

Ministère de L'Enseignement Supérieur et
de la Recherche scientifique

République du Mali
Un peuple un but une foi



Année académique 2011-
2012

Thèse N°.....

Faculté de Médecine de Pharmacie et d'Odonto-Stomatologie

**ETUDE DE LA PRISE EN CHARGE ET DE
LA QUALITE DE VIE DES PERSONNES
VIVANT AVEC LE VIH /SIDA SOUS
TRAITEMENT ANTIRETROVIRAL A
L'USAC/CNAM**

Thèse présentée et soutenue publiquement le.../...../2012

Devant la Faculté de Médecine de Pharmacie et d'Onto-Stomatologie

*Par **Mr Ibrahim KASSAMBARA***

Pour obtenir le titre de Docteur en Médecine

(DIPLÔME D'ETAT)

JURY :

Président : Pr Daouda Kassim MINTA

Membre : Dr Issiaka DEMBELE

Codirecteur : Dr Ousmane FAYE

Directeur de thèse : Pr Somita KEITA

Thèse présentée et soutenue publiquement par Mr Ibrahim Kassambara



Dédicace

Je dédie ce travail

A

ALLAH le tout puissant, le miséricordieux, le très miséricordieux.

« Gloire à Toi! Nous n'avons de savoir que ce que Tu nous as appris. Certes c'est Toi l'Omniscient, le Sage ».

Je te rends grâce de m'avoir donné la force, la détermination et la santé de mener ce travail à terme.

Prophète MOHAMED; Salut et Paix sur Lui, à toute Sa famille, tous ses compagnons, et à tous ceux qui le suivent jusqu'au jour du jugement.

Mon père feu Sékou Kassambara

Les mots n'exprimeront pas assez tout ce que j'éprouve pour toi en ce moment aussi important de ma vie. Ton souci majeur a toujours été la réussite et le bonheur de tes enfants pour lesquels, tu as accepté de faire des sacrifices sans limites.

J'aurai souhaité que tu sois là en ce moment, mais le destin en a décidé autrement.

Dors en paix.

Ma mère Djeneba Kassambara dite Peinda Kadel

Toi qui m'as donné la vie, toi qui m'as appris la crainte de Dieu et la loyauté dans le combat pour la vie.

Ce travail est le fruit de ton amour filial et de ta rigueur envers moi.

Qu'allah te prête longue vie afin que tu bénéficies du fruit de ce travail..

Mon grand frère Oumar Coulibaly

Tes conseils m'ont permis de faire face à la vie et ton courage me servira toujours d'exemple.

Merci pour tout ce que tu as fait pour moi depuis mon jeune âge.

Ce travail, je te le dois.

Mes frères et soeurs: Oumar, Abdoukadel, Youssouf, Aissata

Unis par le sang, nous sommes condamnés d'oeuvrer ensemble la main dans la main pour la réussite de la tâche commune.

Je vous réaffirme mon affection fraternelle et mon profond attachement.

Mes belles Mères:

Katim Keita, Djeneba Keita, Mariam Keita, Ami Keita et Fadima Keita.

Votre amour, votre encouragement, votre sensibilité ne m'ont jamais fait défaut.

Qu'ALLAH ! Vous donne longue vie pour que nous continuons de partager ensemble ces moments de joie.

Mes beaux pères: Komagan Keita, Issa Keita, Boubou Keita

Trouver ici le témoignage de toute ma considération

Ma très chère épouse Soungou Kassambara dite Ina

Tu m'as émerveillé par ta tendresse et ton sens élevé du respect et. Tu m'as aidé à surmonter des moments difficiles au cours de ce travail.

Tu as été à la fois mon conseiller, mon guide et surtout tu as fait preuve d'un amour indéfectible.

Reçois à travers ce travail l'expression de mon amour réciproque.

Mes Tantes : Kadidia Kassambara, Setou Kassambara, Mariam Kassambara

Vous avez été des tantes attentionnées et votre premier souci a toujours été ma réussite pour laquelle vous avez consentis bien de sacrifices. Cette thèse est le fruit de votre détermination à me voir aller au bout de mes études. Ce grand jour est également le votre.

Mon oncle : Abdou Kassambara dit Yoro Kadel

Vous qui avez su me protéger contre les dangers de la vie. Vous qui avez contribué à ma réussite scolaire ; cette thèse est aussi votre fierté.

Mon oncle : Moussa Kassambara

Vous m'avez soutenu tout le long de mon cycle universitaire. Je vous suis très reconnaissant. Que dieu vous donne longue vie.

Mes oncles : Issa, Baba, Soumaila, Allaye, Boubacar, Amadi, Samba,

Veillez trouver ici l'expression de ma profonde reconnaissance pour le soutien moral et matériel. Puisse Allah me donner la force de pouvoir en souvenir toute ma vie.

Mes cousins et cousines

Les mots me manquent pour exprimer ce que je ressens pour vous.

Ma fille et mon fils Peinda Fitini et Sékou Kassambara

Rien ne me rend plus fier que la vie que je vous ai donnée. Vous êtes venu dans ce monde déroutant où chacun vit au prix de mille et une indispositions et d'où personne ne sortira vivant, à un moment où tout n'était pas fin prêt pour t'accueillir.

Je serai toujours là pour vous.

Tous les malades souffrant du VIH/SIDA: Particulièrement à ceux de l'USAC /CNAM, l'espoir demeure.



Remerciements

**Aux ménages : Oumar Coulibaly à Kalaban coura, Famille Keita à
boukassoubougou, Famille Kassambara à boukassoubougou,**

Vous m'avez entouré de l'affection d'un père et d'une mère; vous m'avez donné une famille; au sein de laquelle je me suis toujours senti comme chez moi. A travers ce modeste travail, recevez le témoignage de ma profonde gratitude.

Au ménage Kassambara à Mopti

Pour votre soutien, je vous en suis reconnaissant.

A mes oncles, tantes, cousin et cousines de Sah et Soumpi

A mon oncle Abdou Kassambara dit yoro Kadel

Pour votre soutien moral et pour toutes vos bénédictions, les mots me manquent pour vous exprimer ma reconnaissance. Je vous dis tout simplement merci. Que Dieu vous bénisse.

A ma tante Mme Kassambara Katim Keita, ton amour, tes conseils me servent de locomotive dans ma vie pratique. Puisses-tu trouver ici le gage de mon affectueuse reconnaissance.

A mes amis Mr Bourahima Kone et Madiou Toure

Comme le disait Voltaire « L'amitié d'un grand homme est un cadeau des cieux »

Pour vos conseils et pour votre soutien, recevez mes sincères remerciements.

A mes encadreurs:

Dr Issiaka Dembélé, Dr Penda Thiam, Dr Niagalé Keita, Dr Oumar Wane et feu Dr Abdoulaye Kassambara

Votre gentillesse, votre disponibilité, votre esprit de tolérance et vos grandes qualités humaines suscitent à votre égard un grand respect et une profonde admiration pour nous.

Soyez assurés de notre profonde reconnaissance.

A mon frère Abdoukadel Kassambara

Plus qu'un frère, vous êtes un ami pour moi. Mon souhait est que cette convivialité qui a toujours régné, perdure. Merci pour le travail abattu. Ce travail est le votre.

Soyez en remercié et qu'ALLAH vous bénisse.

A mes chéries

Ada Keita, Mami Keita, Dico Bah,

Pour votre amitié, trouvez ici le témoignage de ma reconnaissance.

Au corps professoral et à tout le personnel de la faculté de médecine de pharmacie et d'odontostomatologie (F.M.P.O.S)

Pour votre enseignement et éducation de haute qualité scientifique. Trouvez ici l'expression de ma profonde gratitude.

A mes maîtres de l'enseignement pré universitaire sans lesquels je ne serai pas là.

A mes chefs et enseignants de l'USAC/CNAM:

Pr. Somita Keita, Dr. Pierre Traoré, Dr Faye, Dr Dicko, Dr Dembelé Issiaka, Dr Coulibaly, Dr Pinda Thiam et Tanti Mariam Diakité.

Profonde reconnaissance pour vos conseils et votre encadrement.



Hommages aux membres du jury

A notre Maître et président du jury: Professeur Daouda Kassim MINTA

- **Professeur agrégé des Maladies infectieuses et Tropicales**
- **Chef de service des maladies infectieuses du CHU du Point G**
- **Vice Président de la Société Africaine de Pathologie Infectieuse (SAPI)**

Cher Maître,

C'est un grand honneur que vous nous faites en acceptant de présider ce jury, nous avons été touché par votre simplicité, votre modestie, votre pédagogie à transmettre vos connaissances, votre rigueur, votre amour pour le travail bien fait font de vous un maître admiré et respecté. Veuillez recevoir ici cher maître l'expression de notre sincère reconnaissance et de notre considération respectueuse.

A notre maître et juge : Dr Issiaka Nanourou DEMBELE

- **Médecin coordinateur de l'USAC /CNAM 2007-2011**
- **Médecin chargé de suivi - évaluation des activités à l'ARCAD SIDA,**

Cher Maître,

Votre abord facile, votre esprit critique, votre objectivité et la spontanéité avec laquelle vous avez accepté d'être parmi nos juges ont largement contribué à renforcer la qualité de ce travail.

Nous avons apprécié la disponibilité entière que vous nous avez réservée et votre amour du travail bien fait.

Trouvez ici cher maître, l'expression de notre profonde gratitude.

A notre Maître et co-directeur de thèse :

Dr Ousmane FAYE

- **Maître Assistant de Dermatologie Vénérologie à la FMPOS,**
- **Praticien hospitalier au CNAM,**

Cher maître,

C'est un honneur que vous nous avez fait en acceptant de diriger ce travail.

L'occasion nous est donnée aujourd'hui de louer vos excellentes qualités de clinicien et de chercheur passionné.

Votre souci quotidien du travail bien fait et la pertinence constructive de votre critique, nous ont simplement émerveillés.

Recevez ici l'expression de notre profonde gratitude.

A notre Maître et directeur de thèse : Professeur Somita. KEÏTA

- **Professeur des universités,**
- **Praticien Hospitalier**
- **Chef du Département Dermato-Lépro-Vénérologie à la FMPOS,**
- **Coordinateur de l'enseignement post universitaire de Dermato-Lepro-Vénérologie (DES)**
- **Chef de Département clinique du CNAM:**

C'est un privilège pour nous d'avoir travaillé sous votre direction. Notre présence à vos côtés nous a permis d'apprécier, cher Maître, vos dimensions sociales inestimables. Vous êtes toujours resté disponible et c'est le moment de vous rendre un hommage mérité. Si ce travail est une réussite, nous le devons à votre compétence et à votre savoir-faire.

Puisse le Seigneur vous rendre vos bienfaits et nous permettre de vous rendre hommage tout en gardant la force et le courage de suivre vos pas.

