

Ministère de l'Enseignement Supérieur
de la Recherche Scientifique

REPUBLIQUE DU MALI
UN PEUPLE - UN BUT - UNE FOI

Université des Sciences, des Techniques et
des Technologies de Bamako



Faculté de Médecine et
d'Odonto-Stomatologie



Année universitaire : 2018-2019

Thèse N ° 004

THESE

**Etude des références des Personnes Vivant avec
le VIH dans le Service des Maladies Infectieuses
et Tropicales du C.H.U. du Point G**

Présentée et soutenue publiquement le 08/01/2020
devant le jury de la Faculté de Médecine et d'Odonto-
Stomatologie

Par :

Monsieur Alassane SAMAKE

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

(Diplôme d'Etat)

JURY :

Président : Professeur Hamadoun SANGHO

Membres : Docteur Mamadou KEITA

: Docteur Zoumana DIARRA

Co-Directeur : Docteur Jean Paul DEMBELE

Directeur : Professeur Soukalo DAO

DEDICACES

Je dédie ce travail

❖ **A mon père Méry SAMAKE,**

Papa ce travail est le tien. Je ne pensais pas avoir le niveau et le courage nécessaire pour faire la médecine mais tu as su me motiver. Tu as guidé mes premiers pas dans la vie ; tu m'as appris le sens du travail, de la responsabilité, de la morale, de la dignité et de l'humilité. Tu es un exemple pour toute la famille car tu es un travailleur acharné, rigoureux et exigeant envers toi-même et envers les autres. Merci pour tes prières, pour ton soutien inconditionnel aussi bien moral, affectif, matériel ou financier. A travers ce travail, j'espère te rendre aussi fier de moi que je le suis de toi. Tu es mon modèle d'homme. Que le Seigneur t'accorde longue vie et te garde en santé pour qu'un jour je puisse te faire bénéficier du fruit de tes efforts.

❖ **A ma mère Salimata SAMAKE,**

Me donner la vie est le plus beau cadeau que tu m'ais fais. Femme affectueuse, femme généreuse, femme travailleuse, femme patiente, femme courageuse, femme vertueuse, telles sont les qualités qui font de toi une personne admirable. Tout ce que je suis aujourd'hui c'est à toi que je le dois. Les mots ne suffisent pas pour t'exprimer ma gratitude pour tous les sacrifices que tu fais chaque jour pour mes frères et moi afin que nous ne manquions de rien. Soit rassurée que tes leçons me suivront toujours. J'espère pouvoir être au moins la moitié de la mère que tu es. Ce travail est également le fruit de ton labeur. Que l'Eternel le tout puissant te bénisse et te garde longuement auprès de nous.

❖ **A ma femme Sanata DIAKITE,**

Merci pour ta présence à mes côtés, pour ton affection et pour tous les efforts que tu fais pour me rendre heureux. Que le Seigneur veille sur toi, nous garde unis et nous aide à concrétiser nos projets.

❖ **A mes frères et sœurs : Arouna, Zoumana, Ousmane, Youba, Satigui, Issa, Souleymane, Fanta, Chata, Haby, Mah, Moh et Waraba**

On ne choisit pas sa famille mais c'est un plaisir d'être votre frère. Malgré les discordes nous pouvons toujours compter les uns sur les autres. Merci pour votre soutien. Sachons toujours vivre selon les principes que papa et mamans nous ont inculqué. Que Dieu veille sur chacun de vous et garde notre famille soudée.

❖ **A mon grand frère feu Broulaye**

Malgré les années qui ont passé, ton souvenir est toujours aussi présent et ton absence aussi douloureuse. Je me sens parfois seule sans toi ; J'espère que de là-haut tu nous regarde et que

tu es fière de moi. A travers ce travail, je veux te rendre hommage et te dire à quel point tu nous manques. Reposes en paix.

❖ **A ma grande mère feu Djinesira DIAKITE :**

Sans tes conseils, tes bénédictions et tes encouragements je n'y serai pas arrivé. Merci. Qu'ALLAH t'accorde son paradis.

REMERCIEMENTS

Nous adressons nos remerciements :

❖ **A mon village natal SORONI** : berceau de nos ancêtres, terre sacrée et de prospérité. Aux enseignants des écoles communautaires de Faradiè (Karim DIAKITE), Sidiolé, seconde cycle de Kologo, lycée la Chaîne Grise de Bougouni (LCG-BGN).

Au corps professoral de la Faculté de Médecine et d'Odonto-Stomatologie :

Nous vous remercions pour la qualité des instructions, de l'encadrement, de formations et de l'éducation que vous nous avez offert. Votre simplicité, votre esprit scientifique et votre persévérance font de vous des professeurs admirés et des grands maîtres incontestables. Sans vous, nous n'allons jamais nous retrouver aujourd'hui à la réalisation de nos rêves. Ce travail est le fruit l'enseignement de qualité que nous avons reçu de vous. Veuillez recevoir ici chers maîtres l'expression de toute notre estime et de notre gratitude.

Que Dieu vous accorde une longue vie dans la santé et vous donne la force de nous dispenser plus que jamais des cours de qualité.

❖ **A monsieur Abdoulaye SIDIBE** :

C'est grâce à vous que j'ai pu continuer mes études après avoir rencontré un énorme problème en 6^{ème} année fondamentale (3ans successifs). Veuillez recevoir ici mes remerciements et ceux de mes parents. Merci pour tout ce que vous avez fait pour moi, qu'ALLAH vous accorde une longue vie avec la santé.

❖ **Au Professeur Sounkalo DAO** :

Tout ce travail est votre œuvre. Je suis parvenu à cette étape parce que vous avez su guider mes pas. Mon cher maître cela ne surprend guère ceux qui ont eu le privilège de vous côtoyer. Votre rigueur scientifique, votre amour du travail bien fait, votre humanisme, votre discrétion enviable et votre modestie illustrent vos qualités d'homme de science.

Puisse Allah le TOUT PUISSANT me permettre de vous imiter. C'est l'occasion, mon cher maître de vous exprimer à mon nom propre et à celui de ma famille nos sincères remerciements.

❖ **A Docteur Jean Paul DEMBELE** :

Les mots me manquent pour exprimer ce que je ressens, merci pour votre soutien moral, matériel et votre disponibilité. Je souhaite beaucoup de succès et bonheur à vous et à votre famille. Que le Tout Puissant vous accorde une longue et brillante carrière.

❖ **A Docteur Yacouba CISSOKO** :

Nous avons apprécié dès le premier contact vos immenses qualités scientifiques et humaines. Nous garderons de vous l'image d'un homme de science et d'un enseignant soucieux de la formation de ses étudiants. Votre rigueur scientifique, votre amour pour le travail bien fait,

vosre disponibilité constante et surtout votre honnêteté font de vous un maître respecté et un exemple à suivre. Recevez ici cher maître, notre profonde gratitude, que le Tout Puissant vous accorde une carrière longue et brillante.

❖ **A tout le personnel du service des maladies infectieuses et Tropicales :**

Merci pour l'accueil, la courtoisie et les conseils, je ne vous oublierai pas.

❖ **Aux D.E.S et internes : Dr Fodé, Dr HAMA, Dr Japhet DEMBELE, Dr MELI, Dr KABORE, Dr ZARE, Youssouf, Oumar, ALLAGNENAN, Djelika, Hamzata, Drissa, Alain, Victor, Kalo, Djiré, John, Lawal, Zénabou, Arnaud, Irène, Fati, TATIANA, Rachel, Anicet et Arouna :**

J'ai beaucoup appris auprès de vous, merci pour tout, je vous souhaite beaucoup de courage, de réussite et une bonne continuation.

❖ **A mes amis, Thomas DOUMBIA, Mohamed KONATE, Yaya COULIBALY, Bakary DIABATE, Salif DAGNOKO, Abdoul Karim GUINDO, Lazéni KONE, Djibril COULIBALY, Dr Arboncana MAIGA, Dr Youssouf OUEDRAGO, Dr Lassina KEITA et Dr Drissa KONE :**

Vous avez été des frères, j'ai passé les plus beaux moments avec vous à la faculté, vous avez toujours été là pour me consoler permettez-moi à travers ce travail de vous dire combien je vous admire, merci énormément.

❖ **A la famille DIAKITE : Adama DIAKITE, Kadiatou DIAWARA et Binta SANGARE**

Vous m'avez toujours soutenu j'ai passé de très beaux moments en famille merci à vous tous.

A NOTRE MAITRE ET PRESIDENT DU JURY

Professeur Hamadoun SANGHO

- **Professeur Titulaire de Santé Publique à la Faculté de Médecine et d’Odonto-Stomatologie (FMOS) ;**
- **Ex-Directeur général du Centre de Recherche d’Etude et de Documentation pour la Survie de l’Enfant (CREDOS) ;**
- **Chef du Département d’Enseignement et de Recherche en Santé Publique (DERSP) à la Faculté de Médecine et d’Odonto-Stomatologie (FMOS) ;**
- **Chevalier de l’Ordre National du Mali.**

Honorable Maître,

Vous nous faites un grand honneur en acceptant de présider ce jury de thèse malgré vos multiples occupations. Nous avons admiré vos immenses qualités scientifiques, humaines et pédagogiques. Nous avons apprécié votre rigueur et votre dévouement dans le travail bien fait. Vos qualités exceptionnelles de formateur, jointes à votre modestie font de vous un homme de référence. Veuillez agréer, cher maître, l’expression de notre profond respect. Puisse Allah le tout puissant vous bénir.

