

**Ministère de l'Enseignement Supérieur
et de la Recherche Scientifique**
Une Foi



République du Mali
Un Peuple – Un But

Faculté de médecine, de pharmacie et d'odonto stomatologie

Année Universitaire 2010/2011

N°.....

THESE

**ANALYSE BIBLIOGRAPHIQUE DES TRAVAUX DE THÈSES EN
MÉDECINE ET EN PHARMACIE RÉALISÉES SUR LA PRISE EN
CHARGE DES PERSONNES VIVANT AVEC LE VIH ET LE SIDA AU
MALI DE 2002 À 2008.**

**Présentée et soutenue publiquement le/ /..... / devant la Faculté de
médecine, de pharmacie et d'odontostomatologie**

M . AMOUSSOU Houévo Léonel Evens

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



Président:	Professeur	Soukalo DAO
Membre:	Docteur	Drissa GOITA
Co-directeur :	Docteur	Fodié DIALLO

Directeur :

Professeur Samba DIOP

dédicaces

DEDICACES

A DIEU

Seigneur, merci de m'avoir donné santé, courage et détermination.

Merci de m'avoir suivi tout au long de mon séjour au Mali et j'en suis sûr, tu continues de le faire. Que mon travail serve aux hommes comme toi, miséricordieux et adorable, tu nous sers.

Daigne seigneur répandre tes grâces sur nous afin que nous ne nous égarions point.

Daigne répandre sur nous les dons du métier afin que notre carrière soit illuminée.

A mon père AMOUSSOU Simplicie

Père, voici le moment de te dire merci pour l'éducation et les conseils que tu m'as apporté. Tu as su inculqué en moi le sens du courage, de la détermination, de la persévérance dans l'accomplissement du travail bien fait. En outre, ton soutien matériel et moral ne m'a jamais fait défaut. Cher père, recevez à travers ce modeste travail, l'expression de toute mon affection et de toute ma reconnaissance. Daigne l'éternel vous accorder longévité, santé et succès sur terre.

A ma mère POGNON Hélène

Ton esprit protecteur de « mère poule » à travers lequel nous avons su trouvé réconfort, conseils, éducation exemplaire et amour nous a beaucoup apporté. Maman, merci pour ce geste pour lequel même ce mot de cinq lettres ne saurait combler. Merci également pour tes prières à notre égard, que le tout puissant puisse t'accorder longévité et santé pour que tu puisses bénéficier des fruits de ce que tu as semé.

A mon frère Audry AMOUSSOU et à ma sœur Alida AMOUSSOU

Voici enfin le résultat d'un effort, ne nous a-t-on pas enseigné que la victoire s'acquiert au bout de l'effort? Et oui soyez en sûrs, c'est certain. Malgré les embûches, la persévérance est la lettre d'or de la réussite. Que ma réussite soit la votre également et surtout n'oubliez pas que toute notre vie est un combat, combattons donc et ce selon la devise olympique « Plus vite, plus haut, plus fort » jusqu'à ce que la mort nous prenne.

A ma feu tante Mme Fassinou Cécile,

Toi dont le cœur était rempli d'amour à l'égard des enfants,

Toi qui étais aimée de tous et de toutes à travers tes gestes de bonté.

Et oui comme quoi, Dieu rappelle très tôt à lui les bons.

J'espère de la haut, chère tante que tu serais fière de moi, fière de ce pour quoi j'ai voyagé loin du pays.

A mon feu grand-père Mr DJADEY Bernard

De ton vivant, la réussite dans tout ce qu'on entreprend était le message que tu nous faisais passer. Aujourd'hui si cette réussite est réelle, crois moi tu en es pour beaucoup. Du royaume des cieux, si des verres existent trinque à cette réussite.

A feu mon ami Oussamana MAIGA, nous nous souviendrons toujours de toi.

A tous mes oncles et toutes mes tantes en particulier à Mme ZANFOGNON Clotide, à Mme DEGBEDJI et à Mme LOKOSSOU Céline. Merci pour vos prières et vos soutiens tant matériels que financiers. Que le succès de ce travail soit aussi le votre.

A toutes les personnes vivant avec le VIH/SIDA,

N'oubliez pas que nous compatissons à vos souffrances.

REMERCIEMENTS

REMMERCIEMENTS

A Mr AGBOKANNOU Alphonse et à son épouse

Merci une fois encore pour tout vos gestes à mon égard, que DIEU vous le rende au centuple.

A Mr NOUNAGNON Antoine et à son épouse, merci pour tout.

A Mr DOGUE Thomas, Docteur anesthésiste réanimateur au CNHU du Bénin

Merci pour votre soutien moral et financier, je ne les oublierai point.

A mon tuteur Mr DEHOUMON Richard

L'accueil que vous m'avez réservé à Bamako était si chaleureux que j'ai pu vaincre l'ennui et la tristesse. Voici une fois encore l'occasion de vous remercier pour vos gestes et surtout dans ma maladie ou vous m'avez été d'un grand soutien. Succès et longue vie à vous.

A ma tutrice Mme DEHOUMON Béatrice,

Vos plats étaient copieux et soyez en sûre je les gouttais avec beaucoup de délices.

Chère tutrice, que je me souvienne encore de ma maladie, ou loin des parents j'ai failli passer, j'ai encore un grincement de dent. Grâce à vous et à la

maisonnée, j'ai pu la combattre et en triompher. C'est donc avec un cœur sincère que je vous dis merci et vous souhaite le meilleur.

A Siré, Florentine et Ezéchiél, aujourd'hui en pleine santé je me souviens de vos gestes de nursing au chevet de mon lit de malade. L'occasion m'est une fois permise de vous dire encore merci.

A Christel AKONDE,

Cher ami, nous nous sommes côtoyés pendant tant d'années, nous nous sommes servis un bon nombre de fois et nous nous sommes dis merci un bon nombre de fois également.

D'après les sages, les paroles s'envolent mais les écrits restent, je te dis donc merci une fois encore pour tout. Que ni la femme, ni l'argent, ces deux vices ne détruisent cette amitié.

A ma mère de Bamako, docteur anesthésiste réanimatrice Hamda SALOUFOU,

Chère mère, alors que tu ne me connaissais pas tu m'as adopté avec beaucoup de soins, prodiguer les meilleurs conseils et par dessus tout, tu me nourrissais. J'ignorais que telle personne existait encore, merci pour tout et que tout au long de ta vie, le meilleur t'embrasse. Ton fils de Bamako.

A mes groupes d'étude: Linda, Rosine KWISSU, Dauphin SANDJO, Loica, Paule, Frange, Hermann NGOUFFO, Aicha NDICHOUT, Pélagie, merci pour tout ce que vous m'avez appris comme quoi on ne fini jamais d'apprendre. QUE mon départ de Bamako ne nous sépare point; Amitié sincère.

A tout mes amis Maliens en particulier à NIAREY Daouda, DAO Eléazard, Alpha, Dr Samba Djimdé, Dr Oumar Diallo, Dj Zanclo, Valey, Touré Fatoumata... Amitié sincère.

A mes amis Ivoiriens, Baky, Séguéna, Batchily, Hassan, Mariam, merci pour la considération et l'amitié.

A mes amis Camérounais, Hermann, Rosine, Gilles, Steeve, Michel, Yannick, Espoir, Edwige, Eric, Magui, Christian. Merci pour tout ce qu'on a partagé.

A mes amis Gabonais: Marie-Annick , Paule, Loica, Maroushka, Adonis Assoumou, content suis-je de vous avoir connu et partagé l'amitié.

A mes amis Djiboutiens: Rayso, Hassan, Amina et Sitana, merci pour le partage et l'amitié.

Au Dr Aicha NDICHOUT, merci pour ta considération et pour les gestes de partage et de savoir.

A Frange, merci pour ton soutien surtout dans ma maladie.

A tous mes promotionnaires en particulier à NELLY GBESSEMINHLAN, GILDAS DEGILA, Serge CLACO, Euloge HOUNDONOUGBO, merci à vous et que chacun de nous face meilleure carrière, que l'amitié perdure en dépit des différents de la vie.

A Serge BATCHO: cher ami, merci pour tout ce que nous avons eu à partager et surtout n'oublie pas ce pour quoi t'es là. Amitié sincère.

A Cheick BAGAYOKO FANTAMADY

Cher ami, les mots me manquent pour discourir, mais sache que pour moi t'es comme un frère dont je n'oublierai jamais. Merci pour tout.

A Mr ASSOGBA Wakil et à son épouse

Merci pour votre soutien indéfectible et votre amitié sincère. L'amitié est cette noble valeur qui n'a pas de dispute, soyons donc amis pour la vie.

A tous mes cadets: Hermann, Mohamed ADJADI, Ghislain, Hérodote, Tatiana AGBADJE, Juste MADEGNAN, Carelle ASSOGBA, Christelle YEDE, Dorcas

YEDE, Djamal, Jézabel TOVIесси, ABDEL... : courage dans vos études, le succès n'est que le fruit de l'effort.

A tous ceux qui m'ont conseillé et encadré dans le sens du travail bien fait, reconnaissance profonde.

Aux docteurs KAYOSSI Espérance, Charmance, Carine, Géraud, Patrice, Doudou, YASPHI...Merci pour tout.

A Mr Samba DIARRA, merci pour votre sympathie et votre aide inconditionnelle.

A tout le personnel de l'ORTM, merci pour vos encouragements

A Mr AMOUSSOU Joseph, Merci pour les conseils, le courage et votre soutien financier.

A ma marraine Mme ZOSSOUNGBO et à son époux

Merci mille fois pour vos gestes à mon égard. Par cela j'ai pu trouver force, détermination et confiance.

A tout mon groupe de scrabble: Eric ZOUNA, Dr Lassi TRAORE, Line CHEPING, Sinax, Francis et tout ceux qui se reconnaissent: merci pour ces moments extraordinaires de détente, de rire, de joie et j'espère qu'après mon départ vous n'oublierez pas le ... « rugissement du lion » et toutes ses victoires « rire ».

A tous les amis de la cité « ASTRA » Eléazar DAO, Steeve, Rosine, Alpha, Hervé CHOBLI, Hermann, Michel, Gilles, Yannick... merci pour la considération.

A tous mes grands frères de Bamako « dits koros » en particulier à Spéro AGBOKANNOU, Fernand et Simon, Gandonou Mathieu merci pour tout.

A tous mes amis de la réanimation, merci pour tout ce que vous m'avez
appris.

A Christian EKEN, merci pour ton aide inconditionnelle.

A tous ceux que j'oublierai inconsciemment de mentionner les noms, amitié
profonde.

Hommages aux membres du jury

HOMMAGES AUX MEMBRES DU JURY

A notre maître et président du jury : Professeur Sounkalo DAO

- **Maître de Conférences en Maladies Infectieuses et Tropicales**
- **Diplômé en maladies infectieuses et tropicales**
- **Investigateur clinique au centre de recherche et de formation sur le VIH/TB, SEREFO/FMPOS/NIAD Université de Bamako**
- **Président de la société malienne des maladies infectieuses et tropicales (SOMAPIT)**
- **Membre de la Société Africaine de Pathologies Infectieuses**
- **Responsable de l'enseignement de pathologies infectieuses à la FMPOS**
- **Praticien hospitalier**

Cher maitre,

C'est un grand honneur que vous nous faites en acceptant de présider le jury de notre thèse malgré vos multiples occupations.

Votre dévouement, votre esprit d'écoute et votre sens de l'humanisme font de vous un maître à admirer par tous. Qu'il nous soit permis de vous exprimer notre profonde gratitude.

A notre maitre et juge de thèse : Docteur Drissa GOITA

- **Assistant de recherche au centre de recherche et de formation sur le VIH et la tuberculose**

SEROFO/FMPOS/NIAID Université de Bamako

Cher maitre,

Nous sommes honorés de votre présence parmi ce jury malgré vos multiples préoccupations. Votre sympathie a suscité notre admiration de même que votre rigueur scientifique.

Trouver cher maitre, le témoignage de notre gratitude et de notre plus grand respect.

A notre maitre et co-directeur de thèse : Docteur Fodié DIALLO

➤ **Médecin coordinateur à l'USAC du centre de Santé de Référence de la commune V du district de Bamako**

Cher maitre,

Nous sommes honorés par la spontanéité avec laquelle vous avez accepté de juger ce travail. En outre, votre gentillesse, vos larges compétences, votre

dynamisme et votre rigueur scientifique nous ont marqués et font de vous un des
juges que nous avons souhaités pour ce travail.

A notre maître et directeur de thèse : Professeur Samba DIOP

- **Maître de conférences en anthropologies médicales.**
- **Enseignant chercheur en écologie humaine, anthropologie éthique et
publique/bioéthique/DER de santé publique FMPOS, université de
Bamako.**

- **Responsable de l'unité de recherche formative en sciences humaines, sociales et éthique de SEREFO/VIH/SIDA/FMPOS**
- **Membre du comité d'éthique à la FMPOS et du comité national d'éthique pour les sciences de la santé et de la vie**

Cher maître,

Le bonheur d'un esprit juste et d'un bon cœur, vous avez l'un et l'autre avec un plus : l'affection et l'estime de ceux qui vous côtoient.

Nous admirons en vous aussi, la rigueur scientifique et le sens du travail bien accompli.

Avec le plus profond respect, vos qualités humaines irréprochables font de vous un encadreur admiré des étudiants et très sollicité. Recevez par ce travail l'expression de notre admiration et de notre profonde gratitude.

**ANALYSE BIBLIOGRAPHIQUE DES TRAVAUX DE THÈSES EN MÉDECINE ET EN PHARMACIE RÉALISÉES SUR LA
PRISE EN CHARGE DES PERSONNES VIVANT AVEC LE VIH ET LE SIDA AU MALI.**

SOMMAIRE

<i>I -INTRODUCTION</i>	<i>1</i>
<i>II-ENONCE DU PROBLEME ET JUSTIFICATION DE L'ETUDE</i>	<i>5</i>
<i>III-CADRE THEORIQUE</i>	<i>10</i>
<i>Objectifs</i>	<i>30</i>
<i>IV- DEMARCHE METHODOLOGIQUE</i>	<i>32</i>
<i>V- RESULTATS SYNTHETIQUES</i>	<i>43</i>
<i>VI- META-ANALYSE DES THESES SUR LA PRISE EN CHARGE DES PERSONNES VIVANT AVEC LE VIH ET LE SIDA</i>	<i>56</i>
<i>VII- CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS</i>	<i>64</i>
<i>REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES</i>	<i>66</i>
<i>VIII- Annexes</i>	<i>75</i>

LISTE des abréviations et SIGLES

Liste des abréviation et sigles:

AEG: Altération de l'état général

AES : Accident d'exposition au sang

ANEH : Agence nationale d'évaluation des hôpitaux

ARV : Antirétroviral

CESAC : Centre d'écoute, de soins, d'animation et conseil

CCSLS : Cellule du comité sectorielle de lutte contre le SIDA

CD4 : Lymphocytes auxiliaires

CHU-GT : Centre hospitalier universitaire Gabriel Touré

CPN : Consultation prénatale

EDS-M : Enquête démographique et de santé du Mali

FMPOS : Faculté de médecine, de pharmacie et d'odontostomatologie

HCNLS : Haut conseil national de lutte contre le SIDA

IEC : Information, éducation, communication

IMAARV : Initiative Malienne d'accès aux antirétroviraux

INNTI : Inhibiteur non nucléotidique de la reverse transcriptase

INRSP : Institut national de recherche en santé publique

INTI : Inhibiteur nucléotidique de la transcriptase inverse

I.O : Infection opportuniste

IP : Inhibiteur de la protéase

IST : Infection sexuellement transmissible

OEV : Orphelins enfants vulnérables

OMS : Organisation mondiale de la santé

ONU : Organisation des nations unies

PEV : Programme élargi de vaccination

PNLS : Programme national de lutte contre le SIDA

PTME : Prévention de la transmission mère-enfant

PVVIH : Personnes vivant avec le Virus de l'immunodéficience acquise

SIDA : Syndrome de l'immunodéficience acquise

TME : Transmission mère-enfant

UNICEF : Fond des nations unies pour l'enfance

USAC : Unité de soins d'accompagnement et conseil

VIH : Virus de l'immunodéficience acquise

VHB : Virus de l'hépatite virale B

VHC : Virus de l'hépatite virale C

Liste des tableaux :

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

Tableau II : Indicateurs nationaux de suivi des programmes antirétroviraux.

Tableau III : Schémas thérapeutiques antirétroviraux.

Tableau IV : Liste des ARV disponibles au Mali.

introduction

I- INTRODUCTION

Le syndrome de l'immunodéficience acquise (SIDA) est une maladie virale par laquelle la baisse du système immunitaire favorise l'atteinte de l'organisme par les autres agents infectieux [1]. Dernier stade de l'infection au virus de l'immunodéficience humaine, il peut se déclarer au bout de plusieurs années. Il s'agit d'une affection à mille facettes prenant divers noms dans la communauté. D'aucuns la considèrent comme «Apocalypse des temps modernes, prix du péché, maladie de la honte, maladie du siècle», ceux-ci étant des noms péjoratifs [2 ; 3].

Le VIH atteint les lymphocytes TCD4, les macrophages, les cellules de Langherans, les cellules de la microglie et les cellules dendritiques

folliculaires [4]. Il existe deux types de VIH (VIH1 et VIH2). Le type 1 est le plus fréquemment rencontré.

L'infection à VIH depuis sa découverte jusqu'à nos jours demeure une pandémie mondiale à travers ses chiffres de morbidité et de mortalité qui ne cessent de grimper.

En effet, selon le rapport de l'ONUSIDA 2009 :

- Dans le monde, 33,4 millions vivaient avec le VIH/Sida, 2,7 millions de personnes ont contracté de nouveau l'infection et 2 millions de décès ont été imputables à cette affection meurtrière.
- L'Afrique subsaharienne abritait le plus grand nombre de personnes vivant avec le VIH/Sida : 22,4 millions dont 1,7 millions de nouvelles infections au VIH/Sida [5].

➤ Au Mali :

Le taux de prévalence VIH est de 1,3 % selon la 4ème édition de l'EDSM. Bien que ce taux soit plus bas que ceux de nombreux pays de la sous région, il constitue une source de soucis. Les populations de Bamako et de Mopti présentent les plus grands taux de prévalence avec respectivement 2 %, 1,6 % suivies par les régions de Ségou (1,5 %), Koulikoro (1,4 %), et Gao (1,4 %). Par contre, les régions de Kidal (0,6 %), Tombouctou, Kayes et Sikasso avec (0,7 %), possèdent les prévalences les moins élevées.