Veillez trouver ici, cher Maître, l'expression de notre grande sympathie et de notre profond respect.



Liste des abréviations

3TC: Lamivudine

ABC: Abacavir

ADN: Acide désoxyribonucléique

AGR : Activités génératrices de revenus

A.M.M: Autorisation de mise sur le Marché

ARN: Acide ribonucléique

ARV: Antirétroviraux

ARCAD/SIDA : Association de recherche de communication et d'accompagnement à Domicile de personnes vivant avec le VIH.

AZT: Zidovudine

CD4: Cluster of Differentiation 4

CDC: Centre of Disease Control (américain de contrôle et de prévention des maladies)

CDV: Conseil et dépistage volontaire.

CHU: Centre Hospitalo- Universitaire

CMV: Cytomégalovirus.

CNAM : Centre National d'Appui à la lutte contre la maladie.

CV: Charge Virale

D4T: Stavudine

DDC: Zalcitabine

DDI: Didanosine

EBV: *Epstein Barr Virus*

EDS : Enquête démographique et de santé

EFV: Efavirenz

ELISA: Enzyme Linked Immuno-Sorbent0 Assay

FMPOS : Faculté de Médecine, de Pharmacie et d'Odontostomatologie

HAART: Traitement antirétroviral hautement actif

HSV: *Herpès Simplex Virus*

IDV: Indinavir

INNTI: Inhibiteurs non nucléosidiques de la transcriptase inverse

INTI: Inhibiteurs nucléosidiques de la transcriptase inverse (analogues nucléosidiques)

IO: Infection opportuniste

IP: Inhibiteur de protéase

IST: Infection Sexuellement Transmissible

IR : Insuffisance Rénale

LEMP : Leuco-encephalopathie multifocale progressive

LIA : Line Immuno Assay.

LPV/RTV: Lopinavir/ritonavir

MAIC : *Mycobacterium avium-intracellulaire Complex*

NFS: Numération formule sanguine

NFV: Nelfinavir

NVP: Névirapine

OMS: Organisation Mondiale de la Santé

ONG : Organisation non gouvernementale

ONUSIDA: Programme commun des Nation Unies sur le VIH/SIDA

PCR: Polymerase Chain Reaction (Amplification en chaîne par polymérase)

PEC : Prise en charge

PTME: Prévention de la transmission mère enfant du VIH

PVVIH: Personnes vivant avec le VIH

RIPA : Radio Immuno précipitation Assay

RT: Reverse Transcriptase

RTV: Ritonavir

SIDA: Syndrome d'ImmunoDéficiency Acquis

SQV/r: Saquinavir/ Ritonavir

USAC : Unité de Soins d'Accompagnement et de Conseil

VAD : Visite à domicile

VIH: Virus de l'immunodéficience humaine

VSV: Virus varicelle zona

ZDV: Zidovudine

SOMMAIRE

Vous m'avez entouré de l'affection d'un père et d'une mère; vous m'avez donné une famille; au sein de laquelle je me suis toujours senti comme chez moi. A travers ce modeste travail, recevez le témoignage de ma profonde gratitude.....	7
A mon oncle Abdou Kassambara dit yoro Kadel.....	7
Chapitre 1 II. LES OBJECTIFS :	24
II.1 L'objectif général :	24
II.2 Les objectifs spécifiques :	24
III. GENERALITES SUR L'INFECTION A VIH/SIDA :	26
III.1 Définition :	26
III.2 Situation épidémiologique générale :	26
III.2.1 Les modes de transmission du VIH/SIDA [38] :	26
III.2.2.1 Voies sexuelles :	26
III.2.2.2 Voie sanguine :	26
III.2.2.3 Voie mère-enfant :	27
III.2.2.4 Les facteurs de non transmission.....	27
III.2.2 Situation dans le monde :	27
III.1.2 Situation en Afrique :	28
III.1.3 Situation au Mali:.....	28
III.3 Physiopathologie et modalités d'évolution :	29
III.3 Les Modalités et circonstances de diagnostic du VIH :	31
III.3.1 Circonstances de diagnostic :	31
III.3.2 Diagnostic biologique.....	31
Chapitre 2 IV. INFECTIONS OPPORTUNISTES AU COURS DU VIH/SIDA :	34
IV.1 Les bactérioses et mycobactérioses :	34
IV.1.1 La Tuberculose :	34
IV.1.2 Mycobactéries atypiques :	35
IV.1.3 Les salmonelloses :	36
IV.1.4 Autres infections bactériennes.....	36
IV.2 Les parasitoses.....	36
IV.2.1 La pneumocystose.....	36
IV.2.2 La toxoplasmose :	37
IV.2.3 La cryptosporidiose	38
IV.2.4 Les microsporidioses.....	39
IV.2.5 Isosporose	39
IV.2.6 La cyclospore	40
IV.3 Les viroses	40
IV.3.1 Infections à CMV (cytomégalovirus).....	40
IV.3.2 Infection à Herpes simplex (HSV1 et HSV2).....	41
IV.3.3 Infection au VZV (varicelle zona virus) ou Herpes zoster	42
IV.3.4 Infection à Epstein Barr virus (EBV).....	42
IV.3.7 Infections à poxvirus	43
IV.3.8 La maladie de kaposi.....	43
IV.4 Les mycoses	44
IV.4.1 Les candidoses.....	44

IV.4.2 La cryptococcose	45
IV.4.3 L'histoplasmose.....	45
IV.4.4 Infections à Aspergillus.....	46
Chapitre 3 138 V. LES ANTIRETROVIRAUX (ARV).....	48
V.1 Définition des ARV.....	48
V.2 Les médicaments anti-rétroviraux :.....	48
V.2.1 Les Inhibiteurs Nucléosidiques de la Reverse Transcriptase (INRT) :.....	48
V.2.2 Les inhibiteurs Non Nucléosidiques de la Réverse transcriptase (INNRT) :.....	49
V.2.3 Les inhibiteurs de protéases (I.P) :.....	50
V.2.4 Les inhibiteurs de fusion.....	51
Chapitre 4 VI. PRISE EN CHARGE ANTIRETROVIRALE DU VIH/SIDA AU MALI : [40].....	54
VI.1 Prise en charge thérapeutique du VIH :.....	54
VI.2 Protocoles thérapeutiques antirétroviraux chez l'adulte et l'adolescent :	54
VI.2.1 Indication du traitement :.....	54
VI.2.2 Schémas thérapeutiques.....	55
VII. Processus d'accompagnement: [14].....	68
VII.1 Définition et concepts :.....	68
VII.4 Accompagnement du traitement : [15].....	71
Chapitre 5 VIII. METHODOLOGIE :.....	73
VIII.1 Cadre de l'étude :	73
Notre étude s'est déroulée à l'unité de soins d'accompagnement et de conseils (USAC) du centre national d'appui à la lutte contre la maladie (CNAM), ex Institut Marchoux.....	73
VIII.2 Présentation de L'USAC/CNAM :.....	73
VIII.3 Type et durée de l'étude :	74
VIII.5 Echantillonnage:	74
VIII.6 Critères d'inclusions :	74
VIII.8 Méthode de collecte des données :.....	74
VIII.11 Saisie et analyse des données :.....	76
IX. LES RESULTATS:.....	78
IX.1 Les résultats de la Prise en charge :.....	78
IX.1.1 Caractéristiques socio-démographiques et épidémiologiques.....	78
Au total durant la période d'étude, 199 patients ont été dépistés dont 113 provenaient du service de dermatologie.107 patients ont été dépistés positifs au VIH.100 patients ont accepté de participer à l'étude.	78
Figure1A : Répartition des patients selon les tranches d'âge	78
IX.1. 2 Dépistage et mode de contamination	83
IX.1.3 Les structures ayant référées les patients, motif de dépistage et caractéristiques cliniques des patients.....	86
IX.1. 3.2 Les caractéristiques cliniques des patients.....	87
IX .1.4.1 Schémas et combinaisons thérapeutiques.....	91
IX .1.4.2 Changement de régimes thérapeutiques et effets secondaires liés aux médicaments antirétroviraux.....	94
IX.1 .4.3 Impact du traitement ARV sur le poids, le taux de CD4 et la charge virale après 6 mois de traitement.....	96
IX.1 .4.4 Opinion des patients concernant le médecin traitant, la localisation du centre thérapeutique par rapport à leurs domiciles et l'interaction avec le personnel médical.....	98
IX.1 .4.5 Les aspects les plus importants du traitement selon les patients.....	99
IX.2 Les résultats de la qualité de vie des patients.....	100

IX .2.1	Les changements comportementaux suite à la connaissance de la séropositivité :	100
IX .2.2	Les ressentis actuels des patients.....	100
IX .2.3	Bien être et vie sociale des patients.....	102
IX .2.5	Influence de la séropositivité sur l'aptitude des patients à gérer leur noyau familial et à conserver leur cercle d'amis :	103
IX .2.6	Impact de la séropositivité sur la situation économique, la vie familiale et amicale, l'identité personnelle des patients et les activités quotidiennes :	105
	La quasi-totalité des patients, soit 96%, est tout à fait apte à effectuer les déplacements quotidiens (Tableau XXIII). 72% sont capables de prendre soins d'eux même. Sur les 68 patients, seulement 2,9 % sont à peine capable de maintenir leurs activités salariées. La majorité des patients est tout à fait apte à pratiquer du sport ou autres loisirs (71 %). En grande partie, ils ont la capacité à mener des activités sociales soit 86 % des cas.....	107
IX .2.7	Les ressentis et qualité de vie des patients sous traitement antirétroviral.....	107
	Plus de la moitié des patients (62 %) ne ressentait pas du tout de douleurs physiques ; 50 % n'ont ressentis aucune fatigue et en fin 41 % ressentait modérément de l'insomnie au cours du traitement (Tableau XXIV).	108
IX .2.8	Les réactions et soutiens de l'entourage des patients à l'annonce de la séropositivité.....	108
Chapitre 6 X. COMMENTAIRES ET DISCUSSION.....		113
X.1	Les données sociodémographiques et épidémiologiques:.....	113
X.2	Données cliniques des patients :	114
X. 3	réactions à l'annonce.....	115
X. 4	Traitement des patients et réponses cliniques.....	115
X. 5	Opinion des patients concernant le médecin traitant et le centre de soin :	116
X. 6	Qualité de vie.....	116
X. 6.1	Changement de comportements des patients suite à la découverte de leur séropositivité :	116
X. 6.2	Les ressentis actuels des patients :	116
X. 6.3	Bien être et vie sociale.....	117
XI. CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS.....		120
	Conclusion :	120
	Recommandations :	121
	Fiche signalétique :	129
XIII.	Fiche d'enquête :	132
SERMENT D'HIPPOCRATE.....		140



Introduction

I. INTRODUCTION :

Le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) est un rétrovirus infectant l'homme. Il est responsable du syndrome d'immunodéficience acquise (SIDA), qui est un état affaibli du système immunitaire le rendant vulnérable à de multiples infections opportunistes. Les infections dues aux virus de l'immunodéficience humaine (VIH1 et VIH2) constituent de nos jours un problème mondial majeur de santé publique. Leurs conséquences psycho-sociales et économiques sont de plus en plus préoccupantes dans les pays en voie de développement, particulièrement en Afrique subsaharienne. [1]

Le programme commun des Nations Unies pour la lutte contre le sida (ONUSIDA) estimait à la fin de l'année 2009 à environ 33,3 million de personnes vivant avec le VIH/SIDA dans le monde dont 30,8 million d'adultes (parmi lesquels 15,9 million de femmes) et 2,5 million d'enfants de moins de 15 ans. Le nombre de nouveaux cas est estimé à 2,6 million dont 2,2 million adultes et 37000 enfants [2]. Chaque jour, plus de 7000 personnes sont infectées par le VIH et 4900 personnes en meurent. La croissance globale de l'épidémie mondiale du SIDA semble, néanmoins, s'être stabilisée. Une stabilisation de la prévalence mondiale de l'infection à VIH et une diminution notable du nombre de décès du au VIH sont observées, s'expliquant par un meilleur accès au traitement.