A NOTRE MAITRE ET MEMBRE DE JURY

Docteur Mamadou KEITA

- **Spécialiste des Maladies Infectieuses et Tropicales ;**
- **Chargé de recherche ;**
- **Infectiologue à la cellule sectorielle de lutte contre le VIH/SIDA, la Tuberculose et de Hépatites virales du ministère de la Santé et des Affaires Sociales ;**
- **Membre fondateur de la Société Malienne de Pathologie Infectieuse et Tropicale (SOMAPIT) ;**
- **Secrétaire à l'organisation et de l'information de la Société Malienne de Pathologie Infectieuse et Tropicale (SOMAPIT) ;**
- **Membre de la Société Africaine Anti SIDA (SAA).**

Cher Maître,

Vous nous faites un grand honneur en acceptant de juger ce travail. Votre rigueur scientifique et votre dynamisme font de vous un Maître admiré et respecté. Votre simplicité et votre disponibilité nous ont marqué. Recevez ici cher maître l'expression de notre profonde gratitude. Puisse Allah le tout puissant vous bénir.

A NOTRE MAITRE ET MEMBRE DE JURY

Docteur Zoumana DIARRA

- **Médecin généraliste ;**
- **Coordinateur du centre d'Ecoute de Soins, d'Animation et de Conseil (CESAC) de Bamako ;**
- **Ex Coordinateur de L'Unité de Soins, d'Accompagnement et de Conseil (USAC) des personnes infectées par le VIH/SIDA du CSREF de la commune V du district de Bamako ;**
- **Ex Coordinateur de l'Unité de Soins, d'Accompagnement et de Conseil (USAC) de Kita.**

Cher maître

Vos qualités d'homme de science, votre dévouement, votre courage et votre sens élevé d'humanisme font de vous un Médecin très sollicité. Auprès de vous, nous avons su vous apprécier à votre juste valeur.

Soyez rassuré cher maître, de notre sincère reconnaissance.

Puisse le TOUT PUISSANT vous aider à aller jusqu'au bout de vos ambitions professionnelles.

A NOTRE MAITRE ET CO-DIRECTEUR

Docteur Jean Paul DEMBELE

- **Médecin infectiologue ;**
- **Praticien hospitalier au Centre Hospitalier Universitaire (CHU) du Point G ;**
- **Maitre-assistant à la Faculté de Médecine et d'Odontostomatologie (FMOS) ;**
- **Secrétaire aux relations extérieurs et aux affaires sociales de la Société Malienne de Pathologie Infectieuse et Tropicale (SOMAPIT) ;**
- **Membre de la Société Africaine de Pathologie Infectieuse (SAPI) ;**
- **Membre du conseil d'administration du Centre Hospitalier Universitaire (CHU) du Point G.**

Cher maître ;

Nous vous sommes redevables de l'aboutissement de ce travail ; vous l'avez éclairé par votre savoir et votre rigueur scientifique. Nous avons été marquée par votre simplicité, votre amour pour le travail bien fait et votre souci constant de la bonne formation de vos étudiants. Vous nous avez encadré comme un père le fait pour son enfant. Nous garderons de vous le souvenir d'un excellent maître. Veuillez accepter le témoignage de notre haute considération la plus respectueuse. Nous prions le bon Dieu qu'il vous accorde santé et longévité afin que plusieurs générations d'apprenants puissent bénéficier de la qualité de votre enseignement.

A NOTRE MAITRE ET DIRECTEUR DE THESE

Professeur Soukalo DAO

- **Professeur titulaire des Maladies Infectieuses et tropicales à la Faculté de Médecine et d'Odonto-Stomatologie (FMOS) ;**
- **Chef de service de Maladies Infectieuses et Tropicales du Centre Hospitalier Universitaire (CHU) du point G ;**
- **Ancien Chef de DER de Médecine et Spécialités médicales ;**
- **Investigateur clinique principal au centre universitaire de recherche clinique (UCRC) ;**
- **Coordinateur du Diplôme d'Etude Spécialisé (DES) de Maladies Infectieuses et Tropicales ;**
- **Coordinateur du Diplôme Universitaire (DU) de VIH/SIDA ;**
- **Président de la Société Malienne de Pathologie Infectieuse et Tropicale ;**
- **Membre de la Société Africaine de Pathologie Infectieuse ;**
- **Membre de la Société de Pathologie Infectieuse de Langue Française ;**
- **Membre de la Société Ouest Africaine des Médecins (WACP).**

Honorable Maître,

Nous tenons à vous témoigner de toute notre reconnaissance pour avoir accepté de diriger ce travail malgré vos multiples et importantes occupations.

Professeur émérite, votre générosité, votre modestie, votre rigueur et votre désir permanent de perfectionnement dans tout travail scientifique font de vous un maître exemplaire et reconnu de tous.

Qu'Allah vous accorde santé et longévité afin que plusieurs générations d'apprenants puissent bénéficier de vos explications enrichissantes.

SIGLES ET ABREVIATIONS :

3TC : Lamivudine

ABC : Abacavir

AEG : Altération de l'Etat Général

AES : Accident d'exposition au sang

Ag HBs : Antigène HBs

AGP : Adénopathie généralisée persistante

ANEH : Agence National d'Evaluation des Hôpitaux

ARV : Antirétroviraux

ATV : Atazanavir

ATZ/r : Atazanavir/ritonavir

AZT : Zidovudine

BAAR : Bacille acido-alcool-résistant

BK : Bacille de Koch

CD4 : Cluster of différenciation 4

CDC : « control for diseases center and prevention »

Cell : Cellule

CESAC : Centre d'Ecoute de Soins, d'Animation et de Conseil

CICM : Centre d'Infectiologie Charles Mérieux

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

CMV : Cytomégalovirus

CNAM : Centre National d'Appui à la lutte contre la Maladie

CNIECS : Centre National d'Information d'Education et de Communication pour la santé

CNOS : Centre National d'Odonto-Stomatologie

CNTS : Centre National de Transfusion Sanguine

CREDOS : Centre de Recherche et de documentation pour la Survie de l'enfant

CSCom : Centre de Santé Communautaire

CSLS-TBH : Cellule Sectorielle de lutte contre le VIH/SIDA, Tuberculose et les Hépatites virales

CSRéf : Centre de Santé de référence

CV : Charge virale

EDSM V : Enquête démographique et santé du Mali phase V

EFV : Efavirenz

HAART : Traitement antirétroviral hautement actif

HCNLS : Haut Conseil National de Lutte contre le Sida

IMAARV : Initiative malienne d'accès aux antirétroviraux

INSP : Institut National de Santé Publique

LEMP : Leuco-encéphalite multi-focale progressive

LPV : Lopinavir

LPV/r : Lopinavir/ritonavir

MA : Mycobactérie atypique

NVP : Névirapine

OMS : Organisation mondiale de la Santé

ONU/SIDA : Organisation des nations unies pour la lutte contre le Sida

PVVIH : Personnes vivant avec le VIH

RTV : Ritonavir

SAU : Service d'Accueil des Urgences

SEREF0 : Laboratoire de recherche et de formation en VIH/TB

SIDA : Syndrome Immunodéficience Acquise

SK : Sarcome de Kaposi

SMIT : Service des maladies infectieuses et tropicales

SRV : Sérologie Rétroviral

TCD4 : Taux de CD4

TARV : Traitement Antirétroviral

TB : Tuberculose

TDF : Tenofovir

TME : Transmission mère-enfant

USAC : Unité de soins d'accompagnement et de conseil

VHB : Virus de l'hépatite B

VIH : Virus de l'Immunodéficience Humaine

TABLE DES ILLUSTRATIONS

Liste des figures

Figure 1 : Répartition des patients selon la résidence.....	19
Figure 2 : Répartition des patients selon le type de VIH.....	22
Figure 3 : Répartition des patients selon la durée d'hospitalisation.....	26

Liste des tableaux

Tableau I : Répartition des patients selon la classe d'âge et le sexe.....	18
Tableau II : Répartition des patients selon le statut matrimonial.....	19
Tableau III : Répartition des patients selon les structures de référence.....	20
Tableau IV : Répartition des patients selon le motif de référence et le TARV.....	21
Tableau V : Répartition des patients selon le taux de CD4 initial.....	22
Tableau VI : Répartition des patients selon le TARV avant la référence.....	23
Tableau VII : Répartition des patients selon la durée du TARV avant la référence.....	23
Tableau VIII : Répartition des patients selon le schéma ARV avant la référence.....	24
Tableau IX : Répartition des patients selon la prophylaxie au cotrimoxazole.....	24
Tableau X : Répartition des patients selon le diagnostic retenu et le TARV.....	25
Tableau XI : Répartition des patients selon le devenir et le TARV.....	26

SOMMAIRE

I. INTRODUCTION	1
OBJECTIFS	3
II. GENERALITES	4
1. Définitions.....	4
2. Physiopathologie de l'infection à VIH.....	4
3. Classification OMS de l'infection à VIH.....	5
4. Algorithme diagnostique de l'infection à VIH au Mali.....	6
5. Epidémiologie descriptive de l'infection à VIH au Mali.....	7
6. Organisation de la prise en charge des PVVIH au Mali.....	8
III. PATIENTS ET METHODES	15
1. Lieu et Cadre d'étude.....	15
2. Type et période d'étude.....	16
3. Critères d'inclusion et non inclusion.....	16
4. Echantillonnage.....	16
5. Collectes des données.....	16
6. Analyse et traitement des données.....	16
7. Aspect Ethique.....	16
8. Références.....	17
IV. RESULTATS	18
4.1. Caractères sociodémographiques.....	18
4.2. Structures et motifs de références.....	20
4.3. Caractéristiques Immuno-virologiques et thérapeutiques des patients.....	22
4.4. Principaux diagnostics retenus.....	25
4.5. Devenir des patients.....	26
V. COMMENTAIRES ET DISCUSSION	28
CONCLUSION	32
RECOMMANDATIONS	33
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES	34
ANNEXES	36
Fiche d'enquête.....	36
Fiche signalétique.....	37
Diagramme de GANTT.....	41

I. INTRODUCTION

L'infection par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) est un problème majeur de santé publique mondiale [1,2]. En effet, le rapport de l'ONUSIDA de 2018 fait état de 36,9 millions de personnes vivant avec le VIH dans le monde. Selon le même rapport, 1,8 million de nouvelles infections à VIH dont deux tiers en Afrique et 940000 décès dû au VIH ont été enregistrés en 2017 [1].