On constate une stabilisation de l'épidémie et une baisse de la prévalence (EDSM III indiquait 1,7 % contrairement à l'EDSM IV qui révèle 1,3 %) et du nombre de nouveaux cas au Mali. Sans qu'aucune relation de cause à effet ne

puisse être prouvée à ce jour entre baisse de la prévalence et nombre croissant de personnes traitées, cette évolution invite à poursuivre et intensifier en parallèle la double politique de prévention et de traitement choisie par la communauté internationale [6].

Les voies de contamination prédominantes de l'affection sont d'ordres hétérosexuel et sanguin [7].

La pandémie affecte plus les jeunes de la tranche d'âge 15-24 ans avec une prédominance féminine [3].

En frappant les couches sociales telles que les femmes en âge de procréer, les jeunes, elle porte atteinte à bon nombre de secteurs dont les plus touchés sont ceux de l'éducation, de la santé et du développement socioéconomique et pourrait constituer une menace pour la stabilité et la survie du pays [8].

De cet état de fait, ce fléau est loin d'être uniquement un problème médical mais également un phénomène dont il convient de signaler les dimensions culturelles, sociales, économiques et politiques. C'est ainsi que le système des nations unies le considère comme un problème de sécurité et de développement [9].

Le sida, surtout en Afrique, est aussi une maladie de la pauvreté et de la vulnérabilité. Elle conditionne l'accès aux moyens de lutte et de protection contre l'infection, à l'information et aux soins.

Les ressources dérisoires existant face à des besoins considérables et croissants mettent en péril le développement des personnes vivant avec le VIH (PVVIH). Cette affection cause la perte de revenus et de production des membres de la famille qui sont malades tout en créant des besoins de soins extraordinaires et en ajoutant aux dépenses du ménage, les frais médicaux et autres coûts des funérailles par exemple [10].

Au Mali, le volet de prise en charge thérapeutique des cas n'a été au centre des activités prioritaires du programme national de lutte contre le sida (PNLS) vers l'an 2000. Par la suite est née l'initiative malienne d'accès aux antirétroviraux (IMAARV) dont les objectifs étaient :

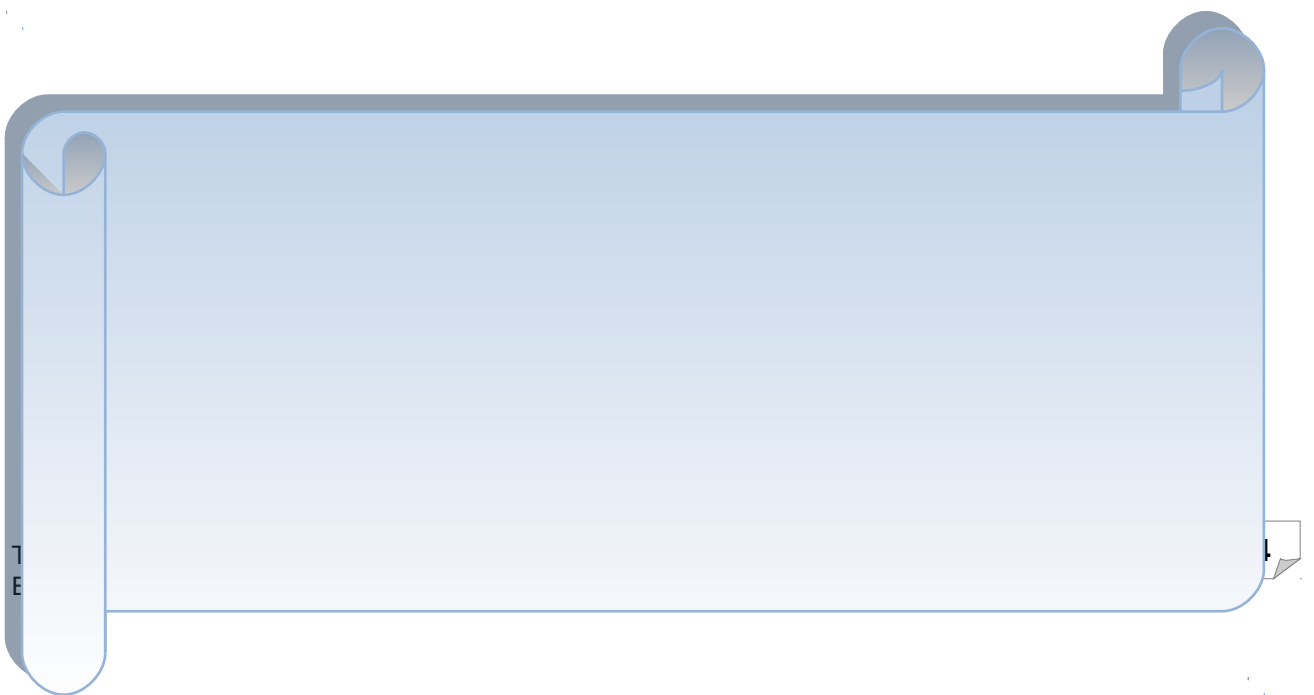
- Améliorer la qualité de vie des personnes vivant avec le VIH
- Améliorer la prise en charge thérapeutique des adultes, des enfants vivant avec le VIH
- Prévenir la transmission mère enfant du VIH et la transmission lors des accidents d'exposition au sang (AES).

Cependant, l'évaluation de l'IMAARV réalisée en 2005 relevait de nombreuses imperfections dans le déroulement de ses activités qui devraient menées à bien ses objectifs [11].

Face à une absence de traitement curatif et de vaccin, la seule arme dont on dispose à l'instant est la prise en charge de ces victimes.

La présente étude porte sur une analyse bibliographique des travaux de thèses en médecine et en pharmacie réalisées sur la prise en charge des personnes vivant avec le VIH et le sida au Mali. Elle vise à faire le point sur ces données en vue d'améliorer les recherches ultérieures.

ANALYSE BIBLIOGRAPHIQUE DES TRAVAUX DE THÈSES EN MÉDECINE ET EN PHARMACIE RÉALISÉES SUR LA PRISE EN CHARGE DES PERSONNES VIVANT AVEC LE VIH ET LE SIDA AU MALI.



II- ENONCE DU PROBLEME ET JUSTIFICATION DE L'ETUDE

Le sida est une affection chronique qui jusqu'à nos jours demeure problématique par sa prise en charge complexe, l'exigence de la qualité du plateau technique, les acteurs impliqués et de la cherté de sa prise en charge. Au Mali grâce à l'IMAARV, les PVVIH peuvent espérer à un avenir radieux par les molécules antirétrovirales. Cependant, on note une difficulté de prise en charge

entre divers acteurs impliqués en l'occurrence psychologues, médecins, pharmaciens, etc.

Des patients atteints du VIH/SIDA continuent d'être victimes de discrimination et de stigmatisation, y compris par le personnel de santé car pour Lillian Awiti, jeune femme de 19ans enceinte et séropositive au VIH, victime de discrimination au Kenya lors d'une consultation prénatale (CPN) affirmait: « je pense que certaines de ces infirmières ont plus besoin de conseils que nous les malades » [12]. Ces propos ne font que confirmer jusque où pouvait aller cette brimade. En outre, la prise en charge des enfants affectés ou infectés par le VIH/Sida continue à présenter des difficultés particulières pour la majorité du personnel de santé.

Les psychologues et les conseillers évoquaient leurs difficultés à annoncer à un enfant sa séropositivité ou celle d'un de ses parents, des médecins témoignaient de leur appréhension à manipuler des traitements antirétroviraux pédiatriques; des agents de prévention se sentaient désemparés pour aborder des questions de sexualité avec les jeunes, etc.

En définitive, la prise en charge des enfants dans le contexte du VIH fait peur aux acteurs, qu'il s'agisse de l'infection à VIH pédiatrique elle même ou de la façon dont l'enfant ressent et perçoit la maladie de ses proches [13]. Il est aussi triste de constater que la stigmatisation et la discrimination se retrouvent à tous les niveaux de la société et qu'elles ne font que nourrir les préjugés déjà existants, particulièrement auprès de groupes qui sont déjà stigmatisés. Le Dr Peter Piot, directeur exécutif du programme commun des nations unies sur le VIH/Sida (ONU SIDA), affirmait que «... si l'on ne s'attaque pas à la stigmatisation et à la discrimination liées au VIH, le SIDA assombriera le 21e

siècle, tout comme le racisme a affecté le 20e siècle» [14]. La discrimination et la stigmatisation ont des répercussions importantes non seulement sur la personne atteinte mais aussi sur leurs partenaires, leur famille et les soins et services qu'ils reçoivent. Elles ont comme conséquences «de créer une distance à l'égard des personnes vivant avec le VIH/Sida, de les marginaliser et même de les exclure». Dans plusieurs cas, des personnes ont refusé de faire le test de dépistage alors qu'elles soupçonnaient d'avoir le virus et ce, parce qu'elles avaient peur d'être jugées et rejetées de leur entourage et communauté. Des personnes atteintes s'empêchaient même de demander ou d'obtenir les soins et le soutien dont ils avaient besoin. D'autres se sont vu refuser ou perdre un emploi, le droit à des assurances, un logement ou d'autres services à cause de leur maladie. Les personnes stigmatisées se sentent souvent discréditées, abandonnées par leurs proches, rejetées, réprimées et plus encore. Dans notre société, plusieurs personnes considèrent le VIH/Sida comme étant le résultat d'une faute morale. De ce fait, certains groupes de personnes qui sont déjà marginalisés tels que les personnes impliquées dans le commerce du sexe, ou qui s'injectent des drogues ou bien encore de leur orientation sexuelle, le sont doublement à cause de leurs conditions sociales et parce qu'elles vivent avec le VIH/Sida.

La gratuité des soins demeure un bon moyen d'accès aux ARV dans les pays pauvres à l'instar du Mali pour porter main forte à ces victimes du VIH/Sida, mais le revers de la médaille demeure la sensibilisation de masse et l'éducation thérapeutique.

L'évaluation de l'initiative malienne d'accès aux antirétroviraux réalisée en 2005, a fait les constats suivants [11] :

➤ Concernant la prise en charge :

Les standards proposés par l'IMAARV ont évolué au cours du temps. Ils n'ont pas toujours été respectés, surtout en ce qui concerne le suivi biologique ou la prise en charge des infections opportunistes, du fait du manque de moyens et de l'insuffisance de formation ou de motivation du personnel. Si l'accessibilité aux médicaments antirétroviraux a été nettement améliorée depuis l'annonce de la gratuité, il n'en a pas été de même pour les médicaments destinés au traitement des infections opportunistes.

➤ Concernant les médicaments, réactifs et consommables de laboratoire :

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

D'importants retards ont cependant été constatés dans les livraisons de médicaments aux sites, surtout à cause de l'indisponibilité des moyens logistiques. Si les prix des fournisseurs ont généralement évolué à la baisse suite à la mise en concurrence des laboratoires pharmaceutiques, les produits achetés n'étaient pas toujours pré qualifiés par l'OMS.

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

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

➤ Concernant les ressources humaines :

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

Concernant le suivi et l'évaluation :

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

Les activités de prescription, de dispensation et d'analyse biomédicale n'ont pas fait l'objet d'une supervision régulière par le niveau central. Les supports de suivi des patients étaient peu adaptés, parfois indisponibles et ils ont souvent été insuffisamment renseignés. L'évaluation, prévue à mi parcours de l'IMAARV, qui aurait permis de corriger les problèmes rencontrés, n'a pas été réalisée.

En outre, le rapport (Janvier2006) de l'évaluation de la qualité des soins à l'hôpital de Sikasso de l'agence nationale d'évaluation des hôpitaux (ANEH) a révélé que le niveau de la qualité des soins est de 55% des scores fixés alors que le seuil de 80% est la norme généralement admise.

Selon l'ANEH, ce score est largement en deçà des normes de la composante de la qualité des soins: les normes professionnelles et la satisfaction des usagers [15].

Des données de plus en plus nombreuses indiquent que les malades bien soignés, qu'on aide à se prendre en charge et qui bénéficient d'un suivi régulier, vont bien. Les données montrent aussi qu'outre l'action individuelle des agents de soins de santé, l'existence de systèmes de soins organisés joue un rôle capital [16]. Dans un contexte social toujours très stigmatisant et discriminant, les besoins des personnes vivant avec le VIH/Sida doivent être pris en compte, en

faisant les liens avec les trajectoires de vie, les cultures et les contextes de vie. Cette approche globale est d'autant plus nécessaire lorsque l'on aborde des sujets qui supposent une mobilisation des capacités à prendre soin de soi et des autres, en particulier l'observance, la prévention et la sexualité.

Ces enjeux sont déterminants pour continuer à agir efficacement sur la morbidité et la mortalité liées au VIH/Sida; ils représentent un réel défi pour les équipes soignantes. La collaboration pluridisciplinaire est essentielle tant à l'intérieur de l'établissement qu'avec les acteurs de santé implantés au plus près des milieux de vie des personnes [17].

CADRE THEORIQUE

III- CADRE THEORIQUE

La prise en charge des personnes vivant avec le VIH est une charge énorme qui nécessite de la part des acteurs, une collaboration afin de permettre aux bénéficiaires d'espérer à un état de bien être. Elle doit être globale, s'attachant

à répondre aux besoins médicaux, psychologiques, socio-économiques et nutritionnels des patients, et de leurs familles.

L'équipe soignante qui prendra en charge un patient devient un partenaire important dans sa vie et la qualité du lien qui se formera entre eux sera guide d'un succès. Cette qualité doit tenir compte de plusieurs facteurs dont la confiance, la compréhension et bien d'autres. La qualité des soins doit peser sur l'environnement du malade afin de lui assurer une entière sécurité.

Donabedian, premier à avoir systématisé les approches de l'évaluation des soins, lui définissant trois Objectifs: les structures de soins, les procédures de soins et les résultats de soins (structure, process, out come) [18].

3.1 Définitions épistémologiques :

3-1-1 Qualité de soins :

- Parmi tant de définitions qui existent, elle peut être proposée comme étant l'aptitude d'un produit ou d'un service à satisfaire exactement les besoins des utilisateurs en maximisant la perception de l'offre et en minimisant les défauts et les erreurs ;

Ils doivent être efficaces, appropriés, surs, accessibles, acceptables et utilisant de façon optimale les moyens disponibles. C'est la mesure dans laquelle les ressources disponibles répondent à des normes préétablies dont l'application est généralement censée permettre d'obtenir des résultats censés [19].

- Selon l’OMS, la qualité des soins consiste à exécuter correctement des interventions dont on sait qu’elles sont sans risque, d’un coût abordable pour la société en question et susceptibles d’avoir un impact sur la mortalité, la morbidité, les invalidités et la malnutrition.
- Selon Donabedian A. « la qualité des soins » est une technique qui consiste à appliquer des sciences et des technologies médicales de manière à arriver au maximum de bénéfices pour la santé sans augmenter les risques. Le niveau de qualité est alors la mesure par laquelle les soins fournis permettent d’arriver à l’équilibre entre les bénéfices des risques [20].

3.1.2 L’évaluation :

C’est une procédure scientifique et systématique qui consiste à déterminer dans quelle mesure une action ou un ensemble d’actions atteint avec succès un ou des objectifs préalablement fixés.

3-1-3 Procédures :

Elles décrivent les gestes logiques nécessaires et indispensables à l’offre des services de qualité par des prestataires [21].

3-1-4 Normes :

Ce sont des outils voire des lignes directrices destinées à guider la planification, à évaluer les projets de santé et tout autre acte médical en vue d’en garantir la qualité et l’efficacité [22].

3-1.5 L'infection à VIH :

Il peut se définir comme étant la pénétration du virus de l'immunodéficience humaine dans l'organisme humain à la suite d'un contact contagieux [23].

Le VIH s'attaque aux cellules du système immunitaire et les détruit ou les rend inefficaces. Au premier stade de l'infection, le sujet ne présente pas de symptômes, cependant, l'évolution de l'infection entraîne un affaiblissement du système immunitaire et une vulnérabilité accrue aux infections opportunistes.

3-1-6 Le dépistage :

Le dépistage de l'infection à VIH est la mise en évidence du virus dans le sang après consentement éclairé de la personne dépistée [23].

3.1.7 La transmission mère enfant du VIH (TME) :

La transmission mère enfant du VIH ou transmission verticale du VIH est la transmission du VIH au fœtus et/ou au nouveau né par la mère pendant la grossesse, l'accouchement ou au cours de l'allaitement maternel [23].

3-1-8 La prévention de la transmission mère enfant (PTME) :

C'est l'ensemble des mesures prises pour éviter la transmission du VIH de la mère à l'enfant [23].

3-2 Aspects psychosociaux :

Le VIH/Sida est avant tout un fléau qui affecte le psychisme par la notion de stress, de névroses pour aboutir à la dépression.

3-2-1 Aspects spécifiques de l'épidémie du SIDA : [24]

Le diagnostic du sida est un évènement traumatique dans la mesure où la maladie est connue pour avoir une évolution progressive, des traitements non curatifs et donc un pronostic sombre. L'infection à VIH est source de stress pour les PVVIH, leurs alliés proches et le grand public.

Les personnes diagnostiquées VIH sont généralement jeunes. L'infection par le VIH, incurable pour le moment exige des modifications de comportement tout

au long de la vie et atteint les aspects relationnels les plus intimes de la personne.

Le diagnostic d'infection contraint parfois un malade à s'identifier à un nombre d'une minorité exclue, le rejet social et la crainte associée à l'aspect contagieux de la maladie peuvent amener autrui y compris les membres de la famille à éviter les contacts sociaux et physiques avec la personne infectée.

A cause de la désapprobation morale et des attitudes sociales négatives, on a tendance à rendre responsable de sa maladie la personne infectée, notamment si elle fait partie de l'un des deux plus grands groupes de transmission. **Le sida est une maladie du sexe, du sang et de la mort. Son mode de transmission est silencieux : tel un passager clandestin, il prend en main le gouvernail de la vie et affecte les personnes dans ce qu'ils ont de plus intime, leurs rapports à l'autre. Son impact ne se fait pas seulement ressentir sur la santé physique, mais sur le vécu relationnel et psychologique [25].**

L'infection par VIH, de l'exposition au diagnostic est caractérisée par une incertitude extrême se traduisant par une détresse psychologique marquée.

Les PVVIH sont vulnérables au sentiment de culpabilité, de haine à leur encontre, de rejet et d'ostracisme mais aussi aux sentiments plus habituels de peur, d'anxiété, de dépression, de colère qui accompagne les maladies mortelles.

Le sida est synonyme d'un déficit physiologique chronique sévère laissant parfois les personnes affaiblies et défigurées.