L'examen des tendances mondiales et régionales suggère que l'épidémie VIH/SIDA comporte 2 grands schémas. D'une part, une certaine persistance est notée au sein de la population générale de nombreux pays d'Afrique subsaharienne, en particulier dans la partie australe du continent. D'autre part, dans le reste du monde l'épidémie affecte essentiellement les populations les plus exposées au risque d'infection notamment la population homosexuelle masculine, les toxicomanes, les professionnel(le)s du sexe et leurs partenaires sexuels [5].

L'infection causée par le VIH est, pour l'entourage, perçue différemment par rapport à d'autres maladies. Elle suscite généralement chez les proches, deux types de réactions. Premièrement, la honte et la peur de préjugés conduisent à des comportements plus distants. Deuxièmement, le désespoir consécutif à l'infection déclenche un profond besoin de tutelle et d'affection émanant des proches.

Le Sida est devenu l'une des maladies la plus dévastatrice que l'humanité n'ait jamais connue. [2] En raison des traitements efficaces, l'infection au VIH n'est plus mortelle à court terme et on espère qu'avec les traitements actuels et futurs, plusieurs personnes vivant avec le VIH auront une durée de vie normale. La durée de vie est améliorée mais quelle est la qualité

de vie des personnes atteintes qui prennent des thérapies ? Pour plusieurs, l'impact sur la qualité de vie des traitements et leurs effets indésirables est un enjeu aussi important que la durée de vie. La qualité de vie est définie comme le fonctionnement normal d'un individu au niveau physique, psychologique et social [4]. En d'autres termes, c'est un concept multidimensionnel qui correspondrait principalement au bon fonctionnement quotidien à un bon état de santé et au bon fonctionnement social [39]. Selon L'O.M.S :« La qualité de vie c'est la combinaison des facteurs psychologique, physique, social et matériel pour évaluer le bien-être de l'individu.» [6].

Pour des milliers de PVVIH, la multithérapie antirétrovirale a prolongé la vie et elle a amélioré la santé. Dans de nombreux cas, le recours à une combinaison de médicaments efficaces permet de restaurer considérablement la fonction immunitaire, permettant ainsi de maîtriser des infections qui auraient été mortelles.

Toutefois, la multithérapie antirétrovirale présente des inconvénients qui deviennent plus évidents à mesure que le traitement se prolonge :

- En premier lieu, ces médicaments puissants peuvent causer de très graves effets secondaires et des complications à long terme chez certaines personnes. L'usage d'un seul médicament peut donner lieu à des effets secondaires, et le fait d'en utiliser plusieurs ne fait qu'accroître les risques. Pour de nombreuses personnes aujourd'hui, les symptômes désagréables qui accompagnent souvent ces traitements sont la principale préoccupation en ce qui concerne leur aptitude à poursuivre le traitement.

- En deuxième lieu, de nombreuses personnes ont des difficultés à se conformer à l'horaire de prise des molécules et aux autres contraintes que leur régime thérapeutique leur impose à long terme. Le fait de prendre ses médicaments exactement comme il le faut s'appelle observance thérapeutique ou fidélité au traitement. La non-observance, c'est-à-dire l'incapacité de suivre son traitement à la lettre, est une cause importante de résistances médicamenteuses et, par conséquent, d'échecs thérapeutiques.

Ainsi, bien que les progrès scientifiques aient amélioré notre compréhension de l'infection au VIH et élargi l'arsenal de médicaments disponibles pour le combattre, le domaine des traitements VIH est devenu de plus en plus complexe. Et de nombreuses questions restent en suspens.

Un traitement antiviral bien mené permet une réduction importante de la charge virale; la réplication du virus diminue et la quantification du virus dans le plasma tombe en dessous du seuil de détection du test (on parle dès lors de charge virale indétectable).

Sous l'action des trithérapies, la réplication du virus s'effondre. Cette réduction de la charge virale s'accompagne d'un syndrome dit de restauration immunitaire.

A l'unité de soins d'accompagnement et de conseil (USAC) des personnes vivant avec le VIH (PVVIH) du CNAM (Bamako –Mali), à travers les activités de prise en charge nous avons pu observer les différents problèmes des personnes vivant avec le VIH, plus spécifiquement les problèmes psychosociaux en rapport avec la discrimination, la stigmatisation et le déni de la maladie.

La présente étude a pour but de décrire nos modalités de prise en charge et de la qualité de vie des PVVIH sous ARV dans le service.



Objectifs

Chapitre 1 II. LES OBJECTIFS :

II.1 L'objectif général :

- Evaluer la qualité de vie des personnes vivant avec le VIH sous traitement antirétroviral ;

II.2 Les objectifs spécifiques :

- Décrire les caractéristiques épidémiologiques des patients inclus.
- Décrire les caractéristiques cliniques des patients avant et pendant traitements.
- Décrire les modalités de prise en charge psychosociale, nutritionnelles et les combinaisons thérapeutiques utilisées.
- Apprécier l'influence du traitement sur la qualité de vie des patients inclus.



Généralités

III. GENERALITES SUR L'INFECTION A VIH/SIDA :

III.1 Définition :

Maladie infectieuse d'origine virale, le SIDA est causé par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH). Découvert en 1981 aux états unis, le VIH est aujourd'hui responsable d'une pandémie à progression quotidienne et inquiétante .

III.2 Situation épidémiologique générale :

III.2.1 Les modes de transmission du VIH/SIDA [38] :

Il est présent dans le sang, le sperme, les sécrétions vaginales et le lait maternel représentant les sécrétions corporelles infectieuses. Les larmes, la salive et la sueur contiennent des concentrations insuffisantes du virus pour que des cas de transmission soient enregistrés. L'urine, les matières fécales et le vomi ne contiennent pas le VIH à moins qu'ils ne contiennent du sang contaminé.

Le virus se multiplie dans le sang d'une personne contaminée et altère les cellules du système immunitaire. Il se transmet par 3 voies essentielles notamment, la voie sexuelle, la voie sanguine et de la mère à l'enfant.

III.2.2.1 Voies sexuelles :

80 à 85% de la transmission du VIH se font lors des rapports sexuels non protégés d'une personne infectée à son/sa partenaire sexuel(le). Ces rapports sexuels peuvent être de nature hétérosexuelle ou homosexuelle. Les relations sexuelles concernent la pénétration vaginale, anale et orale entre deux individus.

III.2.2.2 Voie sanguine :

Elle représente environ 5% de la transmission du VIH. Elle se fait par l'intermédiaire de transfusion de sang (très rarement) ou de dérivés sanguins infectés ; d'injections avec du matériel souillé ; d'échanges ou de réutilisation d'aiguilles ; de seringues souillées et d'actes opératoires avec du matériel préalablement utilisé chez des sujets infectés et qui n'a pas été stérilisé. Les Transplantations d'organes de sujets infectés transmettent aussi le VIH. La transmission du VIH peut se faire également après contact avec du matériel souillé par du sang infecté, lors d'actes rituels ou coutumiers tels que la circoncision et le tatouage, etc.

III.2.2.3 Voie mère-enfant :

La transmission de l'infection à VIH d'une mère infectée à son enfant peut se faire pendant la grossesse, au cours de l'accouchement ou par l'allaitement maternel aux seins.

Le risque de transmission de l'infection à VIH de la mère à l'enfant varie entre 15 et 40% selon les pays. Cette transmission peut être significativement réduite par l'administration au dernier trimestre de la grossesse d'antirétroviraux aux femmes enceintes infectées par le VIH. Il est estimé que 15% de la transmission mère – enfant est due à l'allaitement maternel.

III.2.2.4 Les facteurs de non transmission

Le VIH ne se transmet pas les actes de la vie courante tels que :

a. Les contacts sociaux ordinaires

- Vivre sous le même toit,
- Transport en commun (être ensemble dans le bus),
- Au travail, au marché, à l'école, jouer ensemble
- Serrer la main, embrasser sur la joue, etc.

b. L'usage en commun des commodités

- L'eau du bain
- Les piscines
- La vaisselle et les couverts
- Les outils de travail
- Les sièges de toilettes

c. Les piqûres d'insectes

Les piqûres de moustiques et des autres insectes ne transmettent pas le VIH, car le VIH est un virus humain ; Pour se multiplier, il a besoin des cellules du sang que les insectes n'ont pas.

III.2.2 Situation dans le monde :

. En décembre 2009, l'ONUSIDA estimait le nombre total des personnes vivant avec le VIH à 33,3 million [31,4-35,3 million] soit 19% de moins que l'estimation de 39,5 million [34,7-47,1 million] publiée en 2006 [3]. Le nombre de personnes nouvellement infectées est estimé à 2,6 million dont 2,2 million adultes et 370 000 enfants de moins de 15 ans. Le nombre de décès du au SIDA est de 1,8 million, dont 1,6 million adultes et 260 000 enfants de moins de 15 ans. Dans le monde, tous les jours, 7000 personnes sont infectées par le VIH et 4900 personnes décèdent du SIDA [2]. Le tableau 1 ci-dessous résume les données épidémiologiques mondiales pour l'année 2009 selon le rapport ONUSIDA 2010).