En Afrique sub-saharienne, où vivent près de deux tiers des personnes infectées dans le monde par le VIH [3,4], la maladie due au VIH représente une lourde tâche pour les services de santé [4,5].

Au Mali, la séroprévalence du VIH dans la population générale est estimée à 1,1%. Les femmes sont plus touchées que les hommes (respectivement 1,3% et 0,8%). Le pic de séroprévalence se situe, aussi bien chez les femmes que chez les hommes, dans la tranche d'âge 30-34 ans (2,2%), témoignage d'une épidémie bien installée [6].

Grace aux initiatives internationales et la réduction de coût des antirétroviraux (ARV), l'accès au traitement antirétroviral (TARV) est devenu universel. Au Mali, le TARV a débuté avec l'initiative malienne d'accès aux antirétroviraux (IMAARV) en 2001. Ainsi la déclaration de politique nationale de lutte contre le VIH et le sida recommande d'assurer la gratuité des soins, des bilans biologiques et le traitement ARV à toutes les personnes vivant avec le VIH (PVVIH) sans distinction aucune faisant du Mali le 3^{ème} pays africain à avoir pris cette décision après le Malawi et le Sénégal. Pour garantir l'accès aux ARV, le Mali a entrepris d'apporter les ARV là où se trouvent les PVVIH[6]. Depuis 2004, les traitements ARV et des pathologies opportunistes sont gratuits au Mali [6–8]. Ceci a conduit à une décentralisation rapide de la prise en charge des PVVIH. Le nombre des centres de conseil dépistage volontaire est passé de 80 en 2007 à 396 en 2015. Concernant le nombre de personnes dépistées, il est passé de 19 598 en 2007 à 89 322 en 2015.

Le service de Maladies Infectieuses et Tropicales du CHU du Point G est le service de référence Nationale de la prise en charge des pathologies infectieuses et tropicales. Il enregistre quotidiennement des PVVIH référées de plusieurs structures de santé de Bamako et de l'intérieur du pays. Il apparaissait important de faire le point sur le profil de ces patients dans le but d'identifier les principaux motifs de référence, de déterminer les diagnostics finaux, le pronostic de ces patients et de formuler des recommandations.

- **Question de recherche**

- Les références des PVVIH dans le service des Maladies Infectieuses et Tropicales du CHU du Point G sont-elles toutes justifiées ?

- **Hypothèses de recherche**

- Les PVVIH sont référées avec des motifs qui ne seraient pas toujours valables ;
- les PVVIH avaient au moins un diagnostic principal qui serait en rapport avec le statut sérologique.

OBJECTIFS :

Objectif général :

- Etudier les références des PVVIH au service des Maladies Infectieuses et Tropicales du CHU du Point G

Objectifs spécifiques :

- Déterminer les motifs des références ;
- décrire les caractéristiques immuno-virologiques et thérapeutiques des patients ;
- identifier les principaux diagnostics ;
- déterminer le devenir des patients.

II. GENERALITES

1. Définitions

Séropositivité au VIH : c'est la détection d'anticorps anti-VIH sur au moins deux tests sanguins successifs en l'absence de critères sida [9].

Sida : Le Sida ou syndrome de l'immunodéficience acquise est le nom d'un ensemble de symptômes consécutifs à la destruction de plusieurs cellules du système immunitaire par le VIH. C'est le dernier stade de l'infection qui finit par la mort de l'organisme infecté des suites de maladies opportunistes [9].

2. Physiopathologie [9,10,12] :

Dès la primo-infection, le virus se réplique activement et diffuse dans l'organisme. Des réservoirs viraux sont ainsi constitués, avec intégration du virus dans les cellules (ganglions, tissu lymphoïde du tube digestif) lui permettant d'échapper ainsi à la reconnaissance par le système immunitaire. Les cellules cibles du virus sont :

- Les lymphocytes TCD4+,
- Les monocytes/macrophages,
- Les cellules de la microglie cérébrale.

Le VIH détruit progressivement le système immunitaire en infectant les lymphocytes TCD4+ (mécanisme direct) et en entraînant une activation immunitaire qui conduit à de multiples phénomènes immunitaires pathologiques dont la destruction des lymphocytes TCD4+ (mécanisme indirect). Les lymphocytes TCD4+ se renouvellent rapidement jusqu'à ce que les altérations des organes lymphoïdes centraux (thymus) ne permettent plus leur régénération. Lorsque les lymphocytes TCD4+ sont inférieurs à 200 cell/mm³, surviennent alors les infections opportunistes avec l'apparition du sida clinique. En raison de l'établissement précoce de réservoirs viraux, de la persistance d'une réplication *minima* du virus conduisant à la sélection de virus échappant aux réponses immunes de l'hôte, les traitements antirétroviraux même hautement efficaces (HAART) n'ont pas permis à ce jour l'éradication du virus. En outre, la réplication persistante du virus entraîne une activation constante du système immunitaire, insuffisante cependant pour contrôler le VIH et délétère pour de nombreux organes (cœur, os, vaisseaux, rein).

3. Classification en stades cliniques proposées par l'OMS révisée en 2006

3.1. Stade clinique 1

- Patient asymptomatique.
- Adénopathies persistantes généralisées.
- Degré d'activité 1 : patient asymptomatique, activité normale.

3. 2. Stade clinique 2

- Perte de poids inférieure à 10% du poids corporel.
 - Manifestations cutanéomuqueuses mineures (dermatite séborrhéique, prurigo, atteinte fongique des ongles, ulcérations buccales récurrentes, chéilite angulaire).
 - Zona, au cours des cinq dernières années.
 - Infections récidivantes des voies respiratoires supérieures (sinusite bactérienne, par exemple).
- Et/ou degré d'activité 2 : patient symptomatique, activité normale.

3. 3. Stade clinique 3

- Perte de poids supérieure à 10 % du poids corporel.
- Diarrhée chronique inexplicée pendant plus de 1 mois.
- Fièvre prolongée inexplicée (intermittente ou constante) pendant plus de 1 mois.
- Candidose buccale (muguet).
- Leucoplasie chevelue buccale.
- Tuberculose pulmonaire, dans l'année précédente.
- Infections bactériennes sévères (pneumopathie, pyomyosite, par exemple). Et/ou degré d'activité 3 : patient alité moins de la moitié de la journée pendant le dernier mois.

3. 4. Stade clinique 4

- Syndrome cachexisant du VIH, selon la définition des CDC.
- Pneumopathie à *Pneumocystis jirovecii*.
- Toxoplasmose cérébrale.
- Cryptosporidiose, accompagnée de diarrhée pendant plus de 1 mois
- Cryptococcose extra-pulmonaire.
- Cytomégalovirose (CMV) touchant un autre organe que le foie, la rate ou les ganglions lymphatiques.
- Herpès cutanéomuqueux pendant plus de 1 mois ou viscéral quel qu'en soit la durée.
- Leuco encéphalopathie multifocale progressive.
- Toute mycose endémique généralisée (histoplasmosse, coccidioïdomycose, par exemple).
- Candidose de l'œsophage, de la trachée, des bronches ou des poumons.
- Mycobactériose atypique, généralisée.
- Septicémie à salmonelles non typiques.
- Tuberculose extra pulmonaire.
- Lymphome.
- Sarcome de Kaposi (SK)

- Encéphalopathie à VIH, selon la définition de CDC. Et/ou degré d'activité 4 : patient alité plus de la moitié de la journée pendant le dernier mois.

(Remarque : les diagnostics sont acceptables qu'ils soient de certitude ou présomptifs)

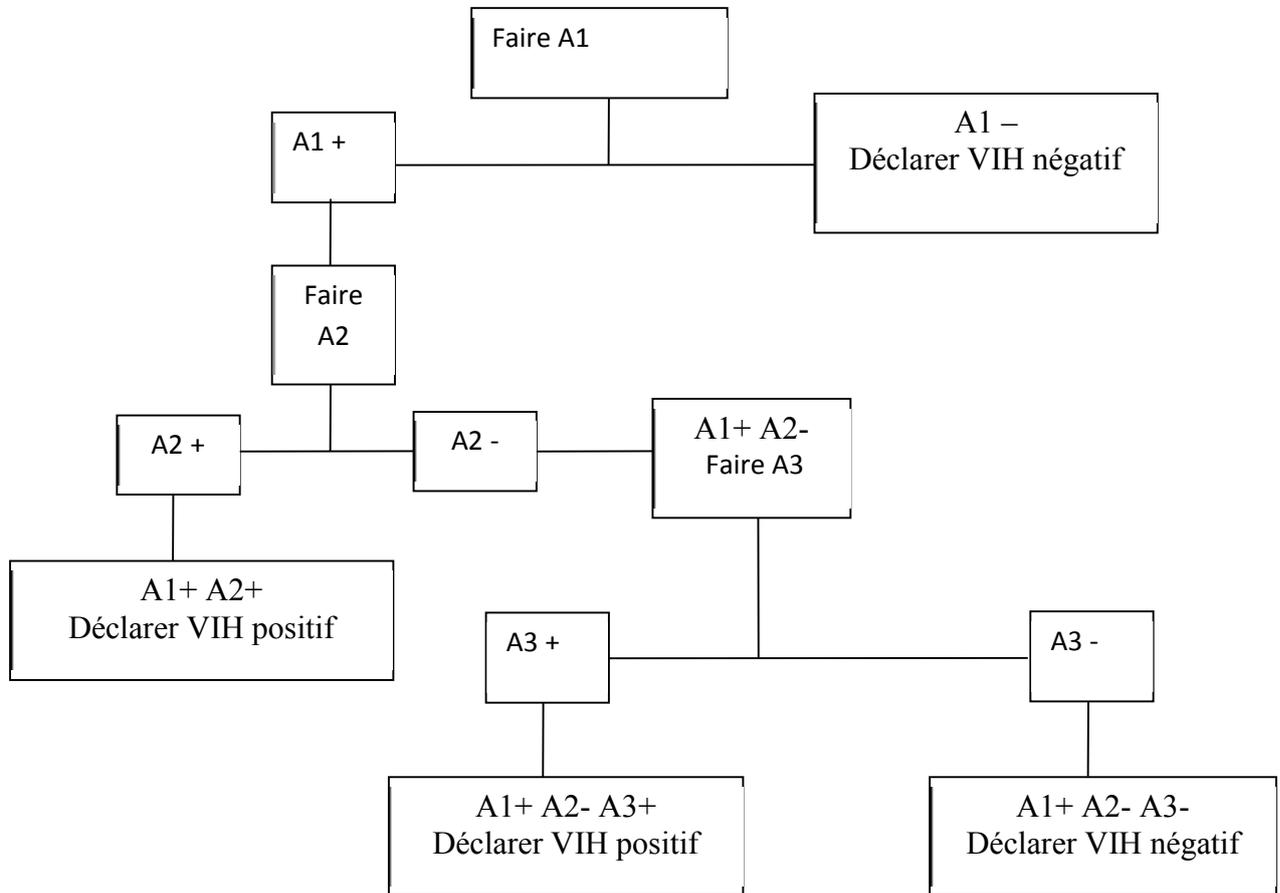
4. Algorithme diagnostique de l'infection à VIH au Mali

Le diagnostic du VIH est établi chez l'adulte et les adolescents conformément à l'algorithme de dépistage VIH national.