Les soignants et les modes habituels de traitement des personnes atteintes du sida sont sévèrement mis à contribution et souvent dépassés par la complexité et la multiplicité des problèmes associés au sida. En outre, la peur, le manque d'information et de motivation existant parmi les soignants altèrent la qualité des soins.

3-2-2 Dépistage et conseils :

Un programme de dépistage et de conseil doit prendre en compte les problèmes complexes d'ordre éthique, législatif et psychologique.

Le dépistage présente à la fois des bénéfices et des dangers et il est nécessaire de suivre des protocoles de conseil avant et après le test pour que le programme soit sûr et apporte un bénéfice.

3-2-3 Problèmes éthiques et légaux :

L'importance de la confidentialité pour le dépistage est un engagement qui doit régner entre le patient et le dépisteur de même que l'utilité de critères de soins et d'information accompagnant le dépistage.

En effet, de nombreux traumatismes psychologiques se sont produits chez les personnes testées en raison de la manière dont le résultat a été communiqué, faute d'information, d'explication, de procédures inappropriées.

Les problèmes surviennent quand les personnes différentes n'obtiennent pas la même quantité d'information ou que celles-ci soient contradictoires.

Des données appropriées pour pouvoir obtenir un suivi de conseil, d'éducation de soins médicaux et d'urgences psychiatriques doivent être disponibles avant le test du VIH. Des problèmes résident également dans la qualité des tests de dépistage car des faux positifs peuvent générer des conséquences dramatiques.

3-2-4 Problèmes psychologiques :

Ils tournent autour de la dépression, l'anxiété et de préoccupation autour du sida. Les personnes infectées conçoivent leur maladie comme une

condamnation. Pour éviter ces états de comportement, avant le dépistage, des conseils en pré-test, post-test doivent être donnés afin de préparer le patient en cas de séropositivité.

3-2-5 Besoins spirituels :

Les PVVIH cherchent à donner un sens à leur vie. De façon traditionnelle, elles se tournent vers le clergé, la religion et une prise en charge pastorale pour essayer de trouver une réponse à leurs besoins spirituels. Cependant, de nombreuses personnes atteintes du sida vivent les religions organisées et leur système de valeurs comme oppressives et irréalistes. Leurs expériences avec celle-ci ont souvent été négatives car ils sont mis à l'écart par la communauté religieuse.

Beaucoup ont vécu sans réconfort ou soutien spirituel. Ces malades ne recherchent qu'un sens à leur vie, de l'espoir, de l'amour, de la tolérance.

3-3 Aspect médical de la prise en charge :

3-3-1 A propos de la prise en charge au Mali : [11]

3-3-1-1 Historique :

L'initiative malienne d'accès aux antirétroviraux (IMAARV) a débuté en Novembre 2001 à partir de trois (3) sites prescripteurs situés à Bamako (l'hôpital du Point G, l'hôpital Gabriel Touré et le CESAC) et d'un laboratoire de référence, l'institut national de recherche en santé publique (INRSP).

De 2001 à 2007, plusieurs évènements ont marqué la lutte contre le sida au Mali :

- De 2001 à 2004, la mise à disposition de fonds nationaux, permettant le financement massif de médicaments antirétroviraux.
- En Avril 2004, la déclaration de politique nationale, faisant du sida une priorité nationale ;
- En 2004, l'élaboration du plan sectoriel du VIH et du sida du ministère de la santé permettant la décentralisation des soins aux régions et aux cercles ;
- En Juillet 2004, la lettre circulaire N° 1118/MS/S-G instaurant la gratuité des soins et des ARV ;
- En Mars 2005, le décret instaurant la gratuité des soins, des ARV, des médicaments pour les infections opportunistes (IO) et du suivi biologique permettant l'accès de la prise en charge aux plus démunis ;
- En Janvier 2006, l'élaboration de la politique et des protocoles de prise en charge antirétrovirale des PVVIH, fixant les normes de traitement ;
- En Avril 2008, première révision du document de politique et des protocoles de prise en charge des PVVIH.
- Au 31 décembre 2009, 68 sites de traitements et 243 sites PTME étaient fonctionnels sur toute l'étendue du territoire malien.

3-3-1-2 Cadre institutionnel :

Les réformes institutionnelles de 2004 ont conduit à la création du haut conseil national de lutte contre le SIDA (HCNLS) présidé par le chef de l'état malien, cet organe est relayé par le comité national de lutte contre le sida au

niveau ministériel, le bureau de coordination (le PNLIS) qui a des démembrements au niveau régional, local et communal.

Il existe également un haut conseil islamique de lutte contre le sida qui regroupe les Ulémas [26]. Toutes ces structures ont des fonctions précises.

3-3-1-3 Accréditation des sites et assurance qualité :

L'assurance qualité est un outil pour améliorer l'organisation des soins des structures et optimiser les performances pour tendre vers l'excellence.

3-3-2 Critères d'éligibilité des prescripteurs de traitement antirétroviral :

[11]

- Etre un médecin ou, être un technicien supérieur de santé ou une sage femme sous la responsabilité d'un médecin ;
- Appartenir à une structure agréée capable d'assurer la permanence des soins ;
- Avoir suivi une formation à la prescription des ARV validée à l'échelon national ;
- Etre impliqué dans la prise en charge des PVVIH.

Il revient à la cellule du comité sectoriel de lutte contre le sida de valider et d'actualiser la liste des prescripteurs.

3-3-3 Critères d'éligibilité des dispensateurs d'antirétroviraux : [11]

- Être pharmacien ou être personnel de santé responsable de dépôt pharmaceutique sous la responsabilité d'un pharmacien ;

- Appartenir à une structure agréée ;
- Avoir suivi une formation à la gestion et à la dispensation des ARV validée à l'échelon national ;
- Être impliqué dans la prise en charge des PVVIH.

Il revient à la cellule du comité sectoriel de lutte contre le sida de valider et d'actualiser la liste des dispensateurs d'antirétroviraux.

3-3-4 Accréditation des centres de prise en charge des PVVIH : [11]

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

Tableau I : Eléments à considérer pour l'accréditation des structures de prise en charge antirétrovirale [11]

Domaine	Eléments essentiels à considérer
1 Offre de soins	<p>Disponibilité et qualité des services offerts :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Conseil et dépistage et causeries éducatives ▪ Prise en charge des infections opportunistes et des IST ▪ Prise en charge de la tuberculose ▪ Prise en charge par la prescription des antirétroviraux et de leur suivi ▪ Prise en charge des accidents d'exposition au sang ▪ Prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant ▪ Support psychosocial et nutritionnel ▪ Permanence et continuité des soins
2 Compétences du personnel en matière de prise en charge du VIH et du sida	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Niveau d'expérience pratique dans la prise en charge des PVVIH ▪ Types de formations VIH et sida reçues ▪ Compétence du personnel
3 Capacités diagnostiques du laboratoire	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Disponibilité des tests et réactifs requis ▪ Qualité de l'équipement et de la maintenance ▪ Existence de systèmes d'assurance et de contrôle de qualité interne et externe ▪ Compétence du personnel

<p>4 Approvisionnement en médicaments et gestion de la pharmacie</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Disponibilité en médicaments ▪ Fiabilité de l'approvisionnement ▪ Qualité des systèmes de gestion et de suivi des stocks ▪ Sécurité et conditions de stockage ▪ Compétence du personnel
<p>5 Implication de la communauté</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Degré d'implication des leaders communautaires ▪ Existence d'initiatives associatives ou communautaires
<p>6 Capacité en gestion de programme spécifique</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Expérience spécifique du responsable du programme ▪ Qualité du système d'information sanitaire, mise en place d'un système de suivi, collecte et remontée des données ▪ Qualité de la planification et de la programmation

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

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

L'accréditation est menée par des équipes nommées par la cellule du comité sectoriel de lutte contre le VIH pouvant inclure :

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

Il revient à la cellule du comité sectoriel de lutte contre de sida de valider, d'actualiser et d'assurer le suivi des établissements agréés pour la prise en charge globale des patients séropositifs.

3-3-5 Indicateurs : [11]

3-3-5-1 Au niveau national :

Les indicateurs suivants ont été définis pour répondre aux besoins d'information du niveau national et international.

Tableau II : Indicateurs nationaux de suivi des programmes antirétroviraux [11]

Domaine	Indicateurs
1 Politique nationale	➤ Existence d'une politique et de normes, directives et protocoles pour les programmes ARV.
2 Couverture du programme	➤ Fréquence de cercles avec au moins une structure de santé offrant le traitement antirétroviral en accord avec la politique nationale.
3 Approvisionnement en médicaments	➤ Fréquence des structures délivrant des ARV qui ont connu des ruptures de stocks dans les 6 mois précédents.
4 Ressources humaines	➤ Nombre de personnel de santé formé sur la prescription des ARV en accord avec les standards nationaux.
5 Couverture des structures	➤ Fréquence de structures de santé possédant les systèmes et les items nécessaires pour fournir des ARV.
6 Couverture en soins globaux	➤ Fréquence de structures de santé fournissant des ARV qui offrent aussi des soins globaux incluant des services de prévention.

7 Accès population	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Fréquence de personnes à un stade avancé de la maladie recevant un traitement antirétroviral. ➤ Nombre de femmes enceintes séropositives recevant le traitement antirétroviral pour réduire le risque de la TME.
8 Risque résistance	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Fréquence de patients continuant le régime de première ligne 6, 12, 24, 36 mois après initiation au traitement.
9 Survie	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Fréquence de patients vivant 6, 12, 24, 36 mois après initiation au traitement.

3-3-5-2 Au niveau local et régional [11]

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

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

<ul style="list-style-type: none"> ▪ Nombre de PVVIH notifiés, ▪ Nombre de PVVIH suivis, ▪ Nombre de PVVIH initiés aux ARV, ▪ Fréquence des différents régimes ARV prescrits, ▪ Assiduité à la dispensation, ▪ Nombre d'exams de laboratoire (CD4, Charge virale) effectués, ▪ Nombre de coïnfection Tuberculose/VIH, ▪ Nombre de cas d'infections opportunistes diagnostiqués, ▪ Nombre de cas d'infections opportunistes pris en charge,

- Formations effectuées (types de formations, nombre de bénéficiaires par type de personnel).

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

- Nombre de PVVIH vivants et sous traitement,
- Nombre de patients décédés, perdus de vue, en arrêt de traitement,
- Variation de la valeur médiane des lymphocytes CD4, visant à apprécier le succès du programme en terme immunologique,
- Fréquence de patients avec gain de poids > 10%, visant à apprécier le succès du programme en terme clinique,
- Fréquence de patients indétectables à 6 mois de traitement ARV,
- Fréquence de patients sous traitement de deuxième ligne visant à alerter sur le risque de résistance aux ARV.

3-3-6 Protocoles thérapeutiques :

3-3-6-1 Prise en charge thérapeutique du VIH :

3-3-6-2 Objectif du traitement antirétroviral :

L'objectif du traitement antirétroviral est de rendre et maintenir la charge virale indétectable afin de restaurer l'immunité, permettant d'augmenter l'espérance de vie et d'améliorer la qualité de vie des patients.

3.3.6.3 Principes du traitement antirétroviral:

- C'est un traitement à vie, qui nécessite une excellente observance de la part des patients et un suivi intensif de la part du personnel soignant.
- Le traitement antirétroviral est une multi thérapie associant généralement deux inhibiteurs nucléotidiques/nucléosidiques de la transcriptase inverse (INTI) à un inhibiteur non nucléotidique de la transcriptase inverse (INNTI) ou un inhibiteur de protéase (IP) ou un inhibiteur d'intégrase. Les combinaisons thérapeutiques fixes doivent être privilégiées pour favoriser l'observance et diminuer le coût de la prise en charge pour le pays.
- Les molécules utilisées doivent figurer sur la liste des médicaments essentiels du Mali ou bénéficier d'une autorisation spéciale et seront nécessairement pré-qualifiées par l'OMS.

3-3-6-4 Schémas thérapeutiques et indications :

3-3-6-4-1 Indications au traitement antirétroviral : [27]

Selon les recommandations de l'OMS 2009, il s'agira de commencer le traitement antirétroviral:

- Dès que le taux de CD4 \leq 350 cellules/mm³ quel que soit l'état clinique.
- Tout patient symptomatique au VIH quel que soit le taux de CD4.
- Tout patient aux stades cliniques 3 et 4 quel que soit le niveau de CD4.
- Une charge virale >100000 copies/ml.

- Un déclin rapide du taux de CD4>100/µl par année.
- Un haut risque de maladies cardio-vasculaires, d'hépatite virale B ou une coïnfection avec le virus de l'hépatite virale C ou la présence d'une néphropathie associée.

3-3-6-4-2 Schémas thérapeutiques :

On distingue les schémas de première ligne, de deuxième ligne et ceux de troisième ligne en cours d'élaboration.

Tableau III : Schémas thérapeutiques antirétroviraux [27]

Schémas 1 ^{ère} ligne	Schémas 2 ^{ème} ligne	
	INTI	IP
(AZT ou D4T) + (3TC ou FTC) + (EFV ou NVP)	3TC + DDI Ou ABC + TDF Ou TDF +3TC± (AZT)	+LPV/r Ou IDV/r Ou ATV/r Ou SQV/r
TDF+ (3TC ou FTC) + (EFV ou NVP)	AZT ou DDI+ 3TC	
ABC+ (3TC ou FTC) + (EFV ou NVP)	DDI+3TC± (AZT) ou TDF +3TC±(AZT)	
(AZT ou D4T)+ (3TC ou FTC)+ (ABC ou TDF)	EFV ou NVP+ DDI	

NB : pour les différentes molécules, on tiendra compte des interactions médicamenteuses, des contre-indications et des effets secondaires de chaque molécule tout en privilégiant le bénéfice au risque.

- a- En cas de coïnfection VIH/Tuberculose active, on commencera d'abord par le traitement tuberculeux en premier, puis le traitement ARV dès que c'est possible. L'Effavirenz (EFV) sera privilégié parmi les INNTI.
- b- En cas de coïnfection VIH/VHB, on commencera par une combinaison contenant du TDF et 3TC ou FTC.
- c- En cas de VIH-2 :

Les régimes thérapeutiques de première ligne Antirétrovirale sont :

- 2INTI+1IP boosté : AZT ou TDF+3TC/FTC; LPV/r +++ (option préférentielle).
- 3INTI (AZT+3TC/FTC+TDF ou AZT+3TC+ABC) dans les cas où le taux de CD4 > 200 ou au stade 1-2 et en cas de coïnfection VIH-2/tuberculose.

Ceux de seconde ligne seront:

- 2INTI+DRV/r
 - 2INTI+SQV/r
 - 2INTI+DRV/r ± Raltégravir.
- d- En cas de VIH-2/Tuberculose :
- 3INTI si CD4 > 200 et stade 1-2 OMS (AZT+3TC/FTC)
 - TDF+3TC/FTC+LPV/r si CD4 < 200.
- e- Chez les femmes enceintes HIV-2 ou HIV-1+2

2INTI+1IP/r : AZT+3TC+LPV /r (options préférentielles).

La deuxième ligne est adoptée en cas d'échec thérapeutique de la première ligne. L'échec thérapeutique est défini par la survenue de l'association d'un

échec clinique, immunologique et virologique, mais la survenue d'emblée d'un échec virologique est un échec thérapeutique.

Tableau IV: Liste des ARV disponibles au Mali: [11]

N°	Désignation	Abréviation	Dosage et Présentation
1	Abacavir	ABC	300mg comprimé, Boite / 60
2	Abacavir*	ABC	20mg/ml Sirop Flacon/240ml
3	Didanosine	DDI	100mg comprimé, Boite/60
4	Didanosine	DDI	150mg comprimé, Boite/60
5	Didanosine	DDI	250mg gélule, Boite / 30
6	Didanosine	DDI	400mg gélule, Boite /30
7	Didanosine	DDI	50mg comprimé, Boite/60
8	Efavirenz	EFV	600mg comprimé, Boite / 30
9	Efavirenz*	EFV	200mg gélule, Boite / 90
10	Efavirenz*	EFV	30mg/ml Flacon/180ml
11	Indinavir	IDV	400mg gélule, Boite/ 180
12	Indinavir	IDV	400mg boite / 60
13	Lamivudine	3TC	10mg/ml solution Flacon/240ml
14	Lamivudine	3TC	150mg comprimé, Boite / 60
15	Lamivudine	3TC	300mg comprimé, Boite /30
16	Lamivudine + Zidovudine + Abacavir	(3TC+AZT+ABC)	(150 + 300 + 300) mg comprimé, Boite/60
17	Lamivudine+stavudine+névirapine	3TC+D4T+NVP)	Baby (30+6+50) mg Boite/60
18	Lamivudine+stavudine+névirapine	3TC+D4T+NVP)	Junior (60+12+100) mg Boite/60
19	Lamivudine150 + Stavudine30 + Névirapine200	(3TC+D4T+NVP)	(150 + 30 + 200) mg comprimé Boite/60

20	Lamivudine150 + Stavudine40 + Névirapine200*	(3TC+D4T+NVP)	(150 + 40 + 200) mg comprimé Boite/60
21	Lopinavir + Ritonavir	(LPV+RTV)	(400mg+100mg)/5ml Flacon/60ml
22	Lopinavir + Ritonavir	(LPV+RTV)	(133,3 + 33,3) mg gélule Boite / 90
23	Lopinavir/Ritonavir	LPV/r	(200+50) mg comprimé Boite/240
24	Nelfinavir **	NFV	250 mg comprimé Boite/270
25	Nelfinavir **	NFV	500mg/g poudre suspension Bte/144g
26	Névirapine	NVP	50mg/5ml solution Flacon/240ml
27	Névirapine	NVP	200mg comprimé Boite/60
28	Ritonavir	RTV	100mg gélule, Boite / 84
29	Saquinavir	SQV	200 mg, Boite/270
30	Stavudine	D4T	1mg/ml Poudre suspension Flacon/200mg
31	Stavudine	D4T	30mg Gélule, Boite / 60
32	Stavudine*	D4T	40mg Gélule, Boite / 60
33	Stavudine	D4T	15mg Gélule, Boite / 60
34	Stavudine	D4T	20mg Gélule, Boite / 60
35	Ténofovir	TDF	300 mg Comp Boite/30
36	Ténofovir+ Emtricitabine	(TDF+FTC)	(300 + 200) mg comprimé Boite/60
37	Ténofovir+ Emtricitabine + Efavirenz	(TDF+FTC+EFV)	(300 + 200+ 600) mg comprimé Boite/60
38	Zidovudine	AZT	100mg/10ml solution Flacon/200ml
39	Zidovudine	AZT	200 mg/20ml Inj Bte/5amp
40	Zidovudine	AZT	300mg comprimé, Boite / 60
41	Zidovudine + Lamivudine	AZT+3TC	(300 + 150)mg, Boite / 60

** Ne devait plus être disponible à compter de 2009*

*** Disponibilité en 2008*

OBJECTIFS

OBJECTIFS

Objectif général :

- Elaborer une méta-analyse des thèses réalisées à la faculté de médecine, de pharmacie et d'odontostomatologie (FMPOS) sur la prise en charge des PVVIH et le sida.