Nombre de personnes vivant avec le VIH en 2009	Total	33,3 million [31,4 million–35,3 million]
	Adultes	30,8 million [29,2 million–32,6 million]
	Femmes	15,9 million [14,8 million–17,2 million]
	Enfants < 15 ans	2,5 million [1,6 million–3,4 million]
Nouvelles infections à VIH en 2009	Total	2,6 million [2,3 million–2,8 million]
	Adultes	2,2 million [2,0 million–2,4 million]
	Enfants < 15 ans	370 000 [230 000–510 000]
Décès dus au SIDA en 2009	Total	1,8 million [1,6 million–2,1 million]
	Adultes	1,6 million [1,4 million–1,8 million]
	Enfants < 15 ans	260 000 [150 000–360 000]

Tableau I : Récapitulatif de l'épidémie mondiale de SIDA selon l'ONUSIDA/OMS, Décembre 2010

III.1.2 Situation en Afrique :

L'Afrique subsaharienne reste la région la plus fortement touchée et le SIDA reste la principale cause de mortalité. Parmi les personnes infectées, plus de deux adultes sur trois (68 %) et presque 90% des enfants vivent dans cette région. Plus de trois quarts (76%) des décès dus au SIDA y surviennent [2]. Actuellement, On estime que 22,5 Millions [20,9 Millions - 24,2 Millions] de personnes sont porteurs du VIH contre 20,9 Millions [19,7 Millions-23,6 Millions] en 2001. Cependant, d'un pays à l'autre les données épidémiologiques varient de moins de 2% à plus de 15% chez l'adulte (15-49 ans).

III.1.3 Situation au Mali:

Au Mali, le premier cas de SIDA a été observé en 1985 dans le service de gastro entérologie de l'hôpital Gabriel Touré. En 2000, le nombre de personnes porteuses du VIH et sida était estimé à plus de 100 000. Le nombre de cas réels notifiés en 2001 selon L'O.M.S était de 6639 [7]. La voie sexuelle est le mode contamination prédominant (90%). La prévalence de l'infection à VIH dans la population générale était 1,7% en 2001(EDSM III 2001). Le Mali semble apparaître comme un pays à faible prévalence avec 2, 5% de personnes infectées à Bamako, 2% à Ségou, 1,9% à Kayes et 1,9% à Koulikoro [2,7].

Avec 12 millions d'habitants, la prévalence du VIH était estimée à 1,3% dans la population adulte selon le rapport final de l'enquête démographique et de santé (EDSM IV) conduit en 2006. Il a été donc évalué à 130 000 le nombre de personnes infectées par le VIH/SIDA dans le pays et à 27 000 le nombre de personnes ayant besoin d'un traitement antirétroviral (A.R.V).

Concernant le programme de prévention de la transmission de la mère à l'enfant (PTME), il est estimé que 13 000 femmes enceintes seraient infectées par le VIH. En revanche, seulement 3% d'entre elles bénéficieraient aujourd'hui d'un traitement A.R.V. pour la PTME. Le nombre d'enfants (0 à 14 ans) vivant avec le VIH était estimé à 16 000 dont 5500 avaient besoin du traitement antirétroviral en 2006. 600 enfants seraient sous traitement antirétroviral en fin 2007.

Une prévalence plus élevée de l'infection à VIH est observée chez les femmes (1,4%) avec un maximum pour la tranche d'âge 25-30 ans contrairement aux hommes avec une prévalence de 0,9% et le maximum est atteint pour la tranche d'âge 30-34. L'épidémie VIH au Mali est surtout une épidémie urbaine (1,6% de prévalence en milieu urbain et 0,9% en milieu rural) avec un maximum pour la ville de Bamako (1,9%) présentant le niveau de prévalence le plus élevé du pays [7].

III.3 Physiopathologie et modalités d'évolution :

Le terme histoire naturelle désigne l'ordre habituel et prévisible dans lequel se déroulent les manifestations cliniques et biologiques de l'infection VIH. Grâce aux nombreuses études de cohortes mises en place dès le début de l'épidémie, cette histoire naturelle est aujourd'hui bien connue. L'évolution de la maladie a connu de nombreuses modifications du fait de l'introduction de plus en plus précoce des traitements ARV efficaces capables d'influencer le cours de l'infection.

L'évolution spontanée de l'infection VIH peut être divisée en trois phases :

- La primo-infection ou phase aigue avec ou sans symptômes, phase de séroconversion qui suit la contamination (durée quelques semaines)
- La phase chronique ou phase de latence (plusieurs années)
- La phase d'immunodépression profonde, ou stade SIDA.

Le SIDA représente une forme tardive et compliquée de l'infection par le VIH. Il a été défini initialement comme une maladie évoquant une atteinte de l'immunité à médiation cellulaire sans cause connue de diminution des résistances à cette maladie [10]. Actuellement, les critères de définition reposent essentiellement sur la classification CDC (Centers for Diseases Control) révisée en 1993 et la classification proposée par l'OMS [15] (voir ci-dessous pour les différents stades cliniques établis par l'OMS et leurs caractéristiques).

Stade clinique 1 :

- Patient asymptomatique.
- Adénopathie persistante généralisée.

Stade clinique 2 :

- Perte de poids inférieur à 10% du poids corporel
- Manifestations cutanéomuqueuses mineures (dermite séborrhéique, prurigo, onychomycose, ulcérations buccales récidivantes, perlèche, chéilite angulaire)
- Zona au cours des 5 dernières années,
- Infections récidivantes des voies respiratoires supérieures,

Stade clinique 3 :

- Perte de poids supérieure à 10% du poids corporel.
- Diarrhée chronique inexplicée pendant plus de 1 mois.
- Fièvre prolongée inexplicée (intermittente ou constante) pendant plus de 1 mois.
- Candidose buccale (muguet).
- Leucoplasie chevelue buccale.
- Tuberculose pulmonaire, dans l'année précédente.
- Infections bactériennes sévères (pneumopathie, pyomyosite).
- Stomatites, gingivites, parodontite ulcéreuses et nécrotiques ;
- Anémie inexplicée (<8g), neutropénie<5000 et ou thrombopénie chronique<50000.

Stade clinique 4 :

- Syndrome cachectique du VIH, selon la classification de CDC
- Pneumopathie à *pneumocystis carinii*
- Toxoplasmose cérébrale
- Cryptosporidiose accompagnée de diarrhée pendant plus d'un mois.
- Cryptococcose extra pulmonaire.
- Infection à Cytomégalovirus (CMV) touchant un autre que le foie, la rate ou les ganglions lymphatiques
- Herpes cutanéomuqueux pendant plus d'un mois ou viscéral quelle qu'en soit la durée
- Leuco encéphalopathie multifocale progressive.
- Toute mycose endémique généralisée (histoplasmosse, coccidiomycose)

- Candidose de l'œsophage, de la trachée, des bronches, ou des poumons
- Mycobactérie atypique, généralisée
- Septicémies à salmonelles non typhiques
- Tuberculose extra pulmonaire
- Lymphome
- Maladie de kaposi

Encéphalopathie à VIH selon la définition des CDC

III.3 Les Modalités et circonstances de diagnostic du VIH :

Le diagnostic de l'infection à VIH fait intervenir à la fois des approches cliniques et biologiques.

III.3.1 Circonstances de diagnostic :

Les circonstances de diagnostic d'une infection à VIH sont multiples. La survenue d'infections opportunistes (I.O) et répétées restent majoritairement la première circonstance de découverte. De nombreux cas d'infections congénitales ou durant l'allaitement sont également observés, malgré les multiples efforts fournis par les Etats et les ONG dans le cadre de la prévention de la transmission de l'infection de la mère à l'enfant (PTME) à travers l'appui aux conseils de dépistage volontaire (CDV). D'autres circonstances de diagnostic peuvent être citées, notamment le cas d'index familial (infection dans la fratrie, décès parental) et le bilan de santé de l'enfant systématique ou orienté.

III.3.2 Diagnostic biologique

Le diagnostic visant à déterminer le statut [sérologique](#) au VIH est réalisé en deux étapes. Primo, le **dépistage** qui passe généralement par une détection des anticorps anti-VIH et secundo, une étape de **confirmation** indiquant que les [anticorps](#) détectés sont bien liés à une infection par le VIH [8-9].

Le **dépistage** emploie la méthode immuno-enzymatique **ELISA**, qui utilise la réaction anticorps-antigène pour détecter la présence des anticorps anti-VIH chez le sujet infecté. Si la détection se révèle positive ou douteuse, une **confirmation** est réalisée. Cette dernière vise à savoir si les anticorps détectés sont bien liés à une infection par le VIH. Pour cela, on utilise une méthode spécifique, dont le but est d'éliminer les résultats faussement positifs. La méthode généralement utilisée est le **western blot (WB)**. Ce n'est qu'à la suite de l'ensemble de ces tests qu'un médecin pourra déclarer un patient séropositif. Le principe du WB repose

tout d'abord sur la séparation des protéines virales par électrophorèse. Les protéines sont ensuite transférées sur une membrane de nitrocellulose et révélée en utilisant des anticorps spécifiques de chacune d'entre elles. A l'issue du test de WB Les protéines sont matérialisées sous forme de bande colorée. **D'autres approches de confirmation** existent, notamment les méthodes LIA (Line Immuno Assay) et RIPA (Radio Immunoprecipitation Assay) réservée aux laboratoires spécialisés et agréés.

De nouveaux tests de dépistage permettent d'identifier des patients porteurs de l'antigène p24. En effet en cas de prélèvement trop précoce, l'organisme n'a pas fabriqué d'anticorps en quantité détectable, et la recherche de l'**antigène p24** (par test ELISA) ou la mesure de l'ARN-VIH plasmatique (par PCR ou Polymérase Chain réaction) permettent un diagnostic plus précoce mais qui doit toujours être confirmé par un second prélèvement. Ces approches, appelées encore **diagnostic direct**, sont également utilisées dans le cas d'un nouveau né de mère séropositive pour le VIH.



***Les infections
opportunistes au
cours du VIH/SIDA***

Chapitre 2 IV. INFECTIONS OPPORTUNISTES AU COURS DU VIH/SIDA :

Généralités, caractéristiques cliniques, diagnostic et traitements

Les infections opportunistes jouent un rôle essentiel dans l'aggravation clinique, biologique et dans la mortalité liée au sida. Elles sont la première cause de décès de la majorité des patients séropositifs et contribuent significativement à la pathogénie du sida. Malgré l'importance de l'état immunodéficient du patient séropositif, seuls quelques pathogènes sont capables de l'envahir. Par exemple, des 120 protozoaires et des 200 espèces fongiques pathogènes connues [11], seulement 12 espèces parasitaires et moins de 10 espèces fongiques sont capables d'infecter le patient séropositif, de se développer dans ses tissus et de déterminer une pathologie. Ces organismes habituellement « non pathogènes » franchissent les barrières déficitaires de l'hôte et entraîne une pathologie souvent grave. Ces microorganismes (virus, bactéries, champignons, et métazoaires) sont appelés « **pathogènes opportunistes** » [11].