A1: Alere HIV 1/ 2 Ag/ Ab Combo

A2: SD Bioline HIV 1/ 2 - 3.0

A3: First Response HIV 1-2.0



SOURCE : Normes et procédures des services de dépistage du VIH au Mali Juillet 2017

5. Epidémiologie descriptive de l'infection à VIH au Mali [6,9,12]:

Les résultats de la dernière étude de séroprévalence de l'infection au VIH réalisée en 2012 dans la population générale adulte au cours de l'Enquête Démographique et de Santé au Mali

(EDSM V), ont montré une baisse du taux de prévalence du VIH de 1,3% à 1,1% faisant du Mali un pays à épidémie généralisée du VIH à prévalence basse avec tendance à la stabilisation.

Les femmes sont plus touchées que les hommes respectivement 1,3% et 0,8%.

Cependant, la séroprévalence reste élevée au sein des populations clés notamment les professionnelles du sexe (24,3 %), les hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes (13,7%), les utilisateurs de drogues injectables (5,2%) [6].

La prévalence du VIH chez les femmes enceintes dépistées était de 2,9% selon le rapport de surveillance sentinelle 2012.

Le pays réunit des facteurs favorables à la propagation et à la potentialisation de l'impact de l'épidémie : grande pauvreté, illettrisme notamment chez les femmes, flux migratoires internes et externes importants et croissants, pratiques socioculturelles à risque telles que le lévirat et le sororat, les pratiques à risque au niveau des sites d'orpaillage [6].

A cela s'ajoutent les effets de la crise socio- politique et sécuritaire notamment les déplacements de populations fuyant le nord du pays.

6. Organisation de la prise en charge des PVVIH au Mali [6,14]:

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 de rapprocher 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, la sensibilisation et la prise en charge des populations clés, le lancement du plan d'élimination de la TME (plan e-TME 2015-2019). Cette politique a permis de mettre sous traitement 34 974 patients à la date du 31 décembre 2015.

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

6. 1. Le Haut Conseil National de Lutte contre le Sida (HCNLS)

Il a pour missions 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 (SE/HCNLS) 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 et le Sida ;
- tenir le secrétariat technique du Haut Conseil National de Lutte contre le Sida.

6. 2. La cellule sectorielle de lutte contre le VIH/Sida, la tuberculose et les hépatites virales du Ministère de la Santé et de l'hygiène publique

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

Le secrétariat du comité sectoriel de lutte contre le sida, les hépatites virales et la tuberculose 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 et de l'hygiène publique avec les partenaires techniques et financiers et veiller à leur mise en œuvre ;
- Assurer un appui conseil aux structures publique et privée 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.

6. 3. Les missions des organismes personnalisés, des services centraux et rattachés du Ministère de la Santé et de l'hygiène publique dans le domaine de la lutte contre le VIH et le Sida

La Direction Générale de la Santé et de l'hygiène publique

Elle a pour mission d'assurer l'exécution des programmes du plan sectoriel de lutte contre le Sida du Ministère de la Santé et de l'hygiène publique. Elle collabore avec la CSLS-TBH/MSHP à l'élaboration et la mise en œuvre des plans opérationnels, le suivi et l'évaluation des activités.

Les Directions Régionales de la Santé

Les Directions Régionales de la 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 général de la santé.

Les hôpitaux et autres structures de prise en charge

Ils sont responsables de la prise en charge globale des patients séropositifs et des malades du sida.

La Direction de la Pharmacie et du Médicament

Elle a pour mission de veiller au respect des procédures d'Autorisation de Mise sur le Marché des médicaments, des réactifs et consommables 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.

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.

L'Institut National de Santé Publique (INSP)

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.

Le Laboratoire National de la Santé

Il procède au Contrôle de Qualité des médicaments et des dispositifs médicaux.

La Cellule de Planification et de Statistiques

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

L'Inspection de la Santé

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

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

Ils doivent appuyer la Cellule Sectoriel de Lutte contre le VIH/Sida, la Tuberculose et les Hépatites virales du Ministère de la Santé et de l'hygiène publique dans leur domaine de compétence.

6. 4. Les comités d'experts à l'échelon national

Ces comités doivent appuyer la Cellule Sectoriel de Lutte contre le VIH/Sida, la Tuberculose et les Hépatites virales du Ministère de la Santé et de l'hygiène publique 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.

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

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

6. 6. 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.

Pour l'atteinte des objectifs de la lutte contre le VIH, le dispositif est ainsi organisé :

1. Prise en charge globale : Structures, personnel et activités

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

Elle peut être réalisée :

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

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

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

1.1 Structures de niveau 1

- **Structures concernées** : centres de santé communautaire, structures privées
- **Profil du personnel** : infirmiers, sages-femmes, assistant médical / technicien de laboratoire, technicien de pharmacie, médecins, psychologues, travailleurs sociaux, techniciens de surface. Tout ce personnel doit être formé à la prise en charge du VIH et du Sida en fonction de leur domaine de compétence ;
- **Types d'activités** :
 - Soins communautaires ;
 - Conseil/dépistage ;
 - Support psychosocial ;
 - Prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant ;
 - Diagnostic précoce des enfants nés de mères séropositives ;

- Consultations avec prophylaxie et prise en charge syndromique des infections sexuellement transmissibles; prise en charge des infections opportunistes;
- Prescription et/ou suivi des traitements antirétroviraux ;
- Dispensation des ARV, éducation thérapeutique et aide à l'observance ;
- Référence au niveau supérieur ;
- Activités minimales de laboratoire : dépistage du VIH selon l'algorithme du niveau 1, taux d'hémoglobine ou d'hématocrite, recherche de grossesse, possibilité de confectionner les lames (TB) ou référence pour recherche active de la tuberculose et bilan de suivi ;
- Prise en charge des accidents d'exposition au sang.

1.2 Structures de niveau 2

- **Structures concernées** : centres de santé de référence ; centres de traitement ambulatoire; structures de soins privées ou associatives. Certains centres de santé communautaire urbains ou situés dans des zones éloignées des centres de santé de référence pourront également être équipés pour réaliser les activités prévues à ce niveau.
- **Profil du personnel** : médecins assurant une permanence des soins, pharmaciens ou assistants médicaux, psychologues, techniciens de laboratoire - technicien supérieur de santé ou technicien de santé, sages-femmes, éducateurs thérapeutiques, travailleurs sociaux et personnel de soutien. Tout ce personnel doit être formé aux différentes activités de prise en charge des PVVIH, activités de laboratoire et dispensation des ARV.
- **Types d'activités** :
 - Activités de niveau 1 ;
 - Prescription des ARV ;
 - Dispensation des ARV et approvisionnement des structures de niveau 1 ;
 - Activités de laboratoire permettant le dépistage du VIH selon l'algorithme du niveau 2, les bilans pré-thérapeutique, de suivi et la recherche des infections opportunistes courantes: bactériologie, recherche de BAAR, mycologie de base, parasitologie, biochimie, hématologie, sérologie, numération des lymphocytes TCD4+, confection de DBS pour le diagnostic précoce, radiologie et échographie;
 - Supervision des structures de niveau 1.

1.3 Structures de niveau 3

- **Structures concernées** : Hôpitaux nationaux, CHU et Instituts de recherche
- **Profil du personnel** : identique au niveau 2 avec en plus biologistes, psychologues, médecins spécialistes ;
- **Types d'activités** :
 - Activités de niveau 2 ;
 - Consultations spécialisées ;
 - Activités de laboratoire renforcées : dépistage du VIH selon l'algorithme du niveau 3, comptage des lymphocytes TCD4+, réalisation de la charge virale ; dosage pharmacologique et tests de résistance aux ARV;
 - Imagerie médicale ;

Les structures de niveau 1 et 2 ont des unités de prise en charge, mais elles ne sont pas aptes à hospitaliser. Les niveau 3 sont des structures habilitées pour l'hospitalisation.