Objectifs spécifiques :

- Décrire les différents domaines étudiés par ces thèses.
- Faire une analyse synthétique des données.
- Déterminer le profil sociodémographique et clinique des PVVIH.
- Déterminer les différents schémas thérapeutiques des PVVIH.

méthodologie

IV- DEMARCHE METHODOLOGIQUE:

1- CADRE D'ETUDE

1.1SITUATION GEOGRAPHIQUE:

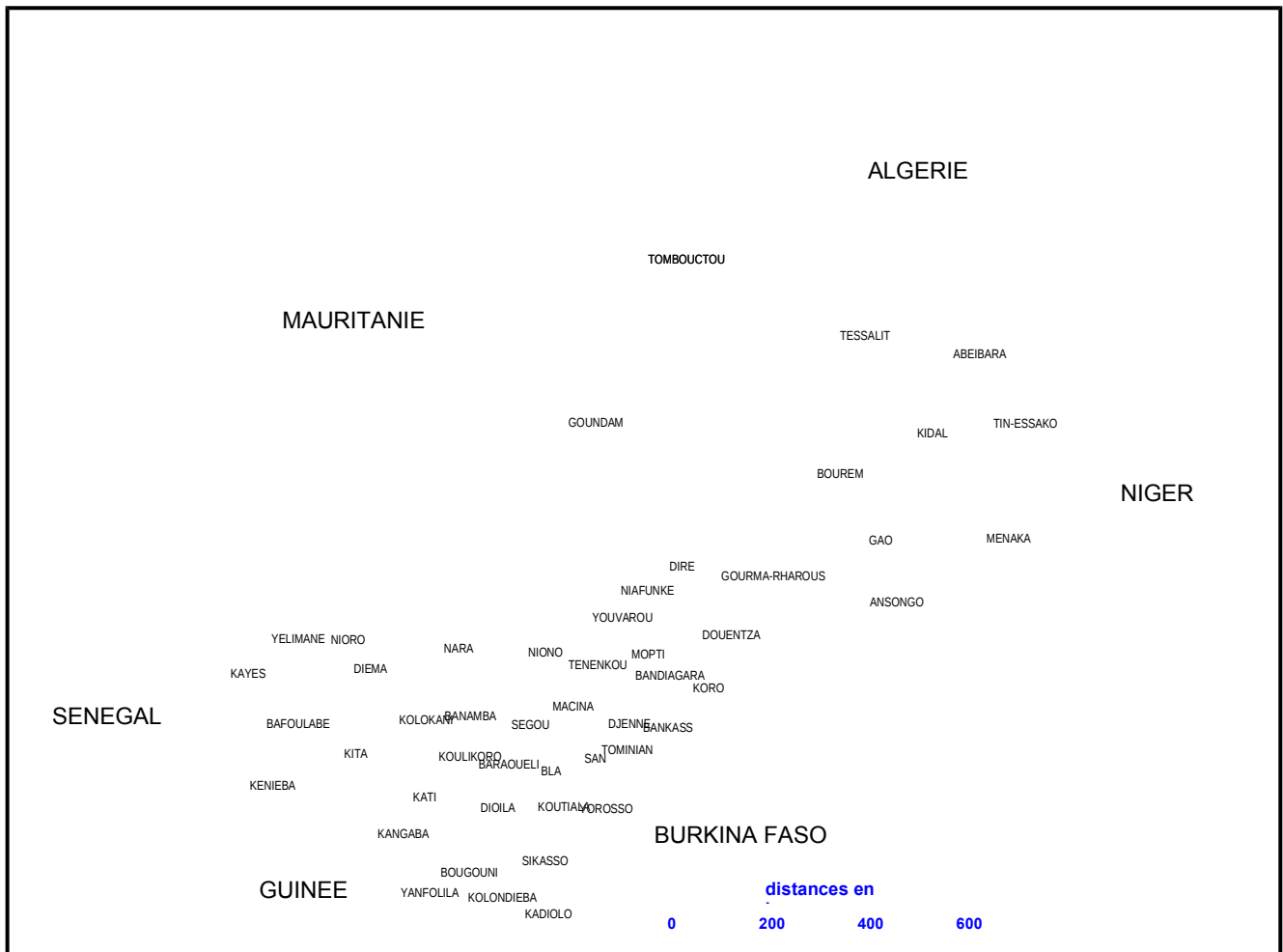
Ancienne colonie Française, le Mali a acquis son indépendance en 1960 avec comme capitale Bamako. C'est un pays de l'Afrique Sub-saharienne dont les limites sont représentées au Nord par l'Algérie, au Sud par la Côte d'ivoire et la Guinée, le Niger à l'Est, la Mauritanie et le Sénégal à l'Ouest et le Burkina-Faso au Sud-Est. Le Mali a une superficie d'environ 1.241.248 km² et une population de 12.687.595 habitants dont 80% de ruraux en 2007. Les femmes représentent 52% de la population avec 23% d'entre elles en âge de procréer (15 à 49ans). Le relief est peu élevé, peu accidenté de plaines et de plateaux. Le climat est sec avec une saison sèche et une saison pluvieuse qui dure cinq mois au Sud et moins d'un mois au Nord. Ce climat se caractérise par quatre zones :

- Zone Sud Soudano Guinéenne
- Zone Nord Soudanienne
- Zone Sahélienne
- Zone Saharienne

Deux fleuves traversent le Mali: le Niger et le Sénégal.

Le Mali est divisé en huit régions économiques et administratives en plus du district de Bamako qui sont respectivement : Kayes, Koulikoro, Sikasso, Ségou, Mopti, Tombouctou, Gao et Kidal. On compte 55 cercles ou préfectures, 285

arrondissements ou sous préfectures, 701 communes dont 37 urbaines et 664 rurales.



Carte administrative du Mali

En matière de prestation de soins de santé, la pyramide sanitaire du Mali se présente comme suit :

Services de premier échelon :

Ils sont constitués par des centres de santé communautaire (CSCOM).

Les centres d'arrondissements revitalisés (CSAR), les établissements de soins privés et les établissements de médecine traditionnelle, ont pour but de rendre disponible et accessible le paquet minimum d'activité.

Services de santé de deuxième échelon :

Ils sont constitués par des centres de santé de référence.

Ils ont pour fonction :

- ✓ La planification, la budgétisation, le suivi et la coordination de la mise en œuvre du plan de développement sanitaire et social du cercle.
- ✓ La référence clinique lui permettant de prendre en charge les cas dépassant le plateau technique des structures de premier échelon.

Il s'agit entre autres des cas qui nécessitent des actes chirurgicaux, explorations radiologiques, biologiques, ou une hospitalisation.

Services de santé de troisième échelon :

Niveau national (Hôpital Gabriel Touré, Hôpital du point G, Hôpital de Kati)

Niveau régional : six Hôpitaux régionaux, ils ont pour objectifs de :

- ✓ Prendre en charge les cas référés et les urgences ;
- ✓ Assurer la formation et la recherche biomédicale.

Tableau V: Sites de dépistage et de traitement, centres de conseil

Dépistage volontaire

Sites	Structures
Bamako	CESAC, Centre « éveil immeuble Nimagala » Centre « éveil camp militaire », Projet jeune de Sogoniko, Soutoura en site Intégré.
Koulikoro	Centre de Banamba COFESFA, centre de Koulikoro AMPPF, USAC du CSRéf, Fana Djekafo, Ouelésebougou Baragnouma, Kangaba GAD, Nara AFAD
Ségou	Centre éveil de Ségou, AMPPF, Walé Angoulême Segou APROFEM, San APROFEM, Niono Jiguiya, Bla Commune de Djeli: ASACO(CSCom), Markala Yiriwa, Dioro Yiriwa
Sikasso	Centre de santé de Kéné Dougou, centre de Kadiolo Centre de Zégoua Yéretanga ADAC, centre de Bougouni AID Mali, Kouri ONG SDO, Kignan ONG SDI, Sido ACEF
Mopti	Centre éveil du camp militaire de Sévaré, centre alliance mission de Mopti,

	Centre de Mopti Danayaso, CESAC de Mopti, Djénne central ONG Yiriwa /INDAcentral, Farkala aire de Sofara ONG Yiriwa/INDA, Bandiagara GADES
Tombouctou	Centre éveil du camp militaire de Tombouctou
Gao	ONG Radec
Kayes	Centre éveil de Kayes, centre de Kita ONG ARAFDC

Tableau VI: sites de prise en charge du VIH /SIDA au Mali

Sites	Structures
Bamako	CESAC, Hôpital Gabriel Touré, Hôpital du point G CHME le Luxembourg, USAC CSRef de la commune V
Koulikoro	USAC CSRef de Koulikoro, Hôpital de Kati, CSRef de Banamba
Ségou	Hôpital régional, CSCom de Darsalam, infirmerie de la garnison, APROFEM, ONG Walé, CSRef de Ségou, CSRef de Bla, CSRef de San, CSRef de Niono
Sikasso	Hôpital régional, centre de santé de Kéné Dougou CSRef de Kadiolo, centre de Koutiala, Bougouni
Mopti	Hôpital régional, CESAC de Mopti
Tombouctou	Hôpital régional, CSRef de Tombouctou

Gao	Hôpital régional, USAC du CSRef de Gao
Kidal	CSRef de Kidal
Kayes	Centre éveil de Kayes, centre de Kita ONG ARAFDC

Depuis cette date ARCAD a mis en œuvre :

- l'USAC de la commune I ;
- l'USAC du CSRef de Fana ;
- l'USAC du CSRef de Koutiala ;
- l'USAC du CSRef de la commune IV.

L'incidence du VIH dans les sites communautaires en 2006 est de 4.238 (CESAC de Bamako et Mopti, walé de Ségou, CERKES de Sikasso, USAC de la rive droite, USAC de Koulikoro et Banamba).

Etablissements spécialisés : les services et établissements spécialisés doivent mener des activités spécifiques ponctuelles ou permanentes en appui des hôpitaux dans leur mission de soins, de formation et de recherche. Certains établissements sont à renforcer et d'autres à créer:

- Institut National de Recherche en Santé Publique ;
- Centre de Recherche et de formation sur le VIH et la Tuberculose (serefo) ;
- Centre National de Transfusion Sanguine (CNTS) ;
- Institut Médico-légale (IML) ;
- Unité Mobile d'Intervention Rapide (UMIR ou encore appelé SAMU)
- Secteur pharmaceutique: Un des objectifs majeurs de la politique sectorielle de santé de population est d'assurer la disponibilité des médicaments en

dénomination commune internationale (DCI) en les rendant plus disponibles géographiquement et économiquement.

L'université de Bamako

Historique

En décembre 1995, les assises sur la mise en œuvre de l'université ont fait la synthèse des travaux de la mission universitaire et de ceux des experts en vue de finaliser les textes législatifs et réglementaires ainsi que la stratégie de sa mise en œuvre.

Tous les anciens membres de l'enseignement supérieur de 1960 à 1995 ont été associés à ce forum.

L'équipe du rectorat mise en place en novembre 1995 a œuvré inlassablement pour l'ouverture de l'université qui a été effective en novembre 1996. Dans la loi de création est affirmée la vocation nationale, régionale et sous régionale de l'université du Mali. Aussi, son ambition d'être un pôle régional de compétence pour le développement fait qu'il apparaît comme un facteur important d'intégration africaine.

Statut juridique

La loi N° 93-060/P-RM du 8 septembre 1993 a permis la création de l'université de Bamako. Ce dernier est un établissement public national à caractère administratif (EPA) doté de la personnalité morale et de l'autonomie financière.

Administration

L'université de Bamako est placée sous la tutelle du ministère chargé des enseignements secondaire, supérieur et de la recherche scientifique. Les organes

d'administration et de gestion de l'université sont le conseil de l'université et le rectorat.

Composition

L'université de Bamako est composée de quatre (4) facultés, trois (3) instituts, trois (3) écoles supérieures et d'une bibliothèque universitaire centrale (en projet).

Rectorat

Le rectorat de l'université est dirigé par un recteur assisté d'un vice recteur.

Les études médicales au Mali :

Historique :

Après son indépendance, la jeune république du Mali a défini une nouvelle politique de l'enseignement au cours de l'année 1962.

En 1960, le Mali ne disposait que d'une dizaine de médecins. La population malienne s'élevait à cette époque à cinq millions d'habitants donc un médecin pour 125000 habitants.

C'est dans le souci de résoudre une couverture sanitaire satisfaisante qu'a été créé par la loi n°68 26/DL-PG-RM du 15 Juin 1968, l'école nationale de médecine, de pharmacie et de dentisterie du Mali qui à son tour se verra rectifié par l'article 2 du décret n°96-1360 du 30 décembre 1996 stipulant la création de la faculté de médecine, de pharmacie et d'odontostomatologie (FMPOS) qui a pour mission :

- La formation des docteurs en médecine, en pharmacie et en odontostomatologie. La filière d'odontostomatologie n'a été fonctionnelle qu'en 2007 ;
- La formation de spécialistes en science de santé ;
- La formation dans la recherche pharmaceutique.

Ainsi la durée de la formation sera portée à :

- Sept ans pour la médecine générale;
- Six ans pour la pharmacie et pour l'odontostomatologie ;
- Quatre ans pour les Diplômes d'étude spécialisées (DES).

2- Lieu d'étude

Notre étude s'est déroulée à la faculté de médecine, de pharmacie et d'odontostomatologie plus précisément à la bibliothèque créée en 1969.

Bibliothèque :

La bibliothèque de la FMPOS créée depuis la naissance de la faculté, elle est située au sud par rapport au tableau d'affichage et au côté Ouest du dortoir des filles.

Au niveau de la bibliothèque deux sortes de prêt sont possibles :

- ✓ Prêt sur place ;
- ✓ Prêt à domicile pour un délai d'une semaine renouvelable ;

- ✓ Les prestations de la bibliothèque sont aussi diverses et variées entre autre :
- ✓ La recherche en ligne (connexion sur le net) ;
- ✓ La photocopie ;
- ✓ La production documentaire ;
- ✓ L'enseignement de la bibliographie médicale ;
- ✓ Scanner un document ou faire un microfilm est aussi possible à la bibliothèque.

Le personnel

- ✓ Trois conservateurs ;
- ✓ Quatre techniciens des arts ;
- ✓ Un aide bibliothécaire ;
- ✓ Un secrétaire de direction.

3. Période et Type d'étude:

Il s'agissait d'une étude bibliographique, rétrospective et descriptive portant sur les différentes thèses déjà soutenues sur la prise en charge des personnes vivant avec le VIH et le sida de 2002 à 2008 soit une période de sept ans à la FMPOS.

4. Population d'étude :

L'étude a été réalisée sur les thèses de doctorat à la faculté de médecine, de pharmacie et d'odontostomatologie.

5. Les critères d'inclusion :

Toute thèse ayant traitée de la prise en charge des personnes vivant avec le VIH et le sida au Mali et située dans les locaux de la bibliothèque de la faculté de médecine, de pharmacie et d'odontostomatologie (FMPOS).

6. Les critères de non inclusion :

N'est pas inclus dans notre étude :

- Toute thèse et mémoire traitant de la prise en charge des personnes vivant avec le VIH et le sida en dehors du Mali.
- Toute thèse et mémoire traitant de la prise en charge des personnes vivant avec le VIH et le sida ne figurant pas à la bibliothèque.

7. Collecte des données

Nous avons recherché systématiquement par numéro et par titre les thèses répertoriées au niveau de la bibliothèque (FMPOS) en tirant les informations portant sur la prise en charge des personnes vivant avec le VIH et le sida au Mali. Aussi, nous avons eu à noter les références bibliographiques. Ces thèses ont été consultées sur places, nous nous sommes servis également des publications et de la consultation par internet.

8. Exploitation des données :

Les thèses répertoriées ont été classées par centre d'intérêt que sont : la pédiatrie, la gynéco-obstétrique, l'épidémio-clinique, la santé publique, l'aspect socio-économique et gestion et l'aspect thérapeutique. Par la suite une synthèse des données suivie d'une analyse a été faite.

9. Aspects éthiques :

La propriété intellectuelle implique surtout la diffusion sur support des résultats et des idées.

L'exercice du droit d'auteur en milieu universitaire est intimement lié à la probité intellectuelle et au plagiat.

En prévention d'entorse à l'éthique, nous suggérerions d'éviter : la fabrication, la falsification ou la suppression de résultats de recherche.

Dans notre étude l'appropriation de connaissances comme siennes dans le cadre de l'évaluation d'un pair sera évitée. En résumé, les références bibliographiques seront mentionnées.

10. Diagramme de GANTT :

DATES	Jun- Juillet 2010	Janvier- Mars 2011	Avril-Mai 2011	Jun 2011	Juillet 2011
ACTIVITES					
Recherches bibliographiques du protocole	✓				
Elaboration des résumés de thèses répertoriées à la bibliothèque		✓			
Analyses des données et rédaction			✓		
Correction du document par le directeur				✓	

Correction Membre du jury					✓
Soutenance					<u>X</u>

Résultats synthétiques

V- RESULTATS SYNTHETIQUES

5-1 Aperçu général :

Nous avons collecté au total trente neuf (39) thèses. Les résultats de ces travaux sont présentés par centre d'intérêt au nombre de six (06).

5-2 Aspect pédiatrique :

Quatre (05) thèses ont abordé ce domaine.

Halidou Moussa [28] dans son étude sur la prise en charge des enfants sous ARV dans le service de pédiatrie de l'hôpital Gabriel Touré du 1^{er} Décembre 2001 au 31 décembre 2005 trouvait que :

- Les enfants infectés par le VIH inclus dans l'IMAARV étaient au nombre de 400. La tranche d'âge 1-4 ans a été la plus touchée soit 49,7%, l'âge moyen était de 5ans avec des extrêmes de 6 mois et de 15 ans et le sexe ratio a été de 1,7 en faveur des garçons. Les patients orphelins d'au moins un parent avaient une fréquence de 46,5% ; 44, 2% des enfants n'avaient pas l'âge scolaire et trois(3)

patients étaient déscolarisés ; 74,8% des patients résidaient à Bamako.