IV.1 Les bactérioses et mycobactérioses :

IV.1.1 La Tuberculose :

Le risque de développer une tuberculose après la primo-infection ou après guérison apparente de plusieurs années s'accroît considérablement chez les personnes présentant un système immunitaire altéré [12]. En l'an 2000, les estimations au niveau mondial attribuaient à l'infection au VIH un cas de tuberculose sur sept. Selon l'OMS, 8 millions de cas de tuberculose et 2 millions de décès sont observés chaque année. Environ, un tiers des PVVIH sont co-infectées par *Mycobacterium tuberculosis* dont 70% vivent en Afrique et 22% en Asie du Sud-Est.

La tuberculose est la plus fréquente des manifestations pulmonaires du SIDA en Afrique [13]. Elle peut survenir à n'importe quel stade de l'infection à VIH. Son évolution est souvent sévère au cours du SIDA et elle tend à donner des formes extra pulmonaires (atteintes encéphaliques, digestives, cutanées et ganglionnaires).

Le risque de tuberculose chez un patient co-infecté par le VIH et le bacille de Koch est évalué à 8% par an [14]. Au Mali 13% des patients séropositifs pour le VIH font une tuberculose pulmonaire ou extra pulmonaire [13]. L'incidence de la tuberculose chez les patients séropositifs pour le VIH peut atteindre 50 à 60% des patients tuberculeux en Afrique subsaharienne [13].

Traitement curatif : [15]

Aucune spécificité par rapport à celui du patient VIH négatif :

Rifampicine : 10mg/kg/j ; isoniazide : 5mg/kg/j ; pyrazinamide : 35mg/kg/j

Ethambutol : 20 mg/kg/j.

La durée du traitement est de : 6 à 9 mois.

IV.1.2 Mycobactéries atypiques :

Mises en évidence peu de temps après les mycobactéries tuberculeuses, les mycobactéries atypiques n'ont eu un rôle pathogène reconnu chez l'hôte qu'à partir de la seconde moitié du vingtième siècle. La plupart de ces microorganismes ont été isolés de l'eau et du sol.

Les sources d'infection sont exogènes (aérolisation d'eau chaude dans les hôpitaux) et l'invasion tissulaire se fait via les muqueuses respiratoires ou digestives. Le principal agent pathogène est *Mycobacterium avium-intra cellulare complex* (MAIC), la plus connue des mycobactéries impliquées dans les infections liées au VIH/SIDA. La transmission aérienne joue un rôle dans les infections respiratoires liées à ce germe. Cependant, la contamination digestive est la source principale d'infection chez les enfants et les sujets atteints de SIDA. MAIC peut donner des syndromes très variés (cutanés, ostéo-articulaires, ganglionnaires, hématologiques, hépatiques [16]. L'inoculation directe est responsable d'infections des parties molles.

Le diagnostic repose sur la mise en évidence de MAIC à l'examen après coloration de Ziehl Nelsen ou à la culture des prélèvements de sang, de selles, et de moelle osseuse. L'histologie permet également de faire le diagnostic à partir des biopsies d'organes atteints. Il est à noter que la présence de MAIC au niveau pulmonaire n'est pas toujours pathogène et que la distinction entre colonisation et infection n'est pas aisée nécessitant la répétition des explorations [16]. L'infection à mycobactéries pourrait accélérer la progression vers le stade de SIDA en activant les lymphocytes CD4+ et en amplifiant la réplication virale.

Traitement : [15]

Le traitement curatif : l'association de clarithromycine (1 à 1,5g/j), d'Ethambutol (15mg/kg/j) et de rifabutine (300mg/j).

Le traitement d'attaque : la durée du traitement est de 3 à 6 mois selon les résultats cliniques microbiologiques et la restauration immunitaire.

La prophylaxie secondaire : l'association d'Ethambutol (15mg/kg/j) et de clarithromycine (1g/j). Cette prophylaxie doit être instituée sur 12 mois minimum si un traitement ARV est débuté.

IV.1.3 Les salmonelloses :

Ce sont des infections bactériennes qui semblent être très fréquentes chez les malades infectés par le VIH que dans la population générale. Elles peuvent survenir à tous les stades de la maladie. Les germes en cause, les plus fréquemment rencontrés sont : *Salmonella typhimurium* et *S. enteritidis*. Elles sont responsables de diarrhées aiguës, fébrile ou glairo-sanglantes, souvent associées à des douleurs abdominales. Les formes septicémiques ne sont pas rares. L'évolution de la diarrhée est souvent prolongée et fluctuante, les rechutes sont possibles [16].

Le diagnostic repose sur l'examen bactériologique des selles ou les hémocultures. Les cultures de biopsies coliques peuvent être utiles en cas de négativité des examens des selles.

Traitement : [15]

Elles répondent bien au traitement à base de :

- Ciprofloxacine : 500mg x 2/j pendant 10 jours.
- Péfloxacin : 400 mg x 2/j pendant 10 jours.
- Ceftriaxone : 50 mg/kg/ IVD pendant 5 à 10 jours
- Amoxicilline+ acide clavulanique : 50-100mg/kg/J pendant 10 jours.

IV.1.4 Autres infections bactériennes

De nombreuses autres bactéries sont considérées opportunistes associées au sida. Elles sont responsables d'infections graves pouvant mettre le pronostic vital en jeu. Il s'agit de *Shigella*, *Campylobacter*, *Clostridium difficile*, *Listeria monocytogenes*, *Legionella pneumophila*, essentiellement [16].

IV.2 Les parasitoses

IV.2.1 La pneumocystose

Pneumocystis jiroveci est un eucaryote unicellulaire capable d'adhérer spécifiquement aux cellules épithéliales alvéolaires de type 1 et de proliférer dans les poumons des patients immunodéprimés, provoquant une pneumonie sévère. Une perturbation profonde de l'immunité cellulaire est nécessaire à la prolifération parasitaire. Le sida est actuellement la

principale cause favorisante. Tous les stades connus de *Pneumocystis jiroveci* sont observés dans le poumon, mais la présence du parasite dans d'autres organes est rapportée de plus en plus fréquemment [17]. La Pneumocystose représentait encore en 1998 la pathologie inaugurale du sida la plus fréquente en France [17].

Le diagnostic de certitude nécessite la mise en évidence de *P.jiroveci* dans les crachats induits ou dans le lavage broncho-alveolaire ou aspiration trachéobronchique (rarement réalisé en milieu tropical).

Traitement : [15]

➤ Traitement curatif :

- Cotrimoxazole :
- Par voie IV : 3 ampoules x 2fois/jour ;
- Ou par voie orale : cotrimoxazole fort* 6 CP/j pendant 3 semaines.
- Adjonction de corticothérapie si hypoxémie 70mmHg et d'une oxygénothérapie.
- En cas d'intolérance au cotrimoxazole, l'alternative devient :
 - soit la pentamidine (pentacarinat) : 3-4mg/kg ou en aérosol : 300mg/j
 - Soit l'atovaquone : 750 mg, 2 en suspension buvable dans les formes à gravité moyenne.

➤ Prophylaxie secondaire :

- Cotrimoxazole, 960mg 1 CP/j
- ou pentamidine : 300 mg en aérosol/mois.

➤ Prophylaxie primaire

Elle est justifiée lorsque le taux de lymphocytes TCD4+ est inférieur à 200/mm³ ; elle est également recommandée lorsque le patient est traité par chimiothérapie prolongée. Elle se fait à base de cotrimoxazole fort*(1cp/j).

IV.2.2 La toxoplasmose :

La toxoplasmose cérébrale est la plus fréquente des infections opportunistes du système nerveux central (15 à 30% des sujets VIH+ en zone tropicale). La localisation cérébrale est la plus fréquente, mais des formes pulmonaires et disséminées sont aussi observées.

Toxoplasma gondii est un protozoaire parasite intracellulaire du groupe apicomplexa. Son cycle biologique a lieu entre un hôte définitif spécifique, le chat, et des hôtes intermédiaires peu spécifiques (rongeurs, primates, oiseaux). Le parasite développe chez le chat un cycle sexué qui conduit à la formation d'oocystes. Chez l'homme, la contamination se fait

principalement par voie orale, par ingestion d'oocystes sporulés provenant du sol ou de bradyzoïtes contenus dans de la viande insuffisamment cuite.

La biopsie cérébrale permet après étude anatomopathologique d'identifier *T. gondii* dans 75% des cas [18]. Au Mali, une étude menée en 2001 a révélé que la toxoplasmose représente 2,04% des lésions cérébrales focalisées au cours du VIH/SIDA [18].

Traitement : [15]

La durée du traitement est de 6 à 8 semaines.

Le traitement utilisé est l'association Pyriméthamine +Sulfadiazine :

Pyriméthamine : 50 mg/j en 1 prise orale chez l'adulte.

+Sulfadiazine : 100 mg/Kg/J (4 à6 g/J) en 2 prises orales

IV.2.3 La cryptosporidiose

Cryptosporidium parvum est une coccidie monoxène (cycle à un seul hôte), responsable de diarrhées importantes mais spontanément résolutive chez l'immunocompétent. Chez le sujet infecté par le VIH, *Cryptosporidium parvum* est responsable de diarrhée souvent grave (1 à 17 litres par jour). Le mécanisme de cette diarrhée n'a pas été établi. Les hypothèses d'épuisement énergétique des entérocytes ou de libération d'entérotoxines ont été évoquées. Cette diarrhée peut être associée à un syndrome de malabsorption. La prévalence de la cryptosporidiose se situe entre 5 et 20% dans les pays tropicaux. Dans une étude réalisée à Tunis en 1999 sa prévalence était de 17,24% chez les sidéens [16].

L'homme se contamine en ingérant les oocystes sporulés qui sont directement infectants lorsqu'ils sont libérés dans le tube digestif. La cryptosporidiose intestinale symptomatique survient lorsque le taux de CD4+ est bas (<100/mm³) [19]. Au Mali une étude réalisée en 2002 révélait que la cryptosporidiose était la parasitose digestive la plus fréquente dans le service des maladies infectieuses, avec une prévalence de 23% [19]. Le diagnostic repose sur la visualisation des oocystes dans les selles par la coloration de Ziehl-Neelsen modifiée [16].

Traitement : [15]

Il n'existe aucun traitement d'efficacité indiscutable contre la cryptosporidiose. La base du traitement est essentiellement symptomatique. Des essais prometteurs ont été entrepris avec le nitrazoxanide* 500mg 2/j pendant 14 jours. L'utilisation de la paramomycine à raison de 2g/j pendant 4 semaines semble procurer un bénéfice clinique chez certains patients.