III. Matériel et Méthodes :

1- Lieu et Cadre d'étude :

L'étude a été réalisée dans le service des Maladies Infectieuses et Tropicales du Centre Hospitalier Universitaire (CHU) du Point G. C'est le service National de référence en matière de prise en charge de toutes les pathologies infectieuses au Mali. Il a enregistré en 2018 plus de deux mille consultations et plus de trois cent hospitalisations toutes pathologies infectieuses confondues. Il participe à la formation pratique des étudiants en médecine et des médecins inscrits pour le Diplôme d'Etudes Spécialisées en Maladies Infectieuses et Tropicales. Il est abrité par un bâtiment à deux niveaux :

- au rez-de-chaussée, se trouvent 15 salles d'hospitalisation, 2 salles de consultations, une salle pour l'hospitalisation du jour, une salle d'accueil, les bureaux du major, des infirmiers, des médecins en spécialisation, des thésards, des techniciens de surfaces, un hall pour les patients et les accompagnants et une pharmacie. Le service a une capacité d'hospitalisation de 36 lits, répartis comme suit : 8 salles de 2 lits, 4 salles de 4 lits 4 salles d'un lit chacun. Il y'a 2 salles de consultation, 1 sale d'hospitalisation du jour.

- à l'étage, se trouvent les bureaux des médecins, y compris celui du chef de service, un secrétariat, une salle des archives, une salle d'unité de recherche et une salle de cours.

En 2019, le personnel du service se répartit comme suit :

- deux professeurs titulaires des Maladies Infectieuses ;
- huit médecins infectiologues (quatre maîtres-assistants, deux chargés de recherche, deux praticiens hospitaliers) ;
- trois médecins généralistes dont deux dans le cadre du Fonds Mondial ;
- un psychologue ;
- un opérateur de saisie ;
- une infirmière assistante médicale ;
- trois infirmiers techniciens supérieurs de santé ;
- une infirmière technicienne de santé
- une aide-soignante ;
- quatre techniciens de surface.

2- Type et période d'étude :

Il s'est agi d'une étude transversale de 18 mois pour la période de janvier 2018 à juin 2019.

3-1 : Critères d'inclusion :

Ont été inclus dans l'étude toutes les PVVIH naïves ou sous traitement ARV référées dans le service des maladies infectieuses par une structure de santé.

3-2 : Critères de non inclusion :

N'ont pas été inclus dans notre étude les PVVIH venues d'elles-mêmes ou amenées par un tiers pour leur prise en charge.

4- Echantillonnage :

Il a été calculé de la manière suivante :

$$n = \frac{Z^2 P Q}{i^2}$$

n= taille de l'échantillon

P= prévalence estimative de l'hospitalisation des PVVIH au SMIT=74,6%

i= précision souhaitée (7%)

Q= 1-P

Z= 1,96 (valeur dépendante du risque d'erreur)

$$n = (1,96)^2 \cdot (0,746) \cdot (0,254) / (0,07)^2 = 148,55$$

Nous avons arrondi la taille d'échantillon à n=149 PVVIH.

5- Collecte des données :

Les informations ont été recueillies sur une fiche d'enquête élaborée à cet effet, à partir des fiches de références, des dossiers d'hospitalisation ou des fiches de demandes de consultations des patients. La codification a été faite avec un numéro anonyme.

6- Traitement et Analyse des données :

La saisie, la vérification et l'analyse des données ont été faites avec les logiciels Excel 2016 et IBM SPSS Statistics version 20.

7- Aspects éthiques :

Les informations recueillies n'étaient accessibles qu'aux seules personnes impliquées dans l'étude. Certaines données ont été discutées au besoin avec d'autres personnes de l'équipe soignante dans le respect strict du secret professionnel partagé. La codification a permis de sécuriser les données collectées.

La dissémination des résultats de cette étude aux structures sanitaires permettra une revue des pratiques pour la référence des patients.

8-Références :

Ont été rédigées selon la convention de Vancouver. Qui est une norme internationale, prenant en compte les différents aspects possibles. Manière conventionnelle et normalisée de présenter

une source, quel que soit le type de document dont est issu la parole citée. Contient au minimum : auteur, titres (article ou chapitre, revue ou ouvrage), éditeur et année publication.

IV. RESULTATS :

Durant la période d'étude, 193 PVVIH ont été référées dans le service des Maladies Infectieuses et Tropicales du CHU du Point G, par différentes structures sanitaires.

Les résultats sont ainsi présentés :

4. 1. Caractéristiques sociodémographiques

Tableau I : Répartition des patients selon la classe d'âge et le sexe

Classe d'âge en année	Sexe du patient		Total
	Masculin N(%)	Féminin N(%)	
[16-26]	6 (6,4)	11(11,1)	17
[27-36]	17(18,1)	33(33,3)	50
[37-46]	39(41,5)	27(27,3)	66
[47-56]	24(25,5)	22(22,2)	46
[57-66]	6 (6,4)	5(5,1)	11
[67-76]	2 (2,1)	1(1,0)	3
Total	94(100,0)	99(100,0)	193

L'âge moyen de nos patients était de 41,3 ans \pm 10,95 et la classe d'âge la plus représentée était celle de 37-46 ans. Le sexe masculin était plus représenté dans cette classe d'âge soit 41,5% contre 27,3% de sexe féminin. Le sex-ratio (H/F) était de 0,95.

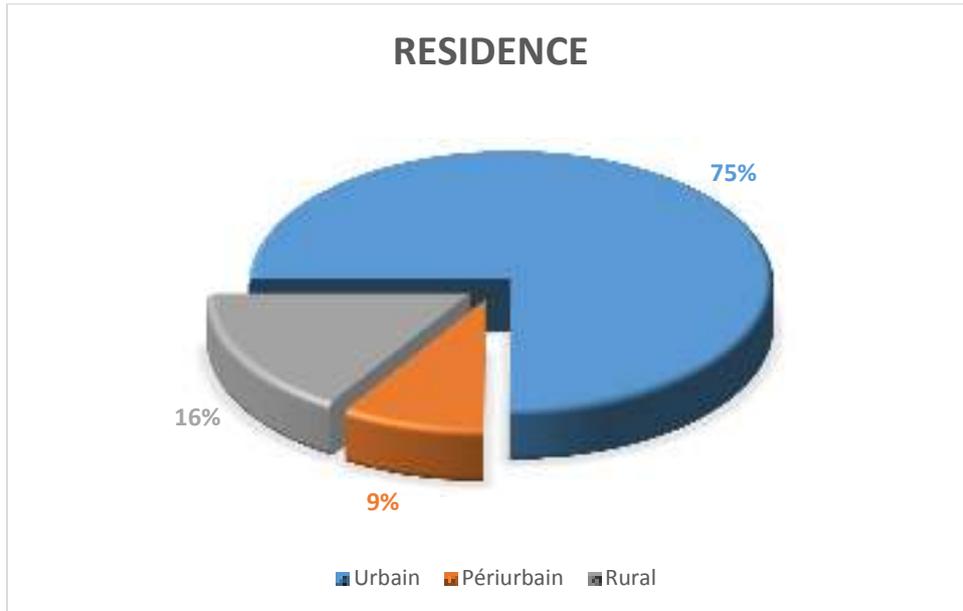


Figure 1 : Répartition des patients selon la résidence

Dans notre série 75% des patients provenaient de la zone urbaine.

Tableau IV : Répartition des patients selon le statut matrimonial

Statut matrimoniale	Effectifs	Pourcentage
Marié(e)	136	70,5
Veuf(ve)	23	11,9
Célibataire	19	9,8
Divorcé(e)	15	7,8
Total	193	100,0

Dans notre échantillon les personnes mariées avaient représenté 70,5% de cas.

4. 2. Structures et motifs de références

Tableau V : Répartition des patients selon les structures de référence

Structure de référence	Effectifs	Pourcentage
CSRéf Bamako	41	21,2
CHU Gabriel Touré	33	17,1
Hôpital du Mali	29	15,0
Etablissement de santé Privé	28	14,5
CESAC	23	11,9
USAC/CNAM	18	9,3
Hôpital Luxembourg	12	6,2
CSRéf hors Bamako	8	4,1
CHU Kati	1	0,5
Total	193	100,0

Les références par les CSRéf de Bamako étaient plus élevées soit 21,2%. Parmi eux le CSRéf de la commune IV était prédominant.

Tableau VI : Répartition des patients selon le motif de référence et le traitement ARV

Motif	OUI n=113(%)	TARV NON n=80(%)	Total
AEG	61 (54,0)	35 (43,8)	96
SRV positive	43 (38,0)	39 (48,8)	82
Toux chronique	18 (16,0)	22 (27,5)	30
Diarrhée chronique	14 (12,4)	8 (10)	22
Fièvre au long cours	14 (12,4)	6 (7,5)	20
Altération de la conscience	11 (9,8)	13 (16,3)	24
Déficit moteur	11 (9,8)	3 (3,8)	14
Syndrome infectieux	8 (7,0)	9 (11,3)	17
Opportunistes digestives	5 (4,4)	2 (2,5)	5
Céphalées	3 (2,7)	1 (1,3)	7
Opportunistes cérébrales	4 (3,5)	5 (6,3)	4
Pâleur conjonctivale	4 (3,5)	2 (2,5)	9
Tuberculose	2 (1,8)	3 (3,8)	5
Ictère fébrile	1 (0,9)	1 (1,3)	2
Toxidermie	2 (1,8)		2

L'AEG était le motif de référence le plus fréquent soit 54,0% pour les patients sous TARV et la SRV positive soit 48,8% pour les patients naïfs au TARV.