- Le mode de transmission présumé a été la transmission mère-enfant dans 80,2% des cas et 50,8% avaient une malnutrition. L'adénopathie, la toux, l'amaigrissement, la fièvre, les dermatoses et la diarrhée ont été les signes les plus fréquents à l'inclusion. Cinquante huit virgule cinq pour cent (58,5%) du taux de CD4 était inférieur à 15% ;

Le VIH1 a dominé l'étude avec 98,5% ; 2INTI+1IP était le protocole thérapeutique le plus utilisé avec 58,2%. Après quatre (4) ans d'activités, 78,7% des patients étaient vivants, 44 patients ont été perdus de vue dont 22 enfants avant 6 mois de traitement ARV, 14 enfants après 12 mois, 33 cas de décès dont 30 avant 6 mois de traitement ARV et 3 cas après les 12 mois de traitement ARV.

Michel Samaké [29] dans son étude intitulé : «Infection à VIH : Aspect clinique et bilan de 16 mois de prise en charge des cas par les antirétroviraux à la pédiatrie du centre hospitalier universitaire Gabriel Touré» faisait les constatations suivantes :

- Cent un (101) enfants ont été inclus dans l'IMAARV de décembre 2001 à mai 2003 à l'hôpital Gabriel Touré. La moyenne d'âge a été de 5,59 ans avec un maximum de 14 ans et un minimum de 6 mois. Le sexe ratio était de 1,8 en faveur du sexe masculin, l'ethnie la plus représentée était le Bambara avec une fréquence de 46,5%, les non scolarisés étaient majoritaires avec une fréquence de 53,5% (car n'ayant pas l'âge scolaire).

Les enfants orphelins d'au moins un parent avaient une fréquence de 57,4%. Après le décès des deux parents, le parent adoptif le plus représenté était la tante avec une fréquence de 50%. La résidence la plus représentée était la commune VI de Bamako. La voie verticale a été de loin la voie de contamination avec une fréquence de 95%.

- L'allaitement mixte était majoritaire avec une fréquence de 60,4% et la majorité des enfants avait les vaccins du programme élargi de vaccination(PEV) à jour avec une fréquence de 62,39%.

Le VIH1 prédominait avec une fréquence de 97%. Les schémas 2INTI+1IP et 2INTI+1INNTI ont été les plus utilisés. L'adénopathie (78,2%), la malnutrition protéino-énergétique (72,2%), les signes pulmonaires isolés ou associés (63,3%), le prurigo (41,5%), la carie dentaire (26,7%) et la candidose digestive (23,7%) ont été les signes physiques les plus retrouvés à l'inclusion. Le déficit immunitaire était sévère dans 71,2%. Au bout des 16 mois d'activités de l'IMAARV, l'évolution clinique était favorable dans 93,3% avec une bonne observance à 100%.

Cheick Papa Oumar Sangaré [30] dans une étude sur l'Infection de l'enfant : «Aspects cliniques et bilan de 6 mois de prise en charge des cas par les antirétroviraux à la pédiatrie du centre hospitalo-universitaire Gabriel Touré » tirait les résultats suivants :

- La moyenne d'âge était de 4,5ans avec des extrêmes de 8mois et 13 ans, le sexe masculin était majoritaire dans 55,8%. Les orphelins dominaient son étude avec une fréquence de 46,6% dont 23,2% avaient perdu les deux parents.
- A l'inclusion 97,7% de VIH-1 et 0,7% de VIH2 ont été enregistrés. La voie verticale a été le mode de contamination par excellence dans 95,4% des cas. Le poids moyen à l'inclusion a été de 1305 grammes et plus du trois quart des enfants avaient une malnutrition soit 62,8%. L'allaitement exclusif au sein prédominait dans 58,1%. La diarrhée chronique prédominait chez ces enfants (51,2%) et le déficit immunitaire était sévère dans 72,1%.
Les schémas 2IN+1IP et 2IN+1INN ont été les plus utilisés à l'inclusion avec respectivement 55, 8% et 30,2%. Au bout de 6 mois d'activités de l'IMAARV, l'évolution clinique a été favorable dans 67,7%, la restauration immunitaire a été optimale dans 84% et l'observance du traitement a été bonne dans 93,5%.

Niaboula Koné [31] sur une étude intitulée : «Bilan de 5 années de prise en charge des enfants nés de mères séropositives dans le service de pédiatrie de l'hôpital Gabriel Touré» trouvait que :

- La plupart des enfants provenait de la maternité de l'hôpital Gabriel Touré dont le nombre était de 445. Les mères étaient âgées de 20-35ans dans 79,1% des cas avec des extrêmes de 16 et 48 ans. L'âge moyen était de 28ans. Dans 66,1% des cas, les mères étaient des femmes au foyer, étaient analphabètes dans 39,3% et étaient mariées pour la plupart et ce sous un régime polygamique. Dans plus de la moitié des cas, le conjoint

n'était pas informé du statut sérologique de la femme (57,8%) et inversement dans 59,8% pour la femme.

- Le VIH1 dominait l'étude avec une fréquence de 94%. La majorité des mères avait accouché par voie basse dans 80% et le poids moyen de naissance était de 2770 grammes. La quasi-totalité des enfants a bénéficié du cotrimoxazole et une prophylaxie antirétrovirale (58%). Tous avaient reçu la Névirapine à la naissance et 134 parmi ceux-ci avaient en plus bénéficié de la Zidovudine. Seuls 48,1% des enfants étaient régulièrement suivis au moment de l'étude, plus du quart des enfants ont été perdus de vue. Environ 51,6% des enfants avaient pris le lait maternel en première intention.

Trente et un (31) décès ont été enregistrés dont quinze(15) n'avaient pas reçu de prophylaxie antirétrovirale et 28,5% ont été perdus de vue.

Issiaka DEMBELE [32] a étudié les problèmes sociaux et psychologiques des enfants sous ARV dans le service de pédiatrie du CHU de Gabriel Touré.

Son étude a porté sur 28 cas, dont 15 filles et 13 garçons, la moyenne d'âge des enfants était de 12 ans. La quasi-totalité des enfants était orphelin d'au moins un parent (27/28) et la plupart des enfants était scolarisée (26/28). Après le décès des parents, les orphelins se réfugient chez un des membres de sa famille. La difficulté des parents et des tuteurs est surtout matérielle (12/28) et les questions incessantes de l'entourage. Par contre, pour les enfants les difficultés restent surtout liées aux médicaments et les problèmes les plus évoqués sont le caractère contraignant du traitement.

5-3 Aspect gynéco-obstétrique :

Quatre thèses(04) ont abordé ce domaine.

Seydou Sogoba [23] dans la prise en charge de l'infection VIH/Sida sur grossesse dans le service de gynéco-obstétrique de l'hôpital Nianankoro-Fomba de Ségou faisait les constatations suivantes :

- L'âge moyen était de 26 ± 1 avec des extrêmes de 17 et 40 ans, les sans profession étaient majoritaires soit 59% et la plupart de ces femmes étaient mariées soit 50,8%. Selon le lieu de résidence, la ville de Ségou a été majoritaire dans 90,2% des cas.
- La plupart des gestantes étaient VIH1 dans 98% des cas. Concernant la période de réalisation du test, 44,2% des gestantes ont fait leur test au 1^{er} trimestre, 46% au 2^{ème} trimestre et 9,8% au 3^{ème} trimestre. La plupart des gestantes avait un nombre de CPN ≥ 4 dans 95% des cas et dans 52,5% des cas les taux de CD4 étaient supérieur ou égal à 500. La voie basse a été le mode d'accouchement dans 98,40% des cas. La majorité des nouveau-nés était vivant soit 96,70%, avait un poids normal compris entre 2500 et 3999 grammes dans 97,72% et une taille ≥ 49 cm.

La trithérapie prédominait dans 95,10% et ce après l'admission au service car auparavant aucune de ces femmes était sous ARV. Selon le

mode d'allaitement la majorité optait pour l'allaitement artificiel exclusif dans 82%.

Mody Cissé [33] dans le suivi de la prise en charge des femmes enceintes séropositives au VIH sous traitement ARV dans le cadre de la PTME dans le service de gynéco-obstétrique au CHU Gabriel Touré de Janvier 2006 à Juin 2007 constatait que :

- Sur 2554 patientes enceintes, 360 ont été séropositives soit une fréquence de 14,1%. La moyenne d'âge était de 29,5 ans avec des extrêmes de 16 à 44ans. La plupart des patientes était ménagère soit 66,1% et les mariées monogames étaient plus représentées soit 52,22%. La majorité de ces patientes résidait à Bamako soit 87,22%.

- Le VIH1 dominait l'étude avec une fréquence de 97,7% et la majorité des conjoints des patientes n'ont pas fait le dépistage soit 55,84%. La plupart des patientes avait un taux de CD4 > 350/mm³ soit 66,6% et était sous ARV avant la grossesse dans 59,44% des cas. L'association 2INTI+1INNTI était le schéma thérapeutique le plus prescrit avant la grossesse et 2INTI+1IP et 2INTI+2IP étaient les plus représentés au cours de la grossesse. Les motifs de changement de traitement étaient les contre indications, la charge virale élevée et les effets secondaires. L'accouchement par voie basse a prédominé soit 79,04% et la charge virale était indétectable pour la plupart de ces gestantes. Sur les 360 patientes, 326 ont accepté l'allaitement artificiel.

Aliou Bagayoko [34] dans la prise en charge des femmes enceintes infectées par le VIH dans le service de gynéco-obstétrique de l'hôpital Gabriel Touré à propos de 72 cas trouvait que :

- L'âge moyen des patientes était de 28,9 ans avec des extrêmes allant de 18 à 43ans. Les Bambaras étaient plus représentées soit 34,7%. Les mariées dominaient l'étude avec 79,2% dont la plupart était sous un régime monogame soit 61,4% de fréquence et ménagère avec une fréquence de 65,3%.

Les conjoints avaient pour professions le plus souvent « commerçant » soit 29,2% et « ouvrier » soit 36,1%. La majorité des patientes provenait hors district soit 26,4%. Le lieu de dépistage le plus représenté était le CESAC (33,4%) et c'était en grande partie à la survenue d'infections opportunistes que la découverte était faite (27, 8%).

- Les épisodes de pneumopathie présumée (22,2%), de diarrhée chronique > un mois (18,1%), de prurigo (13,9%) et fièvre au long cours (12,5%) étaient les antécédents médicaux fréquents liés au VIH chez ces parturientes. Le VIH1 dominait le tableau dans 95,8% contre 2,8% pour le VIH2 et 1,4% pour la double séropositivité. La plupart des conjoints étaient séropositifs dans 68,1%. Le nombre de CPN était > 4 dans 81,9% des cas et le taux de CD4 était \geq 500 dans 30,6%. Au cours de la grossesse, la trithérapie associait 2INTI à 1 IP. Concernant l'issue de la grossesse, la plupart des accouchements était à terme dans 76,3% et était par voie basse soit 83,9%. Les nouveau-nés étaient vivants pour la plupart (98,4%) avec un score d'Apgar > 7 dans 96,1% et le poids était compris entre 2500 et 3999 dans 84,4% des cas.

Daouda Doumbia [35], dans son étude sur la prévention de la transmission mère-enfant du VIH de Janvier 2002 à Décembre 2005 dans le service de Gynéco-obstétrique du CHU Gabriel Touré faisait les constats suivants :

- La tranche d'âge 20-29 ans était la plus représentée avec une fréquence de 63,3%. L'âge moyen était de 27,6 ans ; la plupart des patientes était ménagère (71,09%), mariée (95,26%) sous un régime polygame (91,46%). Les patientes provenaient du CESAC.

- Le VIH-1 dominait le tableau (90,52%) ; dans 78,20%, le conjoint n'avait pas fait de sérologie VIH et la plupart des patientes n'avait pas d'antécédents médicaux (79,62%). Les patientes présentant un facteur de risque de transmission du VIH représentaient 42,56% et ce facteur était la menace d'accouchement prématuré. La moyenne des CPN a été de quatre par patiente et 82% ont été mises sous traitement ARV pendant la grossesse actuelle. La trithérapie prédominait avec l'association AZT+3TC+IDV/boosté la plus utilisée (42,65%). L'effet secondaire le plus observé était la nausée (44,08%) et les molécules supposées responsables étaient l'AZT et l'IDV. L'éruption cutanée et le prurit étaient liés à la NVP. Le taux de CD4 était compris entre 350 et 500 (45,11%), l'accouchement par voie basse prédominait (84,36%). Les nouveau-nés étaient vivants (95,79%) et la bithérapie composée de la Névirapine sirop dose unique et de la Zidovudine sirop pendant deux semaines ont été données aux enfants. L'allaitement artificiel exclusif prédominait (98,98%) et plus de neuf nouveau-nés sur dix avaient une sérologie négative à 18 mois de vie.

5-4 Aspect santé publique :

Trois (03) thèses ont intéressé ce secteur.

TILEUK WELAMEUK VICTORINE [36] dans son étude sur l'évaluation de la prise en charge décentralisée des PVVIH au niveau de l'USAC de la commune V du district de Bamako à propos de 199 cas retenait que :

- Cent quatre vingt dix neuf (199) dossiers ont été analysés durant l'étude. Le sexe féminin était le plus touché quelque soit la tranche d'âge avec 82,9% des cas avec un sexe ratio de 4,85. La tranche d'âge la plus affectée était 26-35 ans, la moyenne d'âge était de $34,54 \pm 2,03$ ans avec des extrêmes allant de 15 à 64ans. Les ménagères étaient les plus représentées soit 53,26% des cas. Chez les hommes, le secteur informel était le plus touché soit 9,54%. Les mariés étaient les plus touchés avec 128 cas dont 103 femmes ; la majorité des patients soit 48,2% des cas tout sexe confondu était non scolarisée, seulement 26,1% des cas avaient reçu une formation primaire. Les patients résidaient en grande partie en communes V et VI. Selon la qualité des services fournis à l'USAC, les patients étaient en général satisfaits de la qualité d'accueil soit 99,5%. Selon l'opinion et la perception des patients sur la prise en charge des PVVIH en milieu intégré, la majorité des patients connaissait un seul mode de transmission de la maladie avant l'éducation thérapeutique, les patients participaient moins au groupe de parole avec 79,9% des cas et quant aux activités culinaires, la majorité des patients n'y participait pas.
- Selon les atouts et difficultés de la prise en charge globale des PVVIH en milieu intégré, il a été relevé des avantages au groupe de parole. Des

suggestions faites par les patients étaient centrées sur la décentralisation : accès à tous les médicaments, permanence des médicaments des infections opportunistes, ajout du personnel soignant, apport de plus d'équipements d'analyse, pérennité de la prise en charge. Les difficultés rencontrées dans la prise de médicaments sont le long week-end férié, la maladie, l'oubli et la rupture.

DJIBRIL BARRY [37] a étudié la qualité de la prise en charge des PVVIH dans le service de médecine de l'hôpital de Sikasso. Il tirait les conclusions suivantes :

- Les femmes prédominaient avec une fréquence de 63,4%, la tranche d'âge 25-34 ans a été la plus représentée avec 35,21% et des extrêmes allant de 15 à 64 ans. Les Senoufos représentaient l'ethnie la plus touchée soit 42,3%. La quasi-totalité des patients enquêtés était de confession musulmane. Les mariés ont représenté 35,2% de l'effectif soit la majorité. Sikasso a été la ville de provenance de la plupart des patients dans 78,9%. Selon le niveau d'instruction, les non scolarisés ont dominé l'étude avec 46,5% de l'effectif; 40% des personnes enquêtées étaient des ménagères. L'hôpital a été le site de dépistage le plus fréquenté avec 62%.
- Le VIH1 était largement retrouvé chez les patients avec 94,4% et près de la moitié des patients à l'entrée avaient un taux initial de CD4 < 200 soit 45% et 62% de l'effectif ne connaissaient pas le mode d'emploi d'un ARV. Soixante virgule six pour cent (60,6%) avaient une mauvaise opinion sur l'éducation thérapeutique, 97,2% soit la quasi-totalité ne participaient pas aux groupes de parole et la majorité d'entre eux ignoraient ces groupes.

Ceux ayant participé aux groupes de parole reconnaissent comme avantages l'amélioration de la qualité de vie et la compréhension de leur maladie. La plupart des patients soit 66,2% pensait qu'il n'existait pas de confidentialité dans la structure, 59,15% de l'effectif pensaient que la décentralisation des sites était une bonne approche contre 33,80%. Les raisons évoquées étaient la réduction des coûts de la prise en charge et des soins de proximité. Cependant, les inconvénients étaient la faiblesse du plateau technique et la stigmatisation. Quarante deux virgule soixante dix sept pour cent (42,77%) des patients estimaient que pour leur satisfaction, il fallait améliorer le suivi para clinique. Plus de la moitié ont attiré l'attention sur l'aspect thérapeutique, l'accueil et le soutien psychosocial.

SANABA KARAMOKO TOURE [38] dans son étude sur la prise en charge des PVVIH : cas de l'initiative Malienne d'accès aux antirétroviraux ressortait que :

- Deux grossistes approvisionnaient le Mali en ARV : la pharmacie populaire pour le public et Laborex pour le privé. Au niveau des deux sites, 50% des changements de schéma thérapeutique ont eu pour cause la rupture de stock. Soixante quatorze virgule quatorze (74,14%) des patients étaient sous traitement ARV depuis moins de 6 mois. 100% des patients étaient sous trithérapie dont 58,62% pour le schéma 2 INTI + 1IP.
- Les patients observant ont été les plus représentés soit 55,17%. Les troubles gastriques ont été les effets secondaires les plus représentés soit 18,1%. Tous les patients étaient subventionnés par le gouvernement malien pour l'achat de leur ARV.

5-5 Aspect épidémiologique :

Deux (02) thèses ont été collectées sur cet aspect.

OINARGOUM Alimata Kéita [39] sur une étude épidémiologique et prise en charge des infections cutané-muqueuses chez les patients vivant avec le VIH dans trois centres de Bamako (Mali) concluait que :

- La tranche d'âge 1-15 ans a été la plus représentée soit 35% suivie de la tranche d'âge 31-45 ans soit 33,3%. L'âge moyen était de $25,3 \pm 16,2$ ans, le sexe ratio a été de 1,06 en faveur des hommes. Les bambara, les peulh et les sarakolé étaient les plus représentés avec respectivement 25%; 19,2% et 16,7%. La majorité des patients provenait de la commune I, la commune II et la commune V avec respectivement comme fréquences 25%; 17,5% et 18,3%. La profession « ménagère » a dominé l'étude soit 26,7% suivi des non applicables avec 21,7%.
- Le VIH1 dominait l'étude avec une fréquence de 95,8%. La prévalence des atteintes de la peau glabre (organe le plus atteint) était de 35% suivi de celle des muqueuses buccales 28,3% ; le cuir chevelure 10,8% ; la région génitale 9,2% ; l'atteinte des plis 8,3% ; l'atteinte unguéale 1,7% et les cas d'associations étaient de 6,4%. Les principales affections à l'inclusion ont été : la candidose buccale 30%, la pyodermite 15%, la folliculite 13,3% et la dermatophytie 10,2%. Les autres pathologies observées étaient le prurigo 25,6% ; maladie de Kaposi et pneumopathie non tuberculeuse 15,4%, dermite séborrhéique et tuberculose 12,8%, eczéma et toxidermie (7,7%) et la kératodermie palmo plantaire 2,6%.