IV.2.4 Les microsporidioses

Les microsporidies sont des protozoaires parasites obligatoires très répandus chez les vertébrés et les invertébrés. Ils exercent un parasitisme intracellulaire qui entraîne une activité pathogène importante [20]. Six genres de microsporidies ont été rapportés chez l'homme. Les espèces importantes observées chez les patients atteints de SIDA sont *Enterocytozoon bieneusi* ; *Encephalitozoon intestinalis* [16]. Les microsporidies développent en général leur cycle dans un seul hôte. Habituellement les spores infectantes contaminent l'hôte par voie orale. *E.bieneusi* a été retrouvé dans les selles de 30% des patients présentant une diarrhée chronique [21]. Il peut également être présent en l'absence de symptômes digestifs. Le risque d'infection par *E.bieneusi* devient élever lorsque le taux de lymphocytes CD4+ est inférieur à 200/mm³ [22]. Au Mali les microporidioses représentaient 3,57% des parasites digestives dans le service de médecine interne et 4% dans le service des maladies infectieuses en 2002 [19]. La diarrhée est chronique, mais son importance est souvent fluctuante. Elle est souvent associée à une malabsorption non négligeable des aliments [19].

Le diagnostic repose sur l'examen des selles avec mise en œuvre de colorations spécifiques : fluorochrom « UVITEX, trichromes (WEBER), immunofluorescence avec anticorps monoclonaux spécifique ». *E.intestinalis* est quant à elle identifiée essentiellement dans la muqueuse intestinale, parfois dans les urines et les sinus des patients atteints des SIDA. Sa fréquence est faible, de l'ordre de 2% [16].

Traitement : [15]

En plus du traitement symptomatique on administre de l'Albendazole : 400 mg/j pendant 1 mois. La fumagiline est une alternative, surtout pour les souches *bieneusi*. Le Metronidazole est également une alternative.

IV.2.5 Isosporose

Isospora belli est une coccidiose intestinale relativement fréquente en Asie et en Afrique [23]. Il est à l'origine de 1 à 3% des diarrhées observées au cours du SIDA aux Etats-Unis, mais atteint 15 à 20% des malades dans les pays en voie de développement [22]. *Isospora belli* provoque une diarrhée liquidienne de type sécrétoire et s'accompagne souvent de fièvre. Le diagnostic repose sur l'examen parasitologique standard des selles [22].

Le traitement : [15]

Les traitements utilisés sont :

- Le Cotrimoxazole : 80 mg (sulfamethoxazole)/kg/j pendant 10 à 15 jours (2 CP cotrimoxazole 960 mg 2/j)

- Traitement d'entretien : cotrimoxazole fort* : ½ cp/j.
- En cas d'allergie : Ciprofloxacine 500 mg, 2 fois/j pendant 7 jours puis 500 mg 3 fois/semaine en entretien.
- Pyriméthamine : 100 mg (associé à 10 mg/j d'acide folinique) pendant 14 jours puis 25 mg/J (associé à 5mg/j d'acide folinique) en entretien.

IV.2.6 La cyclospore

Les espèces de *Cyclospora* sont des coccidies intestinales récemment décrites chez l'homme et d'autres primates [24]. La prévalence de la cyclospore était de l'ordre de 9,8% selon une étude réalisée au Venezuela en 2001 [31]. Leurs caractéristiques cliniques, comparable à celles des autres parasites opportunistes du SIDA, présentent des troubles digestifs, des nausées, des vomissements, de la fièvre et de la malabsorption intestinale. Ceci entraîne une altération de l'état général et une déshydratation.

Le diagnostic repose sur la visualisation des oocystes dans les selles par coloration de Ziehl-Neelsen. [24]

Traitement : [15]

Le traitement de la cyclospore repose sur :

- Cotrimoxazole : 80mg/Kg/j pendant 10 à 15 jours (2 comprimés forme forte à 960 mg x 2/j); puis à ½ doses en traitement d'entretien.
- En cas d'allergie : Ciprofloxacine 500 mg 2 x/j pendant 7 jours, Puis 500mg x 3 x/semaine en entretien.

IV.3 Les viroses

IV.3.1 Infections à CMV (cytomégalovirus)

Le CMV est responsable d'atteintes viscérales chez de nombreux patients séropositifs pour le VIH. Il cause des rétinites au cours desquelles la réaction inflammatoire qui s'accompagne de microhémorragies péri-vasculaires importantes, peut conduire à l'infarctus rétinien et à la cécité. La rétinite à CMV survient à un stade avancé du SIDA, lorsque le nombre de lymphocytes CD4+ est inférieur à 50/mm³, et la charge virale en VIH élevée [25]. Le CMV est en plus responsable d'hépatite et peut donner des lésions cérébrales comparables à celles causées par *Toxoplasma gondii* [26].

Les atteintes pulmonaires primaires à CMV semblent plutôt rares, mais l'association à *P.jiroveci* est fréquente. Le CMV peut également donner des lésions oesophagiennes ulcérées ou être à l'origine de colites avec émission de selles sanguinolentes [26].

Traitement : [15]

Le traitement repose sur :

- Ganciclovir (Cymévan)
 - Attaque : 10 mg/kg/jour en 2 perfusions IV de 1 heure pendant 3 semaines.
 - Entretien : 5 mg/kg/jour en 1 perfusion IV de 1 heure ou 3 g/j per os.
 - En raison de la toxicité hématologique et rénale, faire un bilan hebdomadaire comprenant hémogramme et créatinémie.
- Traitement d'alternatif : foscarnet (foscavir)
 - Attaque : 180mg/kg/j en 2 perfusions IV de 2 heures
 - Entretien : 100 à 120mg/kg/j en 1 perfusion IV de 2 heures

IV.3.2 Infection à Herpes simplex (HSV1 et HSV2)

Le virus herpes simplex 2 (HSV2) est responsable des localisations ano-génitales.

Le virus herpes simplex 1 (HSV 1) est à l'origine d'infection de la sphère oro-faciale mais aussi responsable de 15 à 40% des herpes génitaux. La transmission par voie sexuelle (grande contagiosité), rôle facilitant dans la transmission du VIH, survient avec des CD4<100/mm³. Le diagnostic repose plus sur la culture virale que sur le cytodagnostic de Tzank, la biopsie cutanée ou l'immunofluorescence. [27]

Traitement : [15]

Le but du traitement est de soulager le malade, raccourcir la durée de poussée et espacer les récurrences.

- traitement local :
 - Eosine aqueuse à 1% ou solution de milan : assèchent les lésions
 - Aciclovir en pommade
- traitement général :
 - herpès récidivant ou chronique :
Aciclovir (Zovirax) (CP de 200mg : 5 à 7 CP/j pendant 5 jours, puis 2 à 4 CP/j pendant 1 mois
 - valaciclovir (Zelitrex) (CP 500 mg): 1 CP 2 /j pendant 5 jours
 - herpès cutanéomuqueux extensif ou nécrosant :
Aciclovir IV : 15 mg/j en 3 perfusions IV pendant 7 à 14 jours ;
Relais par voie orale : 4 CP/j en 4 prises pendant 2 semaines.

IV.3.3 Infection au VZV (varicelle zona virus) ou Herpes zoster

Le VZV est responsable du zona chez les patients immunodéprimés. Tout zona chez un patient de moins de 60 ans doit faire proposer une sérologie VIH. L'infection s'observe dans 40 à 70% des cas, par réactivation du VZV, à n'importe quel stade évolutif de l'infection du VIH. Le plus souvent localisé au niveau thoracique, céphalique notamment ophthalmique. Les récurrences sont fréquentes et augmentent avec l'immunodépression [28].

Traitement : [15]

- **Général** : Commencer avant la 72^{ème} heure suivant l'éruption.

Si grave avec atteinte oculaire ou complications neurologiques :

Aciclovir (Zovirax): 30mg/Kg/j en 3 perf.IV pendant 10 jours.

Valaciclovir (Zelitrex) : 1g x 3/J pendant 7jours.

Si résistance à l'Aciclovir : foscarnet 30-40 mg/kg/8h perf IV.

- **Local** :

- Bain quotidien à l'eau tiède avec un savon dermatologique
- Eosine aqueuse à 1% ou solution milian.

- Antibiothérapie si surinfection.

- Algies post zostériennes :

-Antalgique usuels,

-Antidépresseurs :

Amitriptyline (laroxyl), clomipramine (Anafranil), carbamazepine (Tegretol)

IV.3.4 Infection à Epstein Barr virus (EBV)

Le virus EBV est impliqué dans les lésions de leucoplasie chevelue de la langue, dans les lymphomes cérébraux, et il est également l'agent d'une pneumonie lymphoïde interstitielle. Après la primo-infection, ce virus demeure latent dans les lymphocytes B [27].

IV.3.5 Infection par papovavirus

Les papovavirus sont responsables de leuco-encéphalopathie multifocale progressive (LEMP) chez les patients séropositifs pour le VIH. Le tableau clinique se caractérise par une dysphasie, ataxie, symptômes focaux et des lésions traduisant une démyélinisation (astrocytes et oligodendrocytes dilatés contenant des corps d'inclusion éosinophiles) [27].

IV.3.6 Condylomes

Les papillomavirus humains (HPV) infectent donc strictement l'homme ou la femme. Ils sont transmis par contact direct à travers des microlésions de la peau ou des muqueuses, ou au cours de rapports sexuels. La transmission de la mère à l'enfant, au moment de l'accouchement, peut être à l'origine d'une papillomatose laryngée chez l'enfant, si la mère est porteuse de condylomes anaux ou génitaux. L'infection génitale à papillomavirus humain est l'une des maladies sexuellement transmises les plus fréquentes chez l'homme et chez la femme, et 40 % des femmes en activité sexuelle sont ou ont été exposées à ces virus. La prévalence de l'infection à papillomavirus est augmentée dans la population infectée par le

VIH, et ceci est corrélé à l'immunodépression. Tous facteurs de risques équivalents par ailleurs, la prévalence de l'infection à HPV est de 22 % chez les femmes séronégatives, de 45 % chez les femmes séropositives ayant plus de 200 CD4/mm³ et de 60,7 % chez les femmes ayant moins de 200 CD4/mm³. Les infections multiples, par plusieurs types d'HPV, sont également plus fréquentes (36 % contre 12 % pour les femmes séronégatives).

IV.3.7 Infections à poxvirus

Ce virus est fréquemment impliqué dans les lésions étendues et spectaculaires chez les patients atteints du sida. Le poxvirus est responsable du *Molluscum contagiosum* qui se présente comme des papules ombiliquées, blanches rosées, en nombre variable, prédominant au niveau du visage ou du pubis. Ils surviennent en plus grand nombre à un stade avancé de l'immunodépression [16].

IV.3.8 La maladie de kaposi

La maladie de kaposi est la plus fréquente des tumeurs observées chez les patients VIH+, retrouvée chez 10-30% des patients au stade sida. Maladie endémique en Afrique centrale, elle est devenue épidémique sur tout le continent avec l'avènement du VIH et sida, touche principalement les hétérosexuels masculins (contrairement à l'Europe où elle touche essentiellement les homosexuels masculins). Elle est causée par le virus herpes humain type 8 (HHV 8), identifié depuis 1994 comme agent responsable. En Zambie 41% des patients atteints de sida présentaient une maladie de Kaposi [34]. L'atteinte cutanée est au premier plan [36].