4. 3. Caractéristiques immuno-virologiques et thérapeutiques des patients

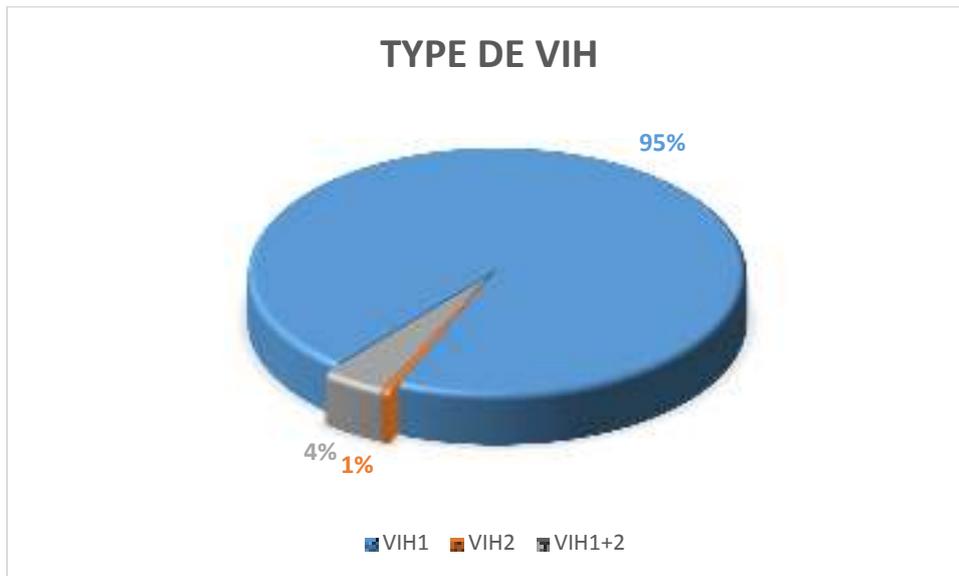


Figure 2 : Répartition des patients selon le type de VIH

La majorité de nos patients étaient infectés par le VIH1 soit 95%.

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

CD4 initial en cellule/mm ³	Effectifs	Pourcentage
< 200	61	50,8
[200-350]	26	21,7
>350	33	27,5
Total	120	100,0

Les patients qui avaient un taux de CD4 initial inférieur à 200 cellules/mm³ étaient majoritaire soit 50,8%.

Tableau VIII : Répartition des patients selon le traitement ARV avant la référence

Traitement ARV	Effectifs	Pourcentage
Oui	113	58,5
Non	80	41,5
Total	193	100,0

La majorité de nos patients était référé avec un traitement ARV soit 58,5%.

Tableau IX : Répartition des patients selon la durée du traitement ARV avant la référence

Durée du traitement ARV en Mois	Effectifs	Pourcentage
[1-3 mois]	41	36,3
[4-6 mois]	10	8,8
[7-12 mois]	15	13,3
[13-24 mois]	7	6,2
[25-36 mois]	3	2,6
[37-60 mois]	15	13,3
>60 mois	22	19,5
Total	113	100,0

Les patients qui avaient une durée de traitement ARV comprise entre 1 à 3 mois étaient prédominant soit 36,3%.

Tableau X : Répartition des patients selon le schéma ARV avant la référence

Schéma ARV	Effectifs	Pourcentage
TDF-3TC-EFV	94	83,2
TDF-3TC-LPV/r	3	2,6
Autres	16	14,2
Total	113	100,0

Le schéma TDF-3TC-EFV était le plus utilisé soit 83,2%.

Tableau XI : Répartition des patients selon la prophylaxie au cotrimoxazole avant la référence

Prophylaxie au cotrimoxazole	Effectifs	Pourcentage
Oui	85	44,0
Non	108	56,0
Total	193	100,0

La majeure partie de nos patients étaient référées sans être mis sous la prophylaxie au cotrimoxazole soit 56,0%.

4. 4. Principaux diagnostics retenus

Tableau XII : Répartition des patients selon le diagnostic retenu et le Traitement ARV

Diagnostic retenu	Oui N113(%) TARV nonN80(%)		Total
Toxoplasmose cérébrale	28(24,8)	29(36,3)	57
Tuberculose	28(24,8)	20(25)	48
Paludisme grave	24(21,2)	23(28,8)	47
Sepsis secondaire à une infection pulmonaire	24(21,2)	18(22,5)	42
Candidose oro-pharyngée	21(18,6)	17(21,3)	38
Anémie	14(12,4)	11(13,8)	25
Sepsis secondaire à une infection digestive	14(12,4)	11(13,8)	25
Herpès génital/labial	7(6,2)	8(10)	15
Pneumopathie bactérienne	13(11,5)	7(8,8)	20
Coccidioses digestives	7(6,2)	6(7,5)	13
Sepsis secondaire à une infection urinaire	7(6,2)	6(7,5)	13
Abcès mixte du cerveau (Parasitaire +Bactérien)	10(8,8)	2(2,5)	12
Troubles ioniques	2(1,8)	5(6,3)	7
Cryptococcose neuroméningée/cutanée	5(4,4)	2(2,5)	7
Méningo-encéphalite	4(3,5)	3(3,8)	7
Méningite bactérienne	4(3,5)	1(1,3)	5
Sepsis secondaire à une infection cutanée	3(2,7)	2(2,5)	5
Insuffisance rénale	2(1,8)	2(2,5)	4
Cancer/VIH*	4(3,5)		4
Hépatite virale B	1(0,9)	1(1,3)	2
Dysenterie bacillaire	1(0,9)	1(1,3)	2
Pneumocystose		1(1,3)	1

Cancer/VIH* : Maladie de Kaposi (2), Cancer du col de l'utérus (1), Cancer du foie (1).

La toxoplasmose cérébrale et la tuberculose étaient les diagnostics retenus les plus retrouvés soient 24,8% chacun chez patients sous TARV et la toxoplasmose cérébrale soit 36,3% chez les naïfs au TARV.

4. 5. Devenir des patients

Tableau XII : Répartition des patients selon le devenir et le traitement ARV

Traitement ARV \ Devenir	Oui N(%)	Non N(%)	Total
Exéat	59 (52,2)	39 (48,8)	98
Décès	47 (41,6)	34 (42,5)	81
Sortie contre avis médical	7 (6,2)	6 (7,5)	13
Transfert dans un autre service	0	1 (1,3)	1
Total	113	80	193

Les patients référés avec un traitement ARV avait une bonne évolution soit 52,2% par rapport aux patients naïfs au TARV.

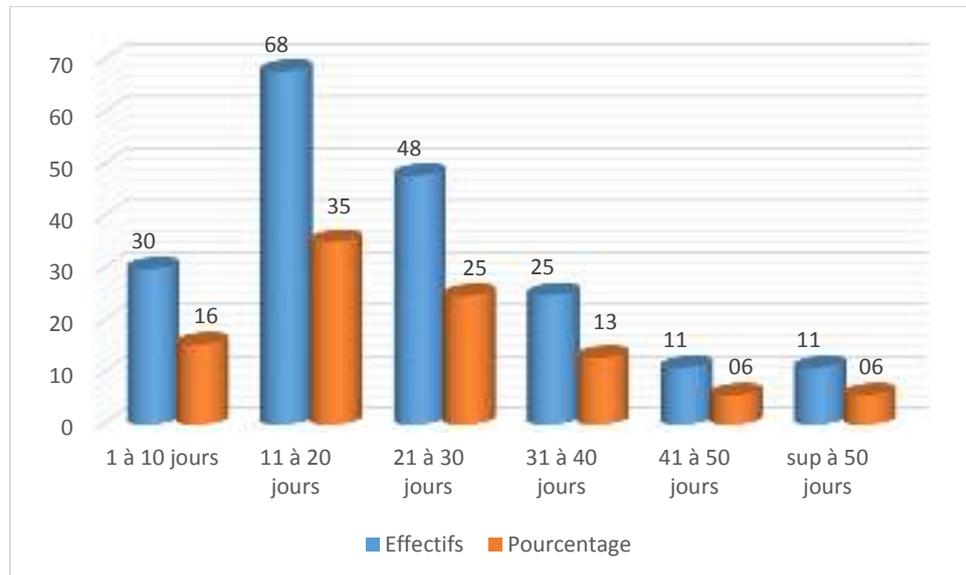


Figure 3 : Répartition des patients selon la durée d'hospitalisation

La durée d'hospitalisation de nos patients comprise entre 11 à 20 jours était plus fréquente soit 35,2%.

V. COMMENTAIRES ET DISCUSSION

Les résultats obtenus ont suscité une discussion et des commentaires

5.1. Caractères sociodémographiques

Notre échantillon était constitué de 51,3% de patients de sexe féminin contre 48,7% de sexe masculin. Le sex-ratio (H/F) était de 0,95. Cette prédominance féminine reflète la tendance de l'épidémie au niveau national [6]. L'âge moyen de nos patients était de 41,3 ans \pm 10,95 et la classe d'âge (37-46 ans) avait représenté 34,2% dans notre série. Le sexe masculin était plus représenté dans cette classe d'âge soit 41,5% contre 27,3% de sexe féminin. Ce qui confirme que le VIH touche plus les adultes jeunes au Mali. Ce même constat est fait par d'autres auteurs. En effet dans une étude multi-centre multi-pays réalisée en Afrique de l'Ouest par Lewden et al. avaient rapporté un âge médian de 40 ans avec une classe interquartile comprise entre (33-48 ans) [15].

Dans notre échantillon, les personnes mariées représentaient 70,5%. Ce résultat est superposable à celui de Seudieu M au Mali en 2014 chez qui 70,0% des patients infectés par le VIH étaient mariés. Cela s'expliquerait par le fait que la contamination par le VIH se fait essentiellement par voie sexuelle en Afrique subsaharienne [9].

Il est admis que l'infection à VIH s'est féminisée dans la plupart des pays en développement dont le Mali. Les femmes sont plus à risque sur le plan anatomique et sont parfois vulnérables. La majorité de nos patients résidaient en zone urbaine avec un pourcentage de 75,0%. Notre résultat est inférieur à celui de SAGARA M, au Mali qui avait révélé que 86,1% des patients résidaient en milieu urbain [18].

5.2. Structures et motifs de références

La plupart de nos patients était référé par les centres de santé de référence de Bamako 21,2% suivi du CHU Gabriel Touré 17,1%. Selon Traoré AM et al [19] dans leur étude au Mali en 2010 avaient retrouvés que les patients étaient majoritairement référés du niveau II (47,7% s-TARV vs 39,1 % n-TARV), suivis du niveau I (23,5% vs 37,3%) et du niveau III (28,8% vs 23,6%). Ceci explique que selon la norme de référence, les patients doivent passer par les centres de santé de référence avant d'être admis au service. En outre le CHU Gabriel Touré ne dispose pas de service spécialisé dans la prise en charge des PVVIH adulte.