Cinquante six virgule sept pour cent (56,7%) des patients avaient un taux de CD4 effondré $<200/\text{mm}^3$ et 69,2% avaient moins de 6 mois sous

traitement ARV. Les dermatoses étaient observées en plus grand nombre chez les patients dont le taux de CD4 était $<200/\text{mm}^3$. Le taux global de guérison sous traitement ARV a été de 87,5%.

Dessy Sogodogo [40] sur une étude portant sur le VIH-2 : Epidémiologie, clinique et prise en charge des patients trouvait que :

- L'âge moyen était de $43 \pm 7,57$ ans avec un sexe ratio de 1,16 pour le VIH2 contre 35 ± 21 ans et un sexe ratio de 1,94 pour le VIH-1.
- La fréquence des infections opportunistes était apparue plus importante dans le groupe VIH-1. Le muguet oropharyngé était l'infection opportuniste la plus notée dans les deux groupes. Les motifs d'hospitalisation et de consultation les plus fréquents chez les porteurs du VIH-2 ont été l'altération de l'état général (21,1%), la diarrhée (13,2%), et la fièvre. Chez les porteurs du VIH-1 on notait : altération de l'état général (50%), Autres (23,7%), fièvre (15,7%), toux (15,1%) et diarrhée (12,5%). Les signes fonctionnels par type de VIH étaient : pour le VIH2 : AEG (27%), amaigrissement $>10\%$ (24,3%) et la diarrhée chronique (12,5%). Pour le VIH-1 : AEG (57,9%), amaigrissement $>10\%$ (40,1%) et la fièvre prolongée (21,1%). Les lymphocytes CD4 étaient $< 200 /\text{mm}^3$. Le gain pondéral moyen a été plus élevé au cours des trois premiers mois de traitement chez les porteurs du VIH2. Le gain en lymphocytes CD4 a été plus important au cours des douze premiers mois de traitement chez les porteurs du VIH1.

Les régimes thérapeutiques étaient de 2INTI+1INNTI pour le VIH1 dans la plupart du temps et 2INTI+1IP pour le VIH2.

Les effets secondaires associés aux ARV étaient plus importants chez les porteurs du VIH2 au cours du premier trimestre de mise sous ARV. La létalité était plus importante dans le groupe des patients infectés par le VIH-2 comparé au groupe VIH-1.

5-6 Aspect socio-économique et gestion :

Trois(03) thèses abordaient ce volet.

YOUSOUF FOFANA [41] a fait une étude sur le coût de la prise en charge du VIH/SIDA à Bamako et dans cinq (5) régions du Mali en 2004.

Il ressortait que : Au cours de cette étude :

- Deux cent quatre vingt seize (296) PVVIH ont été recrutées. Une moyenne annuelle de dépense de médicaments sans les ARV de 2068,86Fcfa et celle du transport était de 20381,90Fcfa. La majorité des PVVIH enquêtées payait une cotisation mensuelle moyenne de 4580,83Fcfa.

- Un fait économique important était l'affligeante perte de revenus que 50% des PVVIH essayaient dont la moyenne annuelle s'élevait à 740.000Fcfa. Sur l'ensemble, on notait une baisse manifeste des revenus et des dépenses totales des PVVIH au cours de la maladie au profit d'une hausse des dépenses de santé.

Sékou NIANGALY [42] a effectué un travail initié afin d'obtenir des informations objectives sur la dispensation des antirétroviraux à l'hôpital Sominé Dolo de MOPTI depuis le démarrage des activités de l'IMAARV.

L'étude avait porté sur 161 patients. L'association Lamivudine+Stavudine +Névirapine était la trithérapie la plus prescrite dans sa série (59 % des prescriptions) suivie par celle associant Lamivudine +Zidovudine+Névirapine (11,8 %) et Lamivudine +Zidovudine +Efavirenz (11,1%). L'association 2 INTI+1 INNTI a été le schéma le plus prescrit dans son étude avec un taux de 90,7 %, suivie de l'association 2INTI+1IP (8,1 %).

Le taux d'observance était de 84,5 %. Le principal motif de mauvaise observance était l'oubli.

En revanche, l'observance était favorisée par la stabilité sociale et professionnelle, l'âge mur, le mauvais état de la santé ainsi que la crainte de la maladie.

A Segou, **Ousmane SANOGO [43]** a réalisé une étude similaire à celle de Niangaly.

Cette étude s'est déroulée à la pharmacie de l'hôpital Nianankoro Fomba de Ségou.

Il a colligé 1502 ordonnances pour 498 malades dont 142 sont nouvellement initiés soit 3 observances par malades.

La tranche d'âge prédominante était de 26-36 ans avec un taux de 43,17 %. La majorité des patients étaient des mariés monogames avec 33,94 % ; les ménagères étaient plus représentées avec 40,76%.

L'association D4T/3TC/NVP (Triomune ° ; NEVILAST°) a été le schéma le plus fréquemment prescrit dans son étude avec 84,35 %.

5-7 Aspect thérapeutique [44;45]

22 thèses ont abordé cet aspect.

L'efficacité de la trithérapie chez une population adulte a été mise en évidence par **IDRISSA. B [46]** et **KENGUE. M. [47]**, l'association d'inhibiteurs de la reverse transcriptase était la plus utilisée. L'effet spectaculaire du Cotrimoxazole à dose chimioprophylactique 1 comprimé/jour sur les maladies opportunistes a été bien détaillé par **COULIBALY. D [48]** et **KABA. M. M. [49]**. Ce même médicament est utilisé dans le traitement curatif de ces mêmes maladies opportunistes avec 1 comprimé de 960mg. Les posologies sont adaptées par rapport à chaque affection. Pour la toxoplasmose et la pneumocystose 2 comprimés x 3/jour et pour l'Isosporose 2 comprimés x 2/jour. Les anxiolytiques étaient plus utilisés dans le traitement des atteintes psychiatriques au cours du VIH [50]. La colistine était l'antibiotique la plus efficace sur les cocci à gram négatif. Ces germes étaient isolés après un examen cyto bactériologique des urines suivi d'un antibiogramme [51].

L'amphotéricine B est l'antifongique le plus sensible malgré ses multiples effets secondaires [52], cependant, le fluconazole est aussi efficace sur les cryptocoques pour le traitement des candidoses digestives et génitales.

La PUVAthérapie sera efficace sur les prurits et les prurigos selon **Sangaré.S [53]**. L'efficacité de la zidovudine associée à l'INF α dans le traitement de la maladie de Kaposi fut illustrée par **Cissé. H. [54]** toutefois l'efficacité de la trithérapie a été signalée par toutes les études qui ont touché au volet traitement.

ASSA. K. E. [55] prouve que le traitement antirétroviral est un élément essentiel de la prise en charge globale des personnes vivants avec le VIH.

Cheuffa. Y. D. [56] démontre que la Stavudine – Lamivudine – Indinavir serait le schéma qui entraînerait le moins de cytopénie.

SAMAKE. F. [57], a constaté les effets secondaires suivants de la trithérapie antirétrovirale au cours de l'infection par le virus de l'immunodéficience humaine de l'adulte :

Digestives : elles étaient prédominantes (30,41%), les nausées et les vomissements dus à la prise de l'IDV étaient précoces. Douze cas d'hépatite et six cas de pancréatite ont été observées.

Neurologiques : 20% des cas, dominés par les troubles vestibulaires. **SIBY**

MARIAME [58] a suivi l'observance des patients aux traitements antirétroviraux de janvier à Août 2005. L'oubli et le voyage ont été les principaux motifs d'inobservance. **Haidara.R. [59]** étudia l'observance aux antirétroviraux dans le service des maladies infectieuses à l'hôpital national du

Point G, à propos de 270 cas. Elle rapporte que, l'observance était favorisée par le soutien de l'entourage, la stabilité sociale et professionnelle, l'âge mûr, le niveau intellectuel élevé, le mauvais état de santé ainsi que la crainte de la maladie. **Traore [60]** a étudié le suivi de l'observance au traitement antirétroviral chez les enfants au service de Pédiatrie du CHU Gabriel Touré : à

propos de 59 cas. Les principales causes de mauvaise observance étaient : l'indisponibilité des personnes ayant la garde des enfants, l'incompréhension de la posologie et l'oubli. **Mme KEITA Née THIAM Paimda [61]** étudia les causes des changements thérapeutiques. Le schéma comportant 2 INTI + 1INNTI était le plus utilisé (64,7%). L'association (Zidovudine + Lamivudine) associée + Efavirenz a été la plus représentée (36,2%). Les associations

comportant l'Efavirenz ont été les plus représentées dans les schémas en cause du remplacement total des molécules.

COULIBALY.S. [62] étudia la tolérance clinique et biologique de la Névirapine chez les malades du SIDA sous traitement au CHU du Point G

Au vu des résultats obtenus il a affirmé que le schéma 3TC+D4T+ NVP donne une excellente tolérance clinique et biologique avec des résultats satisfaisants.

DIAMOUTÉNÉ. A. [63] a fait une évaluation de l'observance du traitement antirétroviral au CHU du Point G. Les cas d'inobservance majeure déclarés par les patients avaient pour noms « oubli et accès difficile aux traitements pour les patients venants de l'intérieur du pays».

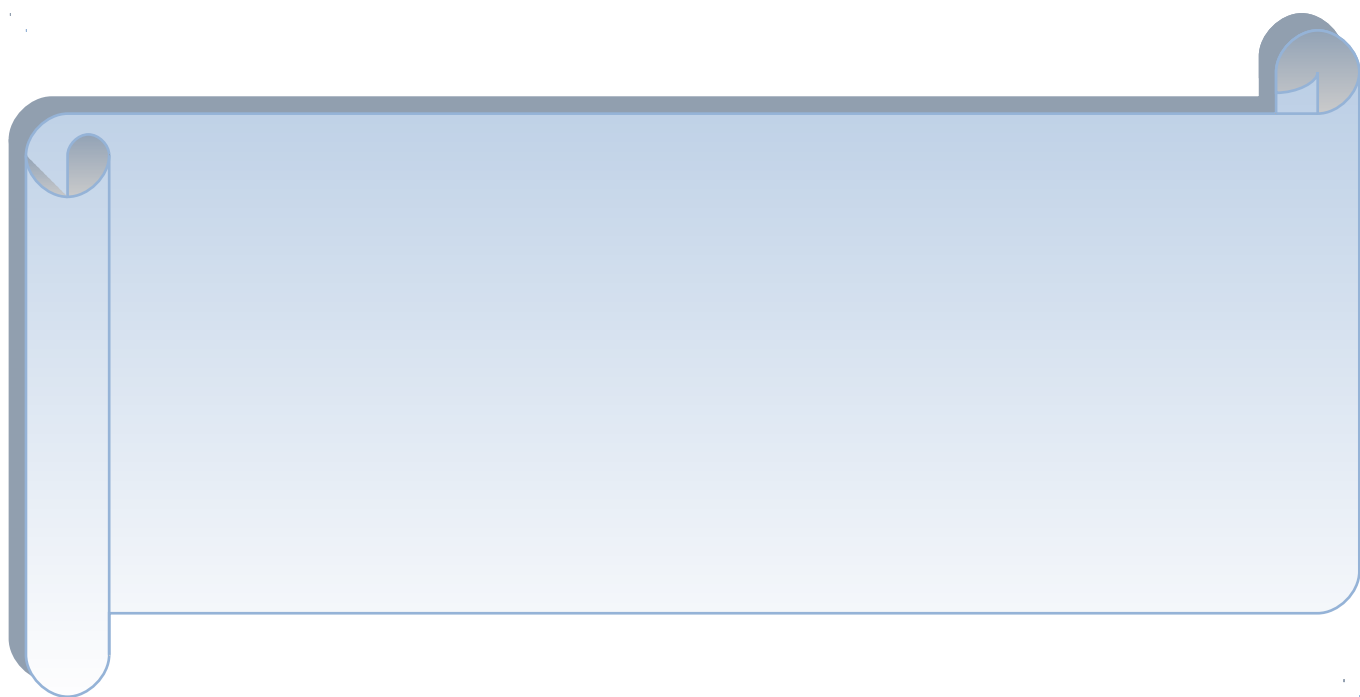
Les changements de molécules dans les prescriptions, s'ils intervenaient, étaient dus essentiellement à des ruptures de stock (81,3%) suivi des effets secondaires. Parmi les facteurs associés à une bonne observance, on peut citer la compréhension et le respect de la posologie, le respect des intervalles de prises, l'assistance du patient, son assiduité dans le traitement etc....

Les cas d'inobservance majeure déclarés par les patients avaient pour noms « l'oubli et l'accès difficile aux traitements pour les patients venants de l'intérieur du pays».

MALLE Adama [64] s'est intéressé aux patients infectés par le VIH-1 sous traitement antirétroviral avec « Triomune® » dans le service des Maladies infectieuses du CHU du Point G. Il s'agissait d'une étude prospective et descriptive de 12 mois du 1^{er} janvier au 31 décembre 2006. L'objectif général était d'évaluer l'efficacité et la tolérance de la « Triomune® ». La classe d'âge de 26-36 ans était la plus représentée soit 44,1 %. Le sex-ratio était de 1,85 en faveur des femmes. La majorité des patients avait consulté pour candidose, fièvre au long cours, toux chronique et diarrhée chronique. Il a constaté que seulement 8,2% des patients étaient encore symptomatiques après 12 semaines

de traitement. Le poids moyen de patient a augmenté de 3,7 kg. Le gain moyen de CD4 après 12 semaines de traitement a été de 45 cellules/mm³. Il n'a pas manqué de souligner que les effets secondaires étaient également au rendez-vous chez 25,2 % des cas et graves dans 17 %. Ce qui a d'ailleurs motivé l'arrêt du traitement chez 7,4 % des patients. La mortalité quant à elle a été de 2,9 %.

ZOUMANA KOTY [65] a étudié les conséquences de l'itinéraire médical des PVVIH sur le traitement du VIH/SIDA au service des maladies infectieuses du CHU du Point G. Il a noté qu'à leur arrivée, sur 152 patients à sérologie positive au VIH, la plupart étaient à un stade avancé de la maladie (soit 52,6 % au stade C), avec un déficit immunitaire sévère (48,6 % avaient un taux de CD4 inférieur à 100 cel/μl). L'automédication, le traitement traditionnel et la médecine conventionnelle (toute structure confondue) ont été fréquentés par la majorité des patients soit respectivement 51,3 % ; 80,3 % ; 82,9 %. Ils ont conclu que la majorité des malades arrivaient à l'hôpital à un stade clinique avancé avec un déficit immunitaire sévère. Ceci réduisait l'efficacité du traitement VIH/Sida et assombrissait le pronostic vital.



VI- META-ANALYSE DES THESES SUR LA PRISE EN CHARGE DES PVVIH ET DU SIDA

Chaque année, de nombreuses thèses sont soutenues sur le VIH. Il nous a donc paru nécessaire d'aborder l'aspect prise en charge de la pathologie.

Selon les caractéristiques sociodémographiques, la moyenne d'âge d'enfants infectés par le VIH se situait aux alentours de 5 ans ce constat est fait par beaucoup d'auteurs en l'occurrence **Ledru [66], Agbere et al [67], Coulibaly**

D. [48], Belemou [68] ceci s'est expliqué par le fait que le programme de PTME n'a commencé qu'en 2001 et donc ces mères n'ont pas reçu de prophylaxie antirétrovirale.

Le sexe ratio était en faveur des garçons comme l'indiquent dans leurs études **Diarra B. [69], Chaiboun M. [70], Coulibaly D. [48], Belemou [68], Cissé [71]**.

Bamako était la région de résidence de la plupart des enfants compte tenu du fait que le service de pédiatrie soit le seul site de prise en charge des enfants séropositifs. En outre nous y ajouterons que le fait que Bamako ait une forte prévalence de VIH soit 2% selon l'EDS-M IV expliquerait ce résultat. Les orphelins d'au moins un parent tournaient autour de 47%, même constat pour **Agbere et al [67] et Belemou [68]**.

Les femmes enceintes avaient une moyenne d'âge autour de 28,9ans dans les études de **Bagayoko [34]** et de **MODY Cissé [33]**, par contre **Seydou SOGOBA [23]** trouvait un âge moyen de 26ans de même que **Yacine A [72]** ce qui était au dessus de celui trouvé par **DIALLO et al** en Guinée qui a été de 24,5ans. Des études similaires faites en 1992 sur les femmes enceintes de Bamako et de Sélingué **[73]** trouvaient que plus de 70% des cas VIH positif se trouvaient dans la tranche d'âge 17-37ans.

MAIGA M. Y. au Mali **[74]** et **TRAORE [75]** trouvaient aussi des résultats similaires.

Ces femmes enceintes étaient mariées pour la plupart en témoignaient les études menées par **Bagayoko [34]** et **Niaboula [31]** au Mali ; **Yacine [72]** en faisait le même constat au Bénin.

La monogamie était de coutume au sein des foyers [76 ; 77], cependant **Yacine** [72] à Cotonou trouvait que les polygames sont les plus touchés. Le taux d'illettrisme chez ces femmes était élevé ce qui a certainement joué un rôle prépondérant dans la compréhension et l'adhésion des femmes aux activités de PTME. Une forte prévalence a été retrouvée à Bamako, ceci ne fait que confirmer les résultats de la prévalence des anticorps anti-VIH positif en 1992 [73].

Concernant les adultes, la tranche d'âge 25-34 ans était la plus atteinte en confirme une étude de l'ONUSIDA [78] et des études menées par **Saliou** [79] au Mali, **Catherine** en république de côte d'ivoire [80] et OUEDRAOGO au Burkina-Faso [81].