Traitement : [15]

Le traitement repose sur :

Local :

- radiothérapie,
- laser CO₂,

-(vinblastine ou bléomycine intra lésionnelle), bêta-HCG intra lésionnelle.

Général :

- Interféron alpha-2b recombinant,
- Chimiothérapie cytotoxique
 - bléomycine : 10-15 mg IM ou IV, tous les 14 jours,
 - Vinblastine : 0,1 mg/kg IV, tous les 14 jours,
 - Vincristine : 2 mg IV, tous les 14 jours,
 - Doxorubicine : 20 -30 mg /m² IV, tous les 14 jours

IV.4 Les mycoses

Les infections fongiques sont les plus fréquentes au cours de l'infection VIH. Les mycoses principalement rencontrées sont les candidoses et les cryptococcoses. Cependant les champignons dimorphiques (histoplasmoses) ne sont pas rares. Ces infections peuvent révéler la séropositivité. Leur gravité varie beaucoup, depuis la candidose oro-pharyngée relativement bénigne jusqu'aux cryptococcoses et aspergilloses invasives de mauvais pronostic [16].

IV.4.1 Les candidoses

La candidose buccale (muguet) est présente chez plus de 50% des patients en phase de sida : la langue et la bouche sont tapissées d'enduits blanchâtres reposant sur une muqueuse fragile et inflammatoire. Il apparaît dès que les CD4 sont < à 300/mm³. La candidose oesophagienne est souvent associée à la candidose buccale en cas d'immunodépression sévère (moins de 200 CD4/mm³). La candidose ne semble jouer aucun rôle dans la diarrhée, mais elle peut aggraver la dénutrition et conduire rapidement à la cachexie car l'atteinte oesophagienne empêche souvent le patient de s'alimenter. On observe également des candidoses anales (peu fréquentes), et génitales qui se distingue par son extension vers le périnée et les cuisses [29].

Traitement : [15]

Le traitement repose tout d'abord sur :

- Local :
 - -Nystatine CP : à sucer 500 000 UI x 4/j ou miconazole sp. : 4 cuillères mesures x 3/j.
- Général :
 - Amphotéricine B : 2 gélules x 2/j ou 1ml/2kg/j per os pendant 15 jours.
 - ketoconazole : 200 mg x 2/j pendant 15 jours.

- fluconazole : 50-100 mg/j (3 à 5mg/kg) en 1 prise per os pendant 15 jours.

IV.4.2 La cryptococcose

Le SIDA est devenu le principal facteur favorisant de la cryptococcose avec une prévalence qui varie de 6 à 8.5% aux Etats-Unis, 3 à 6% en Europe, 30% en Centrafrique, 0.72% au Sénégal. En France, 86% des cryptococcoses surviennent chez des patients infectés par le VIH [30]. En Cote D'ivoire, la cryptococcose représentait 53% des étiologies des méningites lymphocytaires, essentiellement chez les patients infectés par le VIH [31].

Au Mali, la fréquence de la cryptococcose est estimée à 2,5% [32]. Seul l'isolement du cryptocoque permet d'affirmer le diagnostic. L'examen direct après coloration à l'encre de chine et la culture sur le milieu de Sabouraud permettent l'identification du cryptocoque.

Il peut également être isolé dans les hémocultures, les produits de lavage broncho alvéolaires, les lésions cutanées, l'urine, le foie, la moelle [26].

Traitement : [15]

Le traitement curatif dépend du site anatomique de l'infection, du statut immunitaire et de l'état clinique du patient.

- Le traitement des localisations pulmonaires, cutanées, viscérales ou urinaires chez l'immunodéprimé fait appel au Fluconazole (200-400mg/j). En cas d'intolérance au Fluconazole, l'itraconazole (200-400mg/j) est une alternative. Lorsque l'état clinique est très altéré, on y associe le flucytosine (100-150mg/j) pendant 10 semaines.
- L'approche thérapeutique de la localisation neuro-méningée est la mieux codifiée.
 - En traitement d'attaque : on utilise l'amphotérecine B (0,7-1mg/kg/j) associé au flucytosine (100mg/kg/j en 4 prises) pendant 2 semaines, suivi par la prise de Fluconazole (400mg/j) pendant au moins 10 semaines.

L'association : Fluconazole (400-800mg/j) et flucytosine (100-150mg/kg/j) pendant 6 semaines est une alternative.

- La prophylaxie secondaire : Fluconazole (200-400mg/j).

IV.4.3 L'histoplasmose

Dans sa forme disséminée, l'histoplasmose à *Histoplasma capsulatum* constitue un critère de SIDA. La maladie peut être liée à une réactivation, une primo infection ou à une ré-contamination. Elle survient principalement chez les patients ayant moins de 200 lymphocytes TCD4+/mm³. La fièvre est un symptôme très fréquent (75%). On observe des atteintes pulmonaires, hépatosplénique, digestive et cutanéomuqueuses.

Une atteinte du système nerveux central et en particulier des méninges est observée dans 18% des cas. Le diagnostic est souvent porté par les résultats des cultures (peau, muqueuses, hémoculture, myéloculture, liquide de lavage broncho-alvéolaire). La sérologie est peu fiable chez les patients ayant une immunodépression évoluée.

IV.4.4 Infections à Aspergillus

Ce sont des infections plus fréquemment décrites chez les patients en cas de neutropénie ou de traitement prolongé par des corticoïdes, favorisée par une immunodépression sévère ($CD4 < 50/mm^3$). Les espèces fongiques le plus souvent en cause sont *A. fumigatus*, *A. flavus*, *A. niger* et *A. terreus*. Selon Gol et Coll la prévalence de l'aspergillose invasive augmente l'immunodépression. Cette pathologie a disparaitre avec avènement des ARV [34].

Traitement : [15]

Le traitement repose sur :

Voriconazole : 6 mg/kg x2 fois/j à J1 puis 4mg/kg x 2 fois par jour est le traitement de première ligne.

Amphotéricine B : en perfusion intraveineuse : 0,7-1 mg/kg/j est l'option thérapeutique de première ligne ou une alternative.

Itraconazole : 600 mg/jour par dose de charge pendant 48 heures, puis 400 mg/jour, durée du traitement d'attaque 4-6 semaines. Traitement de deuxième intention.

Chez les patients VIH (+), le traitement sera poursuivi : jusqu'à correction de l'immunité ($CD4 > 200/mm^3$) et jusqu'à la guérison clinique, biologique et radiologique.



Les antirétroviraux

Chapitre 3 V. LES ANTIRETROVIRAUX (ARV)

V.1 Définition des ARV

Les antirétroviraux constituent un groupe de médicaments utilisé pour le traitement des infections liées aux rétrovirus. Ils sont actifs sur les virus du syndrome de l'immunodéficience acquise (VIH1 et VIH2). Il s'agit de médicaments essentiellement virostatiques qui agissent par inhibition enzymatique [15].

V.2 Les médicaments anti-rétroviraux :

V.2.1 Les Inhibiteurs Nucléosidiques de la Reverse Transcriptase (INRT) :

Ils représentent les premiers ARV mis sur le marché et sont des dérivés nucléosidiques naturels. Leur diversité permet d'adapter les traitements ARV selon leurs effets secondaires chez un patient donné. Le tableau 2 liste les inhibiteurs nucléosidiques.

Noms	Effets secondaires les plus fréquents	Recommandations et commentaires
RETROVIR (AZT/Zidovudine) 1 comprimé, 2 fois/jour	<ul style="list-style-type: none"> - Anémie, céphalée, fatigue - Risque de cytopathies mitochondriales chez le nouveau-né si la mère a reçu l'association Zidovudine+Lamivudine. - Hyperpigmentation de la peau et surtout des ongles 	Suivi sanguin pour surveiller l'apparition d'éventuelle anémie
VIDEX (DDI/didanosine) 1 comprimé/jour	<ul style="list-style-type: none"> - Troubles digestifs - Troubles hépatiques et risques de pancréatite aiguë en association avec Zerit. - Neuropathie périphérique 	<ul style="list-style-type: none"> - Vigilance sur l'apparition de neuropathies périphériques. - Prendre à jeun strict, et à distance des autres médicaments, 2h avant ou après le repas. - Risque de pancréatite, surtout en cas de consommation d'alcool
ZERIT - (D4T/Stavudine) 1 gélule, 2 fois/jour	<ul style="list-style-type: none"> - Neuropathie périphériques - Toxicité hépatique et pancréatique - Troubles métaboliques : diabète, lipodystrophie, etc. 	<ul style="list-style-type: none"> -Vigilance sur l'apparition des neuropathies périphériques. -Risque de pancréatite, surtout en cas de consommation d'alcool. .Risques majoré de lipodystrophie.
EPIVIR (3TC/Lamivudine)	-Troubles digestifs, céphalée, fatigue	- la Lamivudine agissant aussi contre le VHB, en tenir compte en cas de co-infection, aussi bien à l'initiation qu'à l'arrêt du traitement.

ZIAGEN (ABC/Abacavir) 1 comprimé, 2 fois/j	- Troubles digestifs, fatigue, céphalées. - Acidose lactique, avec hépatomégalie, stéatose. - Risque d'allergie grave surtout les 1 ^{ers} mois. - Symptômes : rougeurs cutanées, démangeaisons, fièvre, nausée, vomissements, diarrhée, courbature, malaise général, maux de gorge, toux, sensation d'essoufflement.	- Non recommandé chez la femme enceinte - En cas d'arrêt du traitement pour hypersensibilité, ne jamais reprendre l'abacavir ; risque mortel.
VIREAD (TDF/tenofovir) 1 comprimé/jour	- Troubles gastro-intestinaux (vomissements, nausée, diarrhée, flatulences) - Diminution du phosphate sanguin. - Insuffisance rénale.	- A prendre au moment du repas. - Surveillance de la fonction rénale recommandée. - Le Ténofovir agit aussi contre le VHB, en tenir compte en cas de co-infection.