Dans notre étude plus de la moitié des patients sous TARV avait comme motif de référence l'AEG soit 54,0% suivi de SRV positive soit 38,0%. La SRV positive et l'AEG ont été plus notées chez les patients naïfs au TARV soit 48,8% et 43,8% respectivement. Dans l'étude de

Lawson ATD et al [20] au Sénégal, l'altération de l'état général et la fièvre étaient les principaux motifs de référence des patients. Nous constatons que les PVVIH sont référés dans le service des maladies infectieuses dès qu'elles consultent dans un autre service ou centre de santé. La positivité d'une sérologie rétrovirale ne saurait être un motif valable de transfert d'un patient. La principale question que cela soulève est la suivante ; les médecins sont-ils outillés pour la prise en charge des PVVIH ? Des efforts doivent être fournis pour une meilleure gestion de ces patients à tous les niveaux de la pyramide sanitaire.

5.3. Caractéristiques immuno-virologiques et thérapeutiques des patients

Au cours de notre étude le sérotype VIH 1 était prépondérant avec 95,3% des cas. Ce résultat reflète celui décrit par l'EDSMV au Mali[13]. Au Mali en 2017, l'étude de Tepondjou Nandong G [21], avait aussi rapporté que le VIH 1 était aussi le sérotype prédominant soit 95,7%. Par contre au Mali en 1993, Maiga MY et al [22] ont trouvé une prédominance du VIH-2 avec 44,75% contre 31,19% de VIH-1 et l'association VIH-2 et VIH-1 dans 24,06% des cas en 1993. Le taux de CD4 moyen était de $117,7/\text{mm}^3$ et 50,8% des patients étaient en état d'immunodépression sévère (taux de $\text{CD4} < 200/\text{mm}^3$). Notre résultat est inférieur à celui de Lawson ATD et al [20], en 2015 au Sénégal qui avaient trouvé le taux de CD4 moyen de $210/\text{mm}^3 \pm 170$ et 71,9% des patients étaient en état d'immunodépression sévère (taux de $\text{CD4} < 200/\text{mm}^3$).

Plus de la moitié soit 58,5% étaient déjà sous TARV avant leur référence dans le service. Le schéma le plus utilisé était TDF-3TC-EFV soit 83,2%. Par contre l'étude de Lawson ATD et al [18] au Sénégal en 2015 montre que plus de la moitié soit 53,5% était déjà sous TARV avant leur admission. Les protocoles les plus utilisés étaient AZT-3TC-NVP (20,9%), TDF-3TC-NVP (18,6%), TDF-FTC-EFV (17,4%) et AZT-3TC-EFV (14%). La plupart de nos patients initiés étaient sous TDF-3TC-EFV, car ce schéma est utilisé en première ligne en cas de VIH1 selon les normes et protocoles du Mali.

Les patients qui avaient une durée de traitement ARV comprise entre 1 à 3 mois étaient majoritaire soit 36,3%. Ceci explique que la majorité de nos patients ont été initiés sous ARV sans rechercher les infections opportunistes.

La prophylaxie au Cotrimoxazole était initiée chez 44,0% de nos patients. Notre résultat est supérieur à celui de l'étude réalisée au Sénégal en 2015 par Lawson ATD et al, la prophylaxie au Cotrimoxazole n'avait été initiée que chez 17,8% des patients [20].

5.4. Principaux diagnostics retenus

Dans notre série les diagnostics retenus les plus retrouvés étaient le sepsis soit 42,5%, suivis de la toxoplasmose cérébrale et la co-infection tuberculose/VIH soit 24,8% chacun parmi les patients sous TARV. Chez les patients naïfs au TARV les diagnostics étaient dominés par le sepsis soit 46,3% suivis de la toxoplasmose cérébrale 36,3% et la co-infection tuberculose/VIH soit 25,0%. Les pathologies opportunistes étaient dominées par la toxoplasmose cérébrale et la co-infection tuberculose/VIH dans les deux groupes. Le sepsis et le paludisme grave étaient les principales pathologies non classant sida dans les deux groupes soient 42,5%, et 21,2% sous TARV et 46,3% et 28,8% pour les patients naïfs au TARV. Par contre Lawson ATD et al avaient rapporté que la tuberculose constituait la première infection opportuniste retrouvée dans leur série suivis des pneumopathies bactériennes [20].

La durée moyenne d'hospitalisation des PVVIH dans le service était de $20,7 \pm 14,6$ jours. Notre résultat est proche de celle réalisée par Samaké F[23] qui a retrouvée 18,9 jours, en 2015 au Mali. Cela s'expliquerait par le fait que les patients VIH présentent un tableau de co-morbidité et viennent dans un état clinique très avancé. Ce résultat est supérieur à celui de Fortes et al [24] qui avait trouvé une durée d'hospitalisation moyenne de 16 ± 14 jours des patients infectés par le VIH à Dakar entre 2007 et 2008.

5.5. Devenir des patients

L'exéat a été le mode de sortie le plus fréquent dans les deux groupes soit 52,2% pour les patients sous TARV et 48,8% pour les naïfs au TARV. Le décès était légèrement plus retrouvé chez les naïfs au TARV que ce qui étaient sous TARV soit 42,5% contre 41,6%. Les sorties contre avis médical étaient 6,2% et 7,5% pour les patients sous TARV et naïfs au TARV respectivement. Ainsi nos données se rapproche de celle de la cohorte de Lawson ATD et al, qui avaient retrouvé un taux de guérison de 47%, la létalité de 37% [20].

CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

❖ Conclusion

Cette étude nous a permis de comprendre que les patients vivant avec le VIH sont référés dans le service des Maladies Infectieuses du CHU du Point G aussi bien par les structures de santé étatique que par les structures privées.

Les motifs de références sont vaguement rédigés sur des simples bulletins de demande de consultation. Ils sont rarement traduits en syndrome pour une meilleure orientation. Les diagnostics posés dans le service de référence n'étaient pas toujours en adéquation avec les motifs de références. Aussi, toutes les maladies diagnostiquées ne sont pas des pathologies opportunistes de l'infection par le VIH. Les pathologies opportunistes du VIH diagnostiquées étaient dominées par la toxoplasmose cérébrale et la tuberculose. Quant aux affections non opportunistes du VIH, elles étaient dominées par le sepsis, le paludisme grave, et l'anémie.

L'évolution a été favorable chez la majorité des patients. Cependant le taux mortalité était élevé.

RECOMMANDATIONS :

Au terme de ce travail, nous formulons les recommandations suivantes :

1. Au Ministre de la santé et des affaires sociales

- mettre à la disposition des structures sanitaires des ressources humaines qualifiées ;
- renforcer le plateau technique pour une meilleure prise en charge globale des patients ;
- mettre en œuvre la gratuité effective des soins aux PVVIH.

2. A la cellule sectorielle de lutte contre le sida, la tuberculose et les hépatites virales

- Intégrer tous les médecins, pharmaciens, infirmiers et sages-femmes des structures sanitaires dans la prise en charge des PVVIH.

3. Aux structures sanitaires

- faire des références justifiées et non basées uniquement sur le statut VIH des patients ;
- fournir les informations nécessaires et non seulement un bulletin de consultation.

4. Au chef du service des maladies infectieuses du CHU du Point G

- Mettre en place un mécanisme de retour d'information aux structures référant ;
- Mettre en place un mécanisme d'échange avec les structures référant.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES :

- [1]. Onusida. Statistiques mondiales sur le VIH. Fiche d'information juillet 2018. (Consulté le 26 mars 2019 à 15h30) [Internet]. Disponible sur: <http://www.unaids.org/en/resources/campaigns/HowAIDSchangedeverything/factsheet>
- [2]. Fortes DéguénonvoL, Manga NM, Diop SA, Dia Badiane NM, Seydi M, Ndour CT et al. Profil actuel des patients infectés par le VIH hospitalisés à Dakar (Sénégal). Bull. Soc. Pathol. Exot. 2011; 104:366-70.
- [3]. World Health Organization. Global AIDS surveillance - part 1. Wkly Epidemiol Rec 1997; 72: 357-60.
- [4]. Grant AD, Sidibé K, Domoua K, Bonard D, Sylla-Koko F, Dosso M et al. Eventail des maladies chez les adultes infectés par le VIH hospitalisés dans une unité de médecine respiratoire à Abidjan, Côte d'Ivoire. Int J Tuberc Lung Dis 1998 ; 2 (11): 926-34.
- [5]. Piot P, Laga M. Epidemiology of AIDS in the developing world. In: Broder S, Merigan TC, and Bolognesi D, eds. Textbook of AIDS medicine. Baltimore: Williams and Wilkins, 1994: 109-32.
- [6]. Anonyme. Normes et protocoles de prise en charge antirétrovirale du VIH et du SIDA, Juillet 2016.
- [7]. Juillet 2004, lettre circulaire N°1118/MS/S-G instaurant la gratuité des soins et des ARV.
- [8]. Présidence Mali, Décret N°05-147/P-RM du 31 mars 2005.
- [9]. Seudieu M. Profil des pathologies chirurgicales au cours du VIH et du SIDA au CHU du Point G Bamako [Thèse]. Médecine: Bamako; 2015. 80p.
- [10]. Cissé BA. Connaissances, attitudes et pratiques relatives au VIH chez les agents de santé de l'hôpital, du CSRéf et des CSCom de la ville de GAO [Thèse]. Pharmacie: Bamako; 2018. 117p.
- [11]. Sangaré B. Connaissances, attitudes et pratiques relatives au VIH chez les praticiens hospitaliers du C.H.U. Gabriel Touré [Thèse]. Médecine: Bamako; 2015. 88p.
- [12]. CMT. Maladies infectieuses et tropicales. In: E. PILLY: Vivactus plus Ed, 2016: 581-2.
- [13]. CPS/MS. Cinquième Enquête Démographique et de santé au Mali (EDSM V), MALI 2012.
- [14]. Présidence Mali, Loi N°2019-021/ DU 03 JUIL 2019.
- [15]. Lewden C, Drabo YJ, Zannou DM, Maiga MY, Minta DK, Sowet PS al. Disease patterns and causes of death of hospitalized HIV-positive adults in West Africa: a multicountry survey

in the antiretroviral treatment era. *Journal of the International AIDS Society* 2014, 17:187-97.