Au Togo, selon les statistiques officielles, la tranche d'âge particulièrement touchée par la pandémie reste les 20-39 ans avec une forte prédominance féminine [2]. Les personnes infectées par le VIH-2 ont tendance à être plus âgées [82]. **Poulsen et al** stipulent que les sujets âgés de 45 ans et plus présentaient un risque plus élevé de séroconversion pour le VIH-2 que les adultes jeunes [83]. Cependant, une étude réalisée au Sénégal par **N'DOUR** ne rapportait aucune relation significative entre l'âge et le type de VIH [84]. Les femmes ont été les plus atteintes sur l'ensemble des études, le rapport de l'ONUSIDA relatait que la moitié des nouvelles infections à VIH dans le monde se déclare chez les 15-24ans et deux tiers (2/3) des jeunes séropositifs vivent en Afrique Subsaharienne et 75% sont des jeunes filles [3]. Cependant, **Tall** [85] trouvait une prédominance des hommes. Le taux d'illettrisme au sein de cette population était élevé [86];

Les ménagères étaient plus atteintes côté femmes et côté homme, il s'agissait le plus souvent du secteur informel. La plupart des patients résidait à Bamako sur l'ensemble des études effectuées au Mali, **Goré [87]** en Côte d'Ivoire trouvait une similitude à Abidjan.

Selon les caractéristiques socio-économiques, la majorité des PVVIH recrutées était dans l'inactivité, de plus, il a été signalé que certains PVVIH après déclaration de leur statut sérologique peuvent être victimes d'exclusion pouvant aboutir à la perte de leur travail. Une étude réalisée au Bénin montrait que les ménages seraient enclin à délaisser certaines spéculations notamment les cultures de rente.

En outre, les ménages affectés auraient une production significativement plus faible que les ménages non affectés. En égard à ces résultats, il est nécessaire d'identifier de nouveaux systèmes de production qui seraient à la fois économique, à forte productivité, peu exigeants en force de travail et à haute valeur nutritionnelle pour être adapté aux conditions des ménages affectés par le VIH/Sida [13].

Les PVVIH ne participaient pas aux groupes associatifs ce qui était pourtant un réseau d'échanges, de compréhension, de compassion et de soutien. Une étude faite au Bénin sur les orphelins enfants vulnérables (OEV) a permis de renforcer les liens de solidarité entre les membres de l'association et les OEV et favoriser de bonnes relations pour des fréquentations. Cette prise en charge a permis également aux OEV de s'initier à la présentation [13].

L'association des PVVIH peut permettre entre autre de souligner les difficultés éprouvées par les PVVIH dans la prise en charge afin que les acteurs impliqués tiennent compte de leurs suggestions.

C'est ainsi que des associations de PVVIH mentionnaient des difficultés face aux prises de traitement soulignant la complexité des régimes thérapeutiques alliant un nombre important de comprimés, des prises répétées dans la journée, un respect des intervalles de prises et l'existence de contraintes alimentaires et hydriques [88].

Selon les caractéristiques cliniques, le VIH1 était le type le plus fréquent [89 ; 77 ; 34 ; 20 ; 90 ; 67 ; 70 ; 63]. Les motifs d'hospitalisation et de consultation principaux du VIH étaient respiratoires et la distribution des signes cliniques a été identique dans les deux groupes de VIH [91; 92].

La candidose digestive a été l'infection opportuniste la plus fréquente. La voie verticale a été le mode de contamination par excellence de la plupart de ces enfants, ce résultat étant en accord avec ceux trouvés au Brésil (60%), au Zaïre (61%), au Congo (65%), au Burkina-Faso (57,6%), au Togo (40à60%) et celui de **Belemou** [68] qui trouvait un taux de 68,8%.

Cependant, ce taux était de 20à 30% au Maghreb selon les études d'**A. El Madani, A. Pelza et coll.** [93] et de 20 à 22% selon une enquête Française. L'allaitement artificiel était accepté par les futures mères et était appliqué en général, mais ce mode d'alimentation est source de rejet et de stigmatisation sociale [86].

Il est aujourd'hui primordial de développer une prévention et une prise en charge globale spécifique pour les femmes enceintes ou allaitant car ces deux actions conjuguées permettent une baisse significative du risque de transmission (30 à 5%).

Inciter et faciliter l'allaitement artificiel est un enjeu au Mali.

A Cotonou, dans une étude dans le cadre de la PTME, les mères des enfants après le dépistage ont été mises sous prophylaxie au Cotrimoxazole à raison de 960mg/jour plus la NVP 200mg dose unique prise en début de travail d'accouchement (au moins 4 heures avant l'accouchement) et les enfants à la naissance sous NVP dose unique 2mg/kg. Pour cette étude aucun enfant n'a été testé séropositif au VIH, ce qui a permis de connaître l'efficacité de cette méthode de prévention de la mère à l'enfant. La PTME reste et demeure jusqu'à aujourd'hui la meilleure stratégie pour réduire la transmission mère-enfant [13].

En outre, l'UNICEF lors de la journée de l'enfant Africain en 2009 avançait :

«Les services et pratiques essentiels nécessaires pour éviter le décès d'enfants en Afrique comprennent entre autres l'amélioration des soins prénatals et la présence d'un soignant qualifié à l'accouchement ; l'allaitement exclusif au sein, très rapidement après la naissance suivie d'une alimentation d'appoint appropriée, l'immunisation contre les maladies de l'enfance que l'on peut prévenir par un vaccin. Une nutrition adéquate, une protection contre le paludisme et un traitement contre cette maladie; le traitement des mères et des enfants qui vivent avec le VIH et la prévention de la transmission des installations sanitaires et de meilleures pratiques d'hygiène. En combinant ces interventions et en les dispensant aux enfants et aux mères dans le cadre d'un continuum de soins, on améliore leur efficacité» [94].

En République démocratique du Congo, le protocole national de la PTME préconise l'administration de la Névirapine à la mère en début de travail et au nouveau-né dans les minutes qui suivent son accouchement et ces mères doivent respecter l'allaitement exclusif jusqu'à six mois, suivi d'un sevrage brusque. Le respect de l'exclusivité de l'allaitement des enfants nés de mères VIH positif protège ces derniers du risque de transmission mère-enfant du VIH mieux que ceux qui reçoivent une alimentation mixte et les enfants qui sont

soumis à un allaitement exclusif jusqu'à six mois développent moins de maladies de l'enfance par rapport à ceux qui sont sous alimentation artificielle [95]. Les pères n'ont pas fait leurs sérologies pour la plupart d'entre eux, les mères étaient de sérologie VIH-positive en général [96; 67] et le statut sérologique entre couple n'était pas partagé. C'est dans cette optique que, le 29 Juin 2006 a été promulgué la loi de « l'annonce aux conjoints et partenaires sexuels qui dit : « Toute personne vivant avec le VIH est tenue d'annoncer son statut sérologique au VIH à son conjoint ou partenaire sexuelle plus tôt possible. Ce délai ne peut excéder six semaines révolues à compter de la date où elle a eu connaissance de son statut sérologique au VIH ». Cette loi pourrait contribuer à diminuer la propagation de l'infection entre couples.

Les femmes au foyer seraient plus exposées à l'infection soit par ignorance, soit par manque d'information sur la maladie et les mesures de protection. Ceci justifie des campagnes de sensibilisation pour dépistage volontaire au sein des couples et la mise en place des procédures pour amener le conjoint ou la conjointe infecté(e) à partager son statut sérologique avec son partenaire. S'il y a partage du statut sérologique, les couples éviteront les comportements susceptibles de propager l'infection en leur sein [13].

La Cryptococcose associée à l'infection par le VIH grève la mortalité liée au sida en Afrique Noire. La sécheresse cutanée et l'eczéma aggravent la morbidité associée à l'infection au VIH/Sida et altèrent la qualité de vie des patients infectés par le VIH [13].

Selon les régimes thérapeutiques appliqués, la trithérapie a été généralisée.

Aujourd'hui, plus de 80% des patients pris en charge reçoivent une trithérapie et au moins les trois-quarts d'entre eux ont une charge virale indétectable dans le

plasma. La conséquence en est la diminution constante du nombre de nouveaux cas de sida et l'infection passe du statut de maladie rapidement mortelle à celui d'une affection chronique [97].

Les données scientifiques démontrent que la pleine efficacité des traitements se situe autour d'une prise d'au moins 95% des molécules antirétrovirales prescrites pour maintenir la suppression de la réplication virale (charge virale plasmatique maintenue en dessous d'un seuil de détection de 40 copies/ml). Ce taux est bien au-dessus des 60 à 80% habituellement rapportés dans la littérature sur l'observance dans différentes maladies chroniques [98].

Chez les enfants VIH positif, le régime thérapeutique 2INTI+1IP était le plus utilisé dans les études, chez les femmes enceintes VIH positif c'était également le même schéma qui a été préconisé [35; 34] au cours de la grossesse.

Pour tout patient suivi durant la période d'étude l'évolution clinique et l'observance étaient bonnes ce qui justifie de plus le fait que la mise en route d'un traitement antirétroviral doit être préparé par un travail multidisciplinaire pour optimiser l'adhésion au traitement [96] en l'occurrence la maîtrise des facteurs psychosociaux et l'éducation thérapeutique.

CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

VII- CONCLUSION :

L'infection à VIH est un problème majeur de santé publique et sa prise en charge est difficile. Chez les femmes enceintes, la multiplication des consultations prénatales est la condition nécessaire à une surveillance de la grossesse et un dépistage précoce de toute anomalie de son déroulement ; que ces futures mères aient l'information nécessaire et la thérapie appropriée pour épargner à l'avenir un pronostic sombre de leurs progénitures. Sans aucun doute, à l'heure actuelle, la vaccination la plus efficace contre le sida demeure l'éducation. Il n'y a pas de maladie honteuse que de mort honteuse. Il y'a une menace contre la société et c'est à la société toute entière de se mobiliser pour la combattre et en triompher. Ce triomphe demeurera la découverte du vaccin, l'arme tant recherchée pour l'anéantir. Mais en imaginant un temps soit peu la présence de ce vaccin dans le monde, quelles seraient les attitudes et pratiques des jeunes face à la sexualité?

RECOMMANDATIONS

Au ministère de la famille

- Soutenir financièrement et techniquement les ONG et groupes communautaires dans leurs efforts de répondre aux besoins sociaux créés par le VIH/Sida en leur apportant les infrastructures nécessaires à la sensibilisation de masse, la nutrition et les frais de prise en charge des PVVIH.
- D'encourager périodiquement ces diverses initiatives par les médias et la presse afin d'inciter d'autres bayeurs de fonds à l'initiative.

Au ministère de la santé et organismes impliqués dans la lutte contre le VIH/Sida

- Réduire ou prévenir la stigmatisation et la discrimination à l'égard des personnes vivant avec le VIH/Sida et ce par une éducation orientée selon trois perspectives : éduquer le public, les professionnels de la santé et les groupes cibles.
- D'accroître l'information à travers des panneaux publicitaires dans des langages et les méthodes les plus appropriés.
- Fournir une aide alimentaire aux personnes vivant avec le VIH/Sida.
- Développer des programmes de soutien aux enfants vulnérables et/ou orphelins.
- Développer des systèmes appropriés et efficaces de référence entre les services d'assistance sociale et les autres services de soins et prise en charge.

- D'accompagner psychologiquement les personnes infectées par le VIH à déclarer leur statut sérologique à leur partenaire sexuel dans la dite limite selon la loi du 29 juin 2006.

Au ministère de l'éducation

- D'encourager les enseignants du primaire à parler de la sexualité aux jeunes dès la puberté et des risques encourus.

Aux autorités sanitaires

- Accroître le personnel qualifié pour la prise en charge des personnes vivant avec le VIH/Sida.
- Accroître les moyens d'intervention et de communication entre soignants et population.

Au personnel de santé

- Promouvoir l'accueil à l'égard de la population.
- Respecter les principes éthiques et déontologiques de la pratique médicale.

RéFéRENCES

RÉFÉRENCES :

RÉFÉRENCES DU DOCUMENT :

1- Gentilini M. DUFLO. B.

SIDA Tropical in Médecine Tropicale, 1986 ; 928P.

2- LOLA AKOMATSRI

Lutte contre le VIH/SIDA : une politique nationale peu ambitieuse. 2010

3- MAIRIE DE PARIS/DELEGATION GENERALE AUX RELATIONS INTERNATIONALES/DIRECTION DE L'ACTION SOCIALE DE L'ENFANCE ET DE LA SANTE.

Lutte contre le SIDA en Afrique, les actions de la ville de Paris 2006 ; 49P

4- PICHARD E, GUINDO A, GR E G, FOFALAYI, OSSETET

KONARE B, et al

L'infection par le virus de l'immuno déficience humaine (VIH) au Mali Med Trop 1988, 48, 345-349.

5- ONUSIDA 2009

Le point sur l'épidémie mondiale du SIDA. décembre 2009, Genève 2009.

www.unaids.org consulté le 24 Avril 2010

6- Direction nationale de la santé / Ministère de la santé/ Mali : Enquête démographique de santé Mali IV (EDS IV /MALI), 2006.

7- PICHARD E et al.

Malintropie Afrique : Manuel de maladies infectieuses pour l'Afrique ; infection par le VIH et le SIDA. Masson, Paris, Mai 2002, p589.

8- CSLS/Ministère de la santé

Cadre stratégique National de lutte contre le VIH/SIDA au Mali 2006-2010.

Mali 2006-2010 ; 55p. 24-26.

9- ONUSIDA :

Point sur l'épidémie SIDA Décembre 2005

10- ONUSIDA :

Résumé d'orientation 2004, Rapport sur l'épidémie mondiale du SIDA quatrième rapport mondial.

11- Ministère de la santé, cellule de coordination du comité sectoriel de lutte contre le SIDA.

Politique et protocoles de prise en charge antirétrovirale du VIH et du SIDA;
Juin 2010, 81P.

12- Actualités VIH :

<http://www.irinnews.org/fr/> COnsulté le 20Mars 2011.

13- PNLS, CNLS

2èmes journées scientifiques Béninoises sur le VIH, le SIDA et les IST. 114P.

14- ANONYME

Discrimination et stigmatisation : Plus qu'une réalité pour les personnes vivant avec le VIH/Sida.

15- Sogoba M, Diallo B, Dembélé O, Sidibé F .

Evaluation de la qualité des soins à l'hôpital de Sikasso. Bamako ; ANEH.
Janvier 2006

16- OMS .

Soins novateurs pour les affections chroniques ; Genève 2003

17- Yeni P .

Prise en charge médicale des personnes infectées par le VIH/SIDA, France :
Médecine Sciences Flammarion 2006 ; 348p

18- Alexandra G :

Evaluation Médicale des soins hospitaliers. Paris : Ed. Economica 1992, 213p

19- Kamissoko M.

Qualité de la surveillance prénatale au centre de santé communautaire de Kalabancoro zone périurbaine de Bamako ; Thèse Méd ; Bamako Mali 2003 N°87

20- DONABEDIAN A.

The criteria and standards of quality, in Explorations in quality assessment and monitoring, vol II. Health Administration Press, Ann. Ann., Michigan, 1982, chap8.

21- Jacqueline Brun .

Qualité des soins. Paris ; collection H, 1996 ; 156p

24- HAAK Flaskerud J., Ungvarski, P.J.

HIV/SIDA, le guide de l'équipe soignante, Edition Bayard, Paris 1994, 572 pages.

25- Félix Atchadé et Ann Spencer.

VIH/SIDA et droits de l'homme en milieu médical Sénégalais. Rapport d'un atelier tenu à Dakar, 18-19 juillet 2001 ; 68p

26- Organismes sida :

http://www.fasonet.bf/hebdo/actualite2/hebdo241/grosplanmalisida_241.htm

consulté le 4 Avril 2011.

27- OMS : Département du VIH/Sida

Nouvelles recommandations OMS.

30 Novembre 2009. [http //www.who. Int/hiv](http://www.who.int/hiv)

66-LEDRU E, ZICARD J M, TALL F R, CUNTIS V, CESZOUMA R, TOURE S, ROCHEAN A J P, CHRION MERTES TH.

Prévalence de l'infection VIH chez les enfants hospitalisés à BOBO et étude d'une définition clinique. VIIIe conférence internationale sur le SIDA en Afrique et VIIIe conférence internationale sur les MST.

Th. OP.- P226.

67- AGBERE A, BASSUKA- PARENT A et Col.

«Sida de l'enfant dans le service de pédiatrie du CHU-TOKOIN, LOME (TOGO) : aspects cliniques et épidémiologiques»

Péd, Méd, Afr, 1994 ; 41 : 693-697.

71- CISSE L, OREGA M, NIANGUE B et Col.

Tuberculose et infection VIH de l'enfant hospitalisé à Abidjan. A propos de 56 cas.

Pub, Méd, Afr : 1999 ; N°4, 228-233.

73- MAIGA M, TURCOTTE F, DOUCOURE A, SANOGO B, SIDIBE D, DICKO I A :

Comité SIDA MALI. Séroprévalence des AC contre le VIH chez les femmes enceintes de

BAMAKO et de Sélingué

Med Afr Noire 1992 ; 39 (2).

78- ONUSIDA/OMS

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

81- OUEDRAOGO M, BAMBARA M, ZOUDBA AZ, OUEDRAOGO SM, BIRBA ET AL

Intérêts et contraintes des traitements ARV dans un pays en voie de développement Med Trop 2001 ; 48 : 321-3

82- ALATRAKCHI N, DAMOND F, BERETTA-TEMPELHOFF S, ET AL. "Influence of proliferative, IFN-gamma and IL- 2- producing T- cell Responses to HIV-2 in Untreated HIV-2 Infection", AIDS 2006 ; 20 (1) : 29-34.

83- VAN DER ENDE ME, PRINS JM, BRINKMAN K, KEUTER M, VEENSTRA J, DANNER SA, ET AL.

Clinical, immunological and virological reponse to different antiretroviral regimens in a cohort of HIV-2 infected patients.

AIDS 2003; 17 (suppl3): 55-61.

84- WOROBEY M, SANTIAGO ML, KEELE BF, NDJANGO JB, JOY JB, LABAMA BL, DHED'A BD, RAMBAUT A, SHARP PM, SHAW GM, HAHN BH.

Origin of AIDS: contaminated polio vaccine theory refuted.

Nature 2004 ; 428 : 6985-820.

86- LAPORTE A.

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

88- JEROME FOUCAUD, JACQUES A. BURY, MARYVETTE BALCOU-DEBUSSCHE, CHANTAL EYMARD

Education thérapeutique du patient, Modèles, Pratiques et Evaluation, Edition Anne-Sophie Mélard, 42p.

92- KM. DE COCK, G. ADJORLOLO, E. EPKINI, T. SIBAILLY, J.KOUADIO, M. MARAN, K. BRATTEGAARD, K. VETTER, R. DOORLY, H. GAYLE. Spécificité immunologique du VIH-2. JAMA 1993; 270: 2083-2086.

93- A. EL MANDANI, A. BEZZA, L. EL HARIM, M. JORIO, A. EL MALKITAZI.

Le SIDA chez l'enfant à propos de 5 observations.
Service d'infectiologie Pédiatrique-Hôpital d'enfants Rabat.
Maghreb Médical- N°287- Janvier 1995.