Tableau II: Liste des inhibiteurs nucléosidiques avec la posologie, les effets secondaires et recommandations [35]

V.2.2 Les inhibiteurs Non Nucléosidiques de la Réverse transcriptase (INNRT) :

Ils sont puissants et sélectifs mais inactifs sur le VIH-2 (Tableau 3)

Noms	Effets secondaires les plus fréquents	Recommandations et commentaires
SUSTIVA (EFV/Efavirenz) 1 comprimé /jour	- Sensation d'ébriété, vertiges, cauchemars, hallucinations - Troubles du comportement et de l'humeur. - Eruption cutanée parfois sévère (rash)	- A prendre au coucher - Surveiller la fonction hépatique - Contre indiqué durant la grossesse.
VIRAMUNE (NVP/nevirapine) 1 comprimé/jour sur 14 jours ; puis 2/jour	- Risque d'allergie : fièvre, éruption cutanée sévère (rash) - Atteintes hépatiques graves.	- Contre indiqué si insuffisance hépatique sévère d'où surveillance attentive - Risque d'allergie à viramune pouvant atteindre la peau et le foie. - L'initiation doit être progressive et nécessite une surveillance accrue surtout en cas de co-infection.
RESCRIPTOR (Delavirdine) 4 comprimés par jour Prendre 1 heure avant ou après DDI ou un antiacide	éruption cutanée, prurit, fièvre, céphalées, anorexie, nausées, vomissements, diarrhée, augmentation des transaminases.	hypersensibilité, grossesse, allaitement

Tableau III: Liste des Inhibiteurs Non Nucléosidiques de Reverse Transcriptase avec la posologie, Les effets secondaires et recommandation /commentaires [35]

V.2.3 Les inhibiteurs de protéases (I.P) :

Les inhibiteurs de protéases bloquent la phase tardive de la maturation virale. Les IP du VIH agissent au niveau du processus d'assemblage des protéines virales nouvellement synthétisées en inhibant l'action d'une enzyme clé qu'est la protéase. Ils conduisent à la production de virions immatures, défectifs et incapables d'infecter de nouvelles cellules. Ils sont actifs sur les cellules infectées de façon chronique contrairement aux inhibiteurs de la transcriptase inverse. Les inhibiteurs de protéases sont, in vitro, tous actifs sur le VIH-1 et le VIH-2 à des concentrations nanomolaires. Contrairement aux inhibiteurs de la reverse transcriptase, les IP sont directement actifs le virus [9].

Noms	Effets secondaires les plus fréquents	Recommandations et commentaires
CRIVAN (I DV/indinavir) 2 gélules, 3 fois /jour	Calculs rénaux, troubles digestifs, sensation anormale autour de la bouche, sécheresse cutanée, perte des cheveux, hypertriglyceridemie, hypercholestérolémie, hyperglycémie, lippodystrophie etc.	-A prendre à jeun avec de l'eau, sauf si pris avec du ritonavir à 1 heure d'intervalle du videx. - Boire au moins 1,5 litre d'eau par jour pour éviter les calculs rénaux.
NORVIR (ritonavir) 6 capsules, 2 fois/jour	-Troubles digestifs, sensation anormale autour de la bouche, neuropathies périphériques, hypertriglyceridemie, Hypercholestérolémie, hyperglycémie.	- A prendre au cours des repas - Le ritonavir est recommandé à faible dose en association à une autre antiprotease, comme booster - A conserver au frais.
KALETRA (LPV.r/Lopinavir+ritonavir) 2 comprimés, 2 fois/jour	- Diarrhée, nausées, vomissements, -Eruption cutanée, fatigue, hypertriglyceridemie, hypercholestérolémie, hyperglycémie, lippodystrophie	- Contre indiqué en cas d'insuffisance hépatique sévère. - Contient du ritonavir, comme booster. - A prendre à 1h d'intervalle du videx
INVIRASE (SQV/Saquinavir) 2 gélules, 2fois /jour	-Diarrhée, Lippodystrophie Hypertriglyceridemie Hypercholestérolémie, hyperglycémie	A prendre avec un repas copieux. -Associer au ritonavir en faible dose, indispensable pour garantir une efficacité suffisante.
APTIVUS (TPV/tipranavir) 2 gélules, 2 fois /jour	Diarrhée, Eruption cutanée Hypertriglyceridemie Hypercholestérolémie, hyperglycémie	-A prendre au moment du repas. -Prendre ce traitement au moment du coucher peut minimiser les effets indésirables. -Associer à 2 capsules de ritonavir, à chaque prise.
AGENERASE (APV/amprénavir) 4 capsules, 2 fois /jour	Eruption cutanée en début du traitement, troubles digestifs, troubles Neurologiques : paralysie autour de la bouche, Lippodystrophie Hypertriglyceridemie Hypercholestérolémie, hyperglycémie	-Surveiller les fonctions hépatiques et rénales ainsi que la glycémie et lipides sanguins. -A prendre au cours du repas. -Association avec ritonavir de préférable pour augmenter l'efficacité.

PRESZISTA (TMC114 /darunavir) 2 comprimés, 2 fois /jour	Céphalée, nausées, diarrhées	-Doit être associée à de faibles doses de ritonavir. -A prendre au cours du repas.
REYATAZ (AZT/atazanavir) 2 gélules, 1 fois /jour	Troubles digestifs. En début de traitement il peut entraîner une jaunisse (par augmentation de la bilirubine sanguine), troubles de la vision.	-A prendre au cours du repas -Associé à une gélule de ritonavir
TELZIR (APV/fosamprénavir) 1 comprimé, 2 fois /jour	- Nausées, Hypertriglyceridemie Hypercholestérolémie, hyperglycémie	- Permet de remplacer les 8 gelules quotidiennes d'amprénavir. - A prendre au cours du repas. - Doit être associée à une gélule de ritonavir, à chaque prise.
VIRACEPT (NFV/nelfinavir) 3 comprimés, 3 fois /jour	- Troubles gastro-intestinaux à type de diarrhée, vomissements, nausées. - Intolérance au glucose, hyperinsulinisme Hyperlipidémie	-A prendre au cours des repas. Ceci augmente de deux à trois fois l'absorption.

Tableau IV : Liste des Inhibiteurs de protéases avec la posologie, les effets secondaires et recommandations [35]

V.2.4 Les inhibiteurs de fusion

On distingue plusieurs mécanismes possibles d'inhibition de l'entrée du VIH dans l'organisme.

- l'inhibition de la liaison au récepteur CD4
- les inhibiteurs des récepteurs aux chimiokines: antagonistes de CXCR4 ou antagonistes de CCR5;
- les inhibiteurs de fusion VIH/membrane cellulaire-hôte

Enfuvirtide (fuzeon,T-20*) [90]. AMM 2004

Présentation : préparation injectable de 90 mg /ml.

Posologie : Adulte et Enfant >16ans : la dose sélectionnée est de 90 mg deux fois par jour en injection sous-cutanée. Garde une activité sur les virus résistants aux autres antiviraux

V.2.4.1 Les molécules ARV en développement

__ Les INRT :

- le DAPD (Amdoxovir), analogue nucléosidique de la guanine active sur les souches résistantes à l'AZT, au 3TC, au D4T;

__ Les INNRT:

- Capravirisine: active sur les souches résistantes aux autres molécules de la même classe;

- Emivirine (MKC442 ou Coartimon®): activité similaire aux autres INN;

__ Les IP:

- Tipranavir: actif in vitro sur des souches résistant aux autres IP. Les effets secondaires seraient principalement digestifs.

-BMS 232 632: profil de résistance différent des autres IP

- Le TMC-114

__ Les autres molécules

- Les Inhibiteurs de fusion:

+Le T-1249, est un inhibiteur de fusion un peu différent du T-20, il garde une bonne efficacité sur les virus résistants au T-20;

Les inhibiteurs des co-récepteurs du VIH: le SCH-C inhibiteur de CCR5 est administré per os et a démontré une efficacité antivirale.



***Prise en charge
antirétrovirale du
VIH/SIDA au Mali***

Chapitre 4 VI. PRISE EN CHARGE ANTIRETROVIRALE DU VIH/SIDA AU MALI : [40]

VI.1 Prise en charge thérapeutique du VIH :

Objectif : 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.

Le principe du traitement :

- 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 multithérapie associant généralement deux inhibiteurs nucléosidiques/nucléotidiques de la transcriptase inverse (INTI) à un inhibiteur non nucléosidique 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.

VI.2 Protocoles thérapeutiques antirétroviraux chez l'adulte et l'adolescent :

VI.2.1 Indication du traitement :

L'indication au traitement sera fonction de l'état clinique, immunologique et/ou virologique du patient.

VI.2.1.1 Si la numération des lymphocytes CD4 est disponible :

On se basera sur la clinique et/ou le comptage des lymphocytes T CD4

Stade III et IV de l'OMS quelque soit le taux de lymphocytes CD4.

Stade II de L'OMS ou stade I avec un taux de lymphocytes CD4 < 350 /mm³

Pour les patients stade I ou II OMS ayant un taux de lymphocytes CD4 entre 350 et 500/mm³, le traitement sera discuté en fonction de :

- L'évolutivité clinique
- l'existence de co-morbidité : Hépatite B, Hépatite C, néphropathie ou autre atteinte d'organe liée au VIH
- la charge virale quand elle est disponible (charge virale supérieure à 100000 copies/ml à deux contrôles)
- la motivation du patient.
- le taux de lymphocytes T CD4 < 15% des lymphocytes totaux

Pour les patients asymptomatiques avec des lymphocytes T CD4 supérieur à 350 et inférieur à 500/mm³ et une charge virale <100.000copies/ml, le traitement n'est pas recommandé et l'on procédera à une surveillance des lymphocytes T CD4 tous les 3 à 6 mois.

VI.2.1.2 Si la numération des lymphocytes CD4 n'est pas disponible :

On se basera sur la clinique et le taux des lymphocytes totaux.

Stade IV et III de l'OMS quelque soit le taux des lymphocytes totaux

Stade II OMS avec un taux de lymphocytes totaux < 2100/ mm³

VI.2.2 Schémas thérapeutiques

Est considéré comme schéma de première ligne tout schéma de première intention prescrit chez un sujet naïf (exception faite de la PTME) de tout traitement antirétroviral. Toute substitution en cas d'intolérance par exemple est aussi considérée comme un schéma alternatif de première ligne.

Est considéré comme schéma de deuxième ligne tout schéma prescrit après **échec** thérapeutique de 1^{ère} ligne.

VI.2.2.1 Schémas de première ligne pour le HIV-1

Il associe deux inhibiteurs nucléosidiques/nucléotidiques de la transcriptase inverse (INTI) et un inhibiteur non nucléosidique de la transcriptase inverse (INNTI).

Les régimes préférentiels en première intention sont les suivants :

Zidovudine (ZDV, AZT) + Lamivudine (3TC) + Névirapine (NVP)

Zidovudine (ZDV, AZT) + Lamivudine (3TC) + Efavirenz (EFV)

Ténofovir (TDF) + Lamivudine (3TC) ou Emtricitabine (FTC) + Efavirenz (EFV)

Ténofovir (TDF) + Lamivudine (3TC) ou Emtricitabine (FTC) + Névirapine (NVP)

Les régimes alternatifs suivants sont possibles :

- . Abacavir (ABC) + Lamivudine (3TC) + Efavirenz (EFV)
- Le d4T contenu actuellement dans les schémas en cours devra être progressivement substitué par un autre inhibiteur nucléosidique/nucléotidique de première ligne.

Ils seront utilisés en cas de contre indication ou de toxicité à une ou plusieurs molécules du schéma préférentiel de première ligne. La