[18]. Sagara M. Fréquence du VIH et du SIDA en milieu chirurgical de Bamako: cas du service de chirurgie générale [Thèse]. Médecine: Bamako; 2014. 90 p.

[19]. Traoré AM, Minta DK, Fomba M, Cissé H, Diallo K, Coulibaly I et al. Profil épidémioclinique et évolutif de patients VIH positif, référés au CHU du Point G, Bamako, Mali. *Bull. Soc. Pathol. Exot.* 2010;107:22-6.

[20]. Lawson ATD, Diop Nyafouna SA, Diousse P, Diop MM, Niang M, Diop BM. Personnes Vivant avec le VIH prises en charge en hospitalisation en zone décentralisée au Sénégal, exemple de la ville de Thiès. *Revue Malienne d'Infectiologie et de Microbiologie* 2017, Tome 10.

[21]. Tepondjou Nandong G. Morbidité et mortalité des infectés par le VIH/sida dans le service des maladies infectieuses et tropicales du C.H.U du Point G [Thèse]. Médecine: Bamako; 2017. 106p.

[22]. Maiga MY, Diarra B, Guindo A, Maiga YI, Fofana O, Bougoudogo F. Etude de la séroprévalence de l'infection par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) au Mali sur 3496 sérums. *Bull Soc Pathol Exot* 1993; 86:16-20.

[23]. Samaké F. Profil des pathologies en hospitalisation dans un Service de Maladies Infectieuses et Tropicales à l'ère du VIH : cas de Bamako [Thèse]. Médecine: Bamako; 2015. 101p.

[24]. Fortes Déguénonvo L, Manga NM, Diop SA, Dia Badiane NM, Seydi M, Ndour CT et al. Profil actuel des patients infectés par le VIH hospitalisés à Dakar (Sénégal). *Bull Soc Pathol Exot.* 2011; 104(5):361–70.

FICHE D'ENQUETE

N°- :

I. CRITERES SOCIODEMOGRAPHIES

Age (ans) : /..... /

Sexe : /..... /

1=Masculin

2=Féminin

Profession: /..... /

1=ménagère

2=cultivateur

3=commerçant

4=routier

5=ouvrier

6=militaire

7=agent de santé

8=élève/étudiant

9=fonctionnaire

10=couturier

11=autres (à préciser).....

.....

Résidence : /..... /

1=urbain

2= périurbain

3=rural

Statut matrimonial : /.../ 1=marié(é) 2=célibataire 3=divorcé(é) 4=veuf(ve)

II. INFORMATIONS SUR LA REFERENCE :

-Structure :

.....

-Motif :

.....

III. INFORMATIONS SUR L'INFECTION A VIH

Type de VIH /..... / 1=VIH1 2=VIH2 3= VIH1 + VIH2

Date de dépistage :

TCD4 initial.....

Traitement ARV /..... /

1=oui

2=non

Si oui :

- Durée en mois.....

-Schémas ARV : /.../ 1=TDF+3TC+EFV 2=TDF+3TC+Lopinavir/R

3=autre(à préciser) :

Prophylaxie au cotrimoxazole : /..... / 1=oui 2= non

IV. PRISE EN CHARGE ET DEVENIR

- Diagnostic retenu :

.....

- Durée d'hospitalisation (jours) :

- Devenir : /..... / 1= Exéat

2= Décédé

3= Sortie contre avis médical

4=Transfert

Fiche signalétique

Nom : SAMAKE

Prénom : Alassane

Numéro de téléphone : 00223 73 42 83 39 // 00223 69 40 90 89

Pays d'origine : MALI

Titre : Etude des références des Personnes Vivant avec le VIH dans le service des Maladies Infectieuses et Tropicales du C.H.U. du Point G à Bamako, Mali.

Année universitaire : 2018-2019

Lieu de dépôt : bibliothèque de la Faculté de Médecine et d'Odonto-Stomatologie du Mali

Secteur d'intérêt : Maladies Infectieuses et Tropicales

Adresse électronique : samakealassane023@gmail.com

Résumé :

Nous avons colligé les dossiers des patients référés dans le service des Maladies Infectieuses et Tropicales du CHU du Point G du 1^{er} Janvier 2018 au 30 Juin 2019.

193 patients ont été référés. Ces patients étaient en majorité de sexe féminin (sexe ratio =0,95), d'âge jeune (moyenne=41,3±10,95 ans) et résidaient à Bamako et ses environs. Tous ces patients étaient référés par une structure de référence. Dans notre étude plus de la moitié des patients qui était sous TARV avait une altération de l'état général comme motif de référence soit 54,0% suivi de sérologie rétrovirale positive soit 38,0%. La sérologie rétrovirale positive et l'altération de l'Etat général ont été plus notées chez les patients naïfs au TARV soit 48,8% et 43,8% respectivement. Les diagnostics retenus les plus fréquents étaient, les sepsis soient 42,5%, suivis de la toxoplasmose cérébrale et la co-infection tuberculose/VIH soient 24,8% chacun chez les patients sous TARV. Chez les patients naïfs au TARV les diagnostics étaient dominés par les sepsis soient 46,3% suivis de la toxoplasmose cérébrale 36,3% et la co-infection tuberculose/VIH soit 25,0%. Le sepsis et le paludisme grave étaient les principales pathologies non classant sida dans les deux groupes soient 42,5% et 21,2% respectivement chez les patients sous TARV. Ils représentaient 46,3% pour le sepsis et 28,8% pour le paludisme grave chez les patients naïfs au TARV. La durée d'hospitalisation était en moyenne 20,7±14,6 jours. L'évolution a été favorable chez la majorité de nos patients. L'exéat représentait 52,2% chez les patients sous TARV et 48,8% pour les patients naïfs au TARV. La mortalité était légèrement plus retrouvée chez les naïfs au TARV que ce qui étaient sous TARV soit 42,5% contre 41,6%.

Méthodologie : Il s'est agi d'une étude transversale de 18 mois à collecte rétro et prospective des variables à partir des dossiers médicaux des PVVIH référées par une structure de santé. L'étude s'est réalisée du 1^{er} Janvier 2018 au 30 Juin 2019.

Conclusion : Les raisons de références des PVVIH dans le SMIT étaient dominées par l'altération de l'état générale et la sérologie rétrovirale positive. Malgré la gratuité du TARV et le nombre important de centres de prise en charge, la létalité hospitalière des Personnes vivant VIH demeure préoccupante au Mali.

Mots clés : Etude, Personnes vivant avec le VIH, Référence, Motifs, diagnostics retenus, devenir

SIGNALITIC SHEET:

Name: SAMAKE

First Name: Alassane

Phone number: 00223 73 42 83 39 // 00223 69 40 90 89

Email: samakealassane023@gmail.com

Thesis Title: Study of the references of People Living with HIV in the Department of Infectious and Tropical Diseases from Point G University Hospital.

Academic years: 2018-2019

Birth country: Mali

Place of deposit: library of the Faculty of Medicine and Odonto-Stomatology of Mali.

Interest Sector: Infectious and Tropical Diseases

Summary:

We have collected the files of patients referred in the Infectious and Tropical Diseases department of the Point G University Hospital from January 1, 2018 to June 30, 2019.

193 patients were referred. These patients were mainly female (sex ratio =0.95), young age (average=41.3±10.95 years) and lived in Bamako and its surroundings. All patients were referred by a health structure.

In our study, more than half of the patients who were on ART had a deterioration in the general condition as a reference reason, or 54.0% followed by positive retroviral serology, or 38.0%. Positive retroviral serology and deterioration in general condition were more noted in ART-naïve patients, 48.8% and 43.8% respectively.

The most frequent diagnoses used were sepsis, 42.5%, followed by cerebral toxoplasmosis and tuberculosis/HIV co-infection, each 24.8% in patient on ART. In ART-naive patients, the diagnoses were dominated by sepsis (46.3%) followed by cerebral toxoplasmosis (36.3%) and tuberculosis/HIV co-infection (25.0%). Sepsis and severe malaria were the main pathology not classifying AIDS in the two groups, 42.5% and 21.2% respectively in patients on ART. They accounted for 46.3% for sepsis and 28.8% for severe malaria in naive ART patients. The length hospital stay was on average 20.7±14.6 days. The evolution was favorable in the majority of our patients. The exeat represented 52.2% in ART patients and 48.8% in ART naive patients. Mortality was slightly more common among ART naive people than those on ART, 42.5% versus 41.6%.

Methodology: This was an 18-month cross-sectional study with retroactive and prospective collection of variables from the medical records of People living with HIV referred in the

infectious and Tropical Diseases service of the Point G University Hospital by a health structure. The study was carried out from January 1, 2018 to June 30, 2019.

Conclusion: The reasons for referral of People living with HIV in SMIT were dominated by deterioration in general condition and positive retroviral serology. Despite free ART and the large number of treatment centers, the hospital lethality of People living with HIV remains a concern in Mali.

Keywords: Study, People living with HIV, Reasons, retained diagnoses, fate

Diagramme de GANTT

Période \ Activités	Jan 2019	Fév 2019	Mar 2019	Avr 2019	Mai 2019	Juin 2019	Juil 2019	Aout 2019	Sept 2019	Oct 2019	Nov 2019	Dec 2019	Jan 2020
Protocole													
Généralités													
Collecte des données													
Rédaction													
Revue de la littérature													
Correction													
soutenance													

SERMENT D'HYPPOCRATE

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

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

Je ne participerai à aucun partage clandestin d'honoraires.

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

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

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

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

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

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

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

JE LE JURE