 357-68

11. European collaborative study .Swiss Mother and child HIV cohort study.

Combinaison antiretroviral therapy and duration of pregnancy. AIDS 2002,14:2391-20.

12. Guay LA, Musoke P, Fleming et al.

Intrapartum and neonatal single -dose nevirapine compared with Zidovudine for prevention of mother-to-child transmission of HIV-1 in Kampala,Uganda,;HIVNET 012 randomised trial.
Lancet 1999;345:795-802

13. MICHEL C. PHILIPPE M.NICOLAS M ET Coll.

ATTITUDE of pregnant Woman towards HIV testing Abidjan, Cote d'ivoire And Bobo- Dioulasso, Burkina Faso:
For the DDITRAMA study Group (ANRS.049 clinical Trial

14. ONU SIDA/OMS.

Le programme commun des nations Unies sue le VIH/SIDA
Le point sur l'épidémie de SIDA. Rapport spécial sur la prévention du VIH, décembre 2005.

15. KATTRA NM.

Etude de la prévalence des MST/VIH et des facteurs de risque de l'infection par le VIH chez les femmes enceintes dans les régions de Koulikoro, Sikasso, et Mopti-Thèse Med Bamako 2002 N°14

16. ADJOVIC.

Surveillance de l'infection par le VIH/SIDA et les IST à Cotonou
PNIS/BENIN : 2001, 53p

17. Brun Vezetit F.

Infection à VIH-2 caractéristiques cliniques,
Épidémiologiques et virologiques Sidalerte, août- septembre 1992, N° 15-16

18. KATLAMA .C ; J .CHOSN.

VIH et sida prise en charge et suivi du patient 178 P

19. Keita L.

Recherche de l'infection à VIH chez 151 gestantes vues au service de gynéco-obstétrique de l'hôpital Nianankoro Fomba de Ségou de Mars 2003 à février 2004 N°23 15-16P

20. Carte sanitaire de Niono. Système d'information du CSREF.

Niono Janvier 2008 1p

21. Avant-projet de schéma d'aménagement et de développement de la commune urbaine de Niono N°017.

Décembre 2002 p80-82

22. ONUSIDA/OMS

Rapport sur l'Épidémie Mondiale du SIDA.

2007 ; 53p.

23. Diamoutene A.

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

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

24. Laniece I, Sow NK, Bal D, Ndiaye M, Cissé M.

Antiretroviral treatment initiative in Senegal; Financial accessibility of the national program and patient's contribution levels. XIII^{ème} International AIDS Conference. Durban 2000 ; Abstract 45

25. Ministère de la Santé du Mali

Politique et Protocoles de prise en charge antirétroviral du VIH et du SIDA. DARFT1.2010.P11-14

ANNEXE :

Fiche signalétique:**Nom :** *DIAMOUTENE***Prénom :** *Alphonse***Titre :** *Prise en charge du VIH/SIDA dans un centre de santé de référence au Mali : expérience de Niono.***Année universitaire :** *2009-2010***_Ville de soutenance :** *Bamako (Mali)***Pays d'origine :** *Mali***Lieu de dépôt :** *bibliothèque de la faculté de médecine de pharmacie et D'odontostomatologie.***Secteur d'intérêt :** *Service d'infectiologie, Santé publique.***Résumé :**

L'objectif de notre travail était d'évaluer la prise en charge des VIH/SIDA dans un centre de santé de référence au Mali. Ce travail est une étude rétrospective descriptive qui s'est déroulée durant l'année 2009 au centre de santé de référence de Niono. Au cours de cette étude nous avons recruté 123 PVVIH qui répondaient à notre critère d'inclusion. Au terme de l'étude nous avons constaté que le sexe féminin était la plus touchée soit 69% et aussi les jeunes étaient majoritaire c'est dire que cette couche est la plus vulnérable face aux infections liés au VIH qui peut avoir de sérieux conséquence sanitaire et économique au niveau communautaire. Les quelques cas de perdu de vue étaient observés chez les PVVIH vivants dans coins recalés.

Mots clés : *Prise en charge, PVVIH, VIH/SIDA, centre de santé de référence de Niono.*

Summary :

Our work aimed at assessing the care of persons living with AIDS in a reference center in Mali. It's a retrospective descriptive study that took place in 2009 in the reference health center of Niono.

During this study we involved 123 persons with AIDS that replied to our criterion for including.

Finally we noted that women were the most complaining with 69% and the young people are also many; that means those people are the most vulnerable to be opposite to AIDS infection resulting from grave health and economic consequences in the community.

Some persons refusing to be cared had been observed among people living in the distant places.

QUESTIONNAIRE D'ENQUETE

Numéro d'identification / _____ /

Données socio démographiques des patients VIH+**1. Sexe :**

- Féminin /_ /
- Masculin /_ /

2. Age :

- < ou égal à 19 ans /_ /
- 20 à 35 /_ /
- 35 et plus /_ /

3. Résidence : /...../**4. Profession :**

- Ménagère /_ /
- Cultivateur /_ /
- Vendeur /_ /
- Elève /_ /
- Autres à préciser.....

5. Patients dépistés pour le VIH /_ / raison de dépistage :

- Dépistage volontaire /_ /
- raison médicale /_ /
- cas de refus /_ /

6. Résultat VIH

➤ Positif /_ /

7. Type de VIH:/_ /

➤ VIH1 /_ /

➤ VIH2 /_ /

➤ VIH1et VIH2 /_ /

8. Conseling reçu

➤ OUI /_ /

➤ NON /_ /

9. Education thérapeutique reçu

➤ OUI /_ /

➤ NON /_ /

10. Patients sous ARV

➤ Oui/_ /

➤ Non/_ /

11. Quels sont les régimes thérapeutiques

.....
.....
.....

12. CD4 initial ou début du traitement /...../

13. Son évolution en fonction du temps

.....

.....

.....

14. Stade SIDA au moment de dépistage

- Stade I /_ /
- Stade II /_ /
- Stade III /_ /
- Stade IV /_ /

15. Parmi les patients traités (évolution sous traitement) :

- Décès /_ /
- Perdu de vue /_ /
- Echec clinique /_ /
- Effets secondaire/_ /
- Evolution bonne /_ /

16. Observance ARV*

- Bonne /_ /
- Mauvaise/_ /

SERMENT D'HIPPOCRATE :

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

Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et je n'exigerai jamais un salaire au dessus de mon travail.

Je ne participerai à aucun partage clandestin d'honoraires.

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

Je ne permettrai pas que les considérations de religion, de nation, de race, de patrie 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 leur père.

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

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

Je jure