94- SIDACTION

<http://www.reliefweb.int/> consulté le 20 Mars 2011

95- PNLS.

Manuel de suivi et évaluation. 172p

96- A. DIACK M'BAYE, H. SIGNATE SY, NR DIAGNE GUEYE, A. BA, A. SYLLA, S. DIOUF, I. DIAGNE, M. SARR, H. D. SOW.

Aspects épidémiologiques et cliniques de l'infection à VIH de l'enfant au centre hospitalier national d'enfants Albert Royer à Dakar.

Archives de pédiatrie 2005 ; 12 : 404- 409

97- PATRICK YENI.

Points forts et Recommandations

Extraits des Recommandations du Groupe d'Experts Rapport 2008

«Prise en charge médicale des personnes infectées par le VIH ; 32p

98- TARQUINIO C., FISCHER G. N., BARRACHO C.

Le patient face aux traitements: compliance et relation médecin-patient. In : Fischer G.- N. Traité de psychologie de la santé. Paris : Dunod, 2002 : p. 227-245.

RÉFÉRENCES DES THÈSES ÉTUDIÉES

22- Traoré C. :

Evaluation de la qualité de l'anesthésie à l'hôpital Gabriel Touré ; Thèse Méd ; Bamako Mali, 2006, N°98

23- SEYDOU SOGOBA.

Prise en charge de l'infection à VIH/SIDA sur grossesse dans le service de gynéco-obstétrique de l'hôpital Nianankoro-Fomba de Ségou.

Thèse Méd ; Bamako, 2008.- 88p ; n°576.

28- HALIDOU MOUSSA

Prise en charge des enfants sous A.R.V dans le service de Pédiatrie de l'hôpital Gabriel Touré du 1^{er} Décembre 2001 au 31 décembre 2005. Thèse Méd ; Bamako 2008 ; 104p;n°23

29-MICHEL SAMAKE

Infection VIH de l'enfant : Aspect clinique et bilan de seize mois de prise en charge des cas par les antirétroviraux à la pédiatrie du centre hospitalo-Universitaire Gabriel Touré. Thèse Méd ; Bamako 2004 ; 114p;n°30

30-CHEICK PAPA OUMAR SANGARE

Infection de l'enfant « Aspects cliniques et bilan de six mois de prise en charge des cas par les antirétroviraux à la pédiatrie du centre hospitalo-Universitaire Gabriel Touré. Thèse Méd, Bamako 2003 ; 99p ; n°78

31- NIABOULA K.

Bilan de cinq années de prise en charge des enfants nés de mères séropositives dans le service de pédiatrie à HGT.

Thèse Méd ; Bamako, 2006, 363 ; 52-73.

32 - DEMBELE ISSIAKA :

Aspects psychosociaux de l'infection VIH/SIDA de l'enfant au service de pédiatrie de l'hôpital Gabriel Touré, Thèse Med, Bamako Mali, 2007; n°110 ; 81p.

33- MODY CISSE.

Suivi de la prise en charge des femmes enceintes séropositives au VIH sous traitement ARV dans le cadre de la PTME dans le service de Gynéco-obstétrique au CHU Gabriel Touré de janvier 2006 0à juin 2007.

Thèse Pharm, Bamako 2008 ; 81p ; n°63.

34- BAGAYOKO A.

Evaluation de la prise en charge de la femme enceinte VIH positive à l'hôpital Gabriel Touré.

Thèse Méd, Bamako 2004 ; 48p ; n°68.

35- DAOUDA DOUMBIA

Prévention de la transmission mère-enfant du VIH de Janvier 2002 A Décembre 2005 dans le service de Gynéco-obstétrique du CHU Gabriel Touré.

Thèse Méd, Bamako 2008 ; 119p ; n°121.

36-TILEUK WELAMEUK VICTORINE

Evaluation de la prise en charge décentralisée des PVVIH au niveau de l'USAC de la commune V du district de Bamako à propos de 199 cas. Thèse Méd ; Bamako 2008 ; 121p ; n°337.

37- DJIBRIL BARRY

Qualité de la prise en charge des PVVIH dans le service de médecine de l'hôpital de Sikasso. Thèse Méd ; Bamako 2008 ; 74p ; n°303.

38- SANABA KARAMOKO TOURE

Prise en charge des PVVIH : cas de l'initiative Malienne d'accès aux antirétroviraux. Thèse Pharm, Bamako 2002 ; 95p ; n°51

39- OINARGOUM ALIMATA KEITA

Etude épidémio-clinique et prise en charge des infections cutanéomuqueuses chez les patients vivant avec le VIH dans trois centres de Bamako (Mali). Thèse Méd ; Bamako 2005 ; 92p ; n°241.

40-DESSY SOGODOGO

Epidémiologie, clinique et prise en charge des patients. Thèse Méd ; Bamako 2008 ; 85p ; n°513.

41 - YOUSOUF FOFANA

Coût de la prise en charge du VIH/Sida à Bamako et dans cinq régions du Mali en 2004. Thèse Méd ; Bamako 2004 ; 97p ; n°206.

42 - NIANGALY SEKOU :

Evaluation de la dispensation des antirétroviraux chez les patients suivis à l'hôpital Somine Dolo de Mopti, Thèse Pharm, Bamako Mali, 2007 ; n°61 ; 74p.

43 - SANOGO OUSMANE :

La dispensation des antirétroviraux à l'hôpital régional Nianankoro FOMBA de Ségou, Thèse Phar, Bamako Mali, 2007 ; n°38 ; 74p.

44- Souleiman Nour Ayeh :

Etude bibliographique des thèses sur le VIH en 2007, Thèse Méd ; Bamako 2007 ;109p.

45- Salif Mohammed Traoré :

Etude bibliographique des thèses réalisées sur le VIH/SIDA à la FMPOS de Janvier 2005 à Décembre 2006, Thèse Méd ; Bamako 2007 ; n°183 ; 111p.

46- IDRISSA. B. A.

La trithérapie antiretroviral au cours de l'infection par le VIH de l'adulte Novembre 2001- Juin 2004. Thèse Méd, Bamako, 2005; n°221

47- KEITA. O. A.

Etude intégrée sur la prévalence des IST/VIH et des comportements sexuels de cinq populations cible au Mali. Thèse Méd, Bamako , 2005 ; n°77

48- COULIBALY.D. M.

« Séroprévalence de l'infection par le VIH/SIDA chez les scolaires et universitaires âgés de 15 à 25 à Bamako, Koulikoro et Sikasso. Thèse Pharm, Bamako, 2006, n°52

49- KABA. K.

Prévalence des infections opportunistes au cours du sida dans le service des maladies infectieuses au CHU du point g de 2004 à 2005. Thèse Méd ; Bamako, 2006 ; n°179

50- JACQUES. Z.

Fréquence des manifestations psychiatriques chez les personnes vivant avec le VIH à l'hôpital du Point G. Thèse Méd : Bamako, 2006; n°38

51- NOUTACKDIE J. L.

Etude des infections urinaires bactériennes chez les patients immunodéprimés au VIH dans le service des maladies infectieuses du CHU du Point G. Thèse Méd, Bamako , 2006 ; n°16

52- COULIBALY.D. M.

« Séroprévalence de l'infection par le VIH/SIDA chez les scolaires et universitaires âgés de 15 à 25 à Bamako, Koulikoro et Sikasso. Thèse Pharm, Bamako, 2006, n°52

53- SANGARE. S.

Etude des dermatoses inflammatoires et tumorales observées chez les

patients vivant avec le VIH dans trois centres de Bamako. Thèse Méd,
Bamako, 2005 ; n°187.

54- CISSE. H.

Aspect clinique et évolutif de la maladie de Kaposi chez les patients infectés par le VIH/SIDA en milieu Hospitalier. Thèse Méd, Bamako, 2006 ; n° 78

55- ASSA : KOFFI ERIC

Dispensation des antirétroviraux en Afrique : l'expérience ivoirienne :
Thèse Pharm, Bamako, 2005; n° 62.

56- CHEUFFA Y. D.

Toxicité hématologique des antiretroviraux des personnes vivant avec le VIH dans les services de médecine interne et des maladies infectieuses de l'hôpital du Point G. Thèse Méd, Bamako, 2005 ; n° 107.

57- SAMAKE. F.

Les effets secondaires de la trithérapie antiretrovirale au cours de l'infection par le virus de l'immunodéficience humaine de l'adulte. Thèse Méd ;
Bamako, 2005 ; n°220

58- SIBY MARIAME

Suivi de l'observance des patients aux traitements antirétroviraux de janvier à Août 2005. Thèse Pharm, Bamako, 2006 ; n°37.

59- HAIDARA. R.

Etude de l'observance aux antirétroviraux dans le service des maladies infectieuses à l'hôpital national du Point G, à propos de 270 cas. Thèse Méd,

Bamako, 2006; n°297

60- TRAORE Barkissa dite N’Gnio

Connaissances et comportements face au VIH/SIDA en milieu scolaire.

Thèse Méd, Bamako, 2006; n°212.

61- Mme KEITA Née THIAM Paimda

Les changements des schémas thérapeutiques au cours du traitement antirétroviral de l’infection par le VIH. Thèse Pharm, Bamako, 2006; n°38;

62- COULIBALY SEKOU

Evaluation d’un test de dépistage rapide VIH/VHB/VHC combiné et d’un test VIH unique rapide (Mirawelle). Thèse Pharm, Bamako, 2006; n°26

63- DIAMOUTENE. A.

Evaluation de l’observance du traitement antiretroviral au centre hospitalier universitaire du point G. Thèse méd, Bamako, 2006 ; n°47

64- MALLE ADAMA : Efficacité et tolérance de la « Triomune » : bilan de trois mois de suivi dans le service des Maladies Infectieuses du CHU du Point G, Thèse Med, Bamako Mali ,2007 ; n°242 ; 94p.

65- KOTY ZOUMANA : Itinéraire thérapeutique des patients atteints de VIH/SIDA admis au service des maladies infectieuses du CHU du Point G, Thèse Med, Bamako Mali ,2007 ; n°217 ; 85p.

68- BELEMOU B.

Les manifestations respiratoires du SIDA Pédiatrique au CHU-GT à propos de 141 cas.

Thèse Méd ; Bamako, 2002 ; 112p ; n°33.

69- DIARRA D.

Enquête sero-épidémiologique du SIDA de Mars 1987-Janvier 1987 dans les grands centres urbains du Mali.

Thèse Méd ; Bamako : 1989 ; 64p ; n°19.

70- CHAIBOU M.

Le SIDA pédiatrique à propos de 16 cas colligés dans le service de pédiatrie de l'hôpital Gabriel TOURE de Mars 1999-Mars 1991.

Thèse Méd ; Bamako, 36- M- 1992.

72- YACINE M.

Evaluation de la mise en œuvre de la PTME du VIH à l'hôpital mère-enfant «LAGUNE» de Cotonou au Bénin.

Thèse Méd ; Bamako : 2005, 96 ; 20-45.

74- MAIGA M.

Problématique de la migration des MST et du SIDA dans la région de Sikasso.

Thèse Méd ; Bamako 1999.

75- TRAORE S O.

Contribution à la l'étude de la séroprévalence anti-VIH chez les groupes à risque à BAMAKO.

Thèse Méd ; Bamako, 1987

76- GUINDO A.

Etude de la prévalence des principaux agents pathogènes responsables de MST /SIDA dans une population de femmes en âge de procréer dans le centre de santé de la commune II district de BAMAKO.

Thèse Pharm; Bamako 1994

77- 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 en République du Mali. Thèse Pharm ; Bamako 1999 ; 60 : 96.

79- SALIOU M

Suivi clinique et biologique des patients sous ARV à l'hôpital du point G. Thèse Méd, Bamako 2004 ; n°27.

80- CATHÉRINE S ; ANGLARE X ; DOUKOURI. DOGBO N. SALOMON R : Etude de la morbidité des adultes infectés par le VIH recevant un traitement antirétroviral dans la cohorte 1203 ANRS Abidjan, RCI in CISMA, Burkina-Faso.

85- TALL M.

Projet pilote d'intervention visant à freiner la propagation des MST/SIDA dans un groupe à haut risque dans le district de Bamako. Thèse Méd ; Bamako 1988.

87- GORE-BI :

Suivi de la dispensation des antirétroviraux au service des maladies infectieuses et tropicales du CHU de Treichville d'octobre 1998 en Décembre 2000. Thèse Pharm; Abidjan, 2001.

89- TRAORE D

Valeur pronostique des affections cutanéomuqueuses au cours du VIH/SIDA dans les services de médecine interne et d'hémo-oncologie de l'hôpital national du point G. Thèse Méd ; Bamako 2000, 00M41.

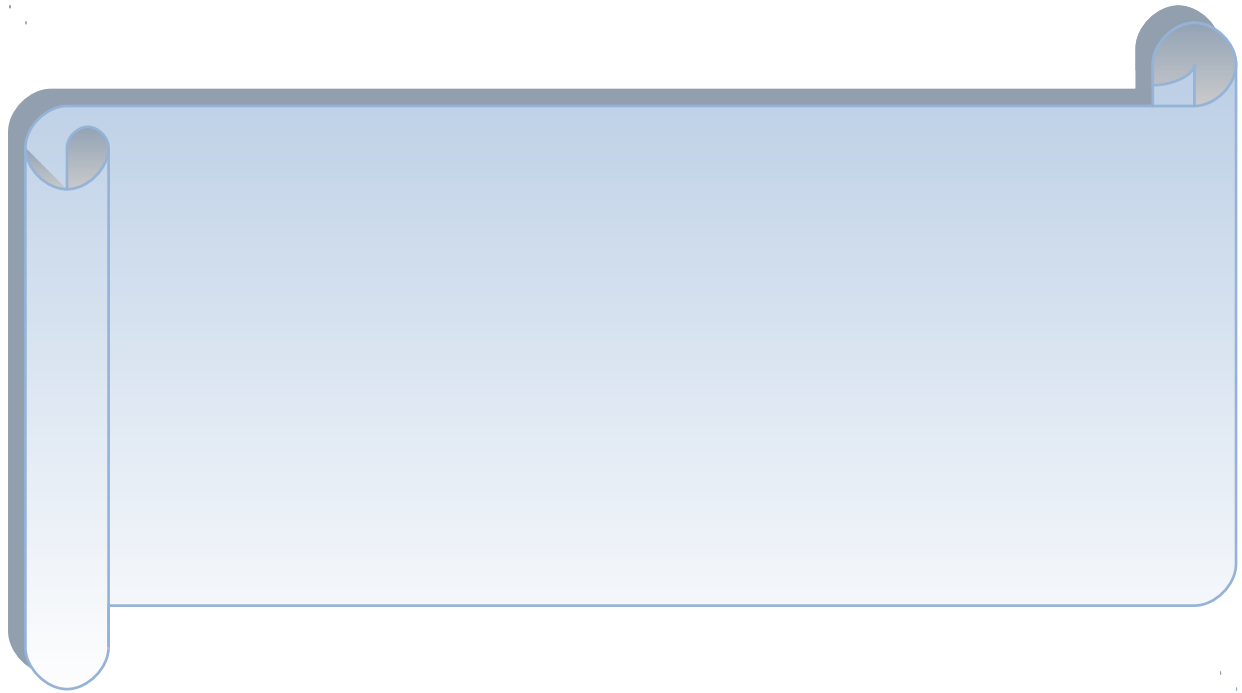
90- SANGHO Aly.

«Etude de la transmission materno-fœtale»

Thèse Méd ; Bamako, 1992.33-40.

91- KANOUTE F.

Aspects clinique du SIDA à Bamako ; Thèse Méd ; Bamako, 1991, n°11.



FICHE SIGNALÉTIQUE

NOM: AMOUSSOU

PRENOM : Houévo Léonel Evens

EMAIL : wallaxfr@yahoo.fr

Titre de la thèse : Analyse bibliographique des travaux de thèses en médecine réalisées sur la prise en charge des personnes vivant avec le VIH et le sida au mali.

Année : 2010-2011

Ville de soutenance : Bamako

Pays d'origine : Bénin

Lieu de dépôt : Bibliothèque de la faculté de médecine, de pharmacie et d'odontostomatologie.

Secteur d'intérêt : Bibliographie.

RESUME

Le VIH/SIDA demeure encore une pathologie au cœur de l'actualité médicale et sa prise en charge difficile due à la complexité des problèmes qu'engendre celle-ci. Notre étude a porté sur l'analyse bibliographique des travaux de thèses en médecine et en pharmacie réalisées sur la prise en charge des personnes vivant avec le VIH et le sida au Mali. Nous avons eu à collecter trente-neuf (39) thèses au sein de la bibliothèque de la faculté de médecine, de pharmacie et d'odontostomatologie. Ces thèses ont été recrutées par la méthode de consultation sur place.

Elles ont été classées par centre d'intérêt au nombre de six (6) à savoir le secteur pédiatrique, le secteur de la gynéco-obstétrique, la santé publique, l'épidémio-clinique, le secteur socio-économique et gestion et le secteur thérapeutique. Par la suite une analyse des données a été faite.

Le but de cette étude est de permettre une mise au point des connaissances sur cette prise en charge des personnes vivant avec le VIH et le SIDA au Mali.

Mots clefs : VIH, SIDA, Prise en charge.

Name: AMOUSSOU

Surname: Leonel Houevo Evens

Title: Bibliographic analysis of thesis work in medicine and pharmacy on the care of people living with HIV and AIDS in Mali.

Year of defense: 2011

City of defense: Bamako

Place of deposit: Library of the Faculty of Medicine, Pharmacy and Dentist (F.M.P.O.S)

Sector of interest:

Abstract: HIV / AIDS still remain a disease in the heart of the medical news and treatment difficult due to the complexity of the problems engendered by it.

In our study of the bibliographic analysis of thesis work in medicine and pharmacy made on the care of people living with HIV and AIDS in Mali, we had to collect thirty nine theses in the library of the faculty of Medicine and dentistry. These theses have been recruited by the method of on-site consultation. They have been classified by sector of interest about six at all: the pediatric sector, the obstetrics and gynecology, public health, epidemiology, clinical and socio-economic sector and management and therapeutic sector. Subsequently, an analysis was made.

The purpose of this study is to enable focus of knowledge on the care of people living with HIV and AIDS in Mali

Key words: HIV, AIDS, care

**ANALYSE BIBLIOGRAPHIQUE DES TRAVAUX DE THÈSES EN MÉDECINE ET EN PHARMACIE RÉALISÉES SUR LA
PRISE EN CHARGE DES PERSONNES VIVANT AVEC LE VIH ET LE SIDA AU MALI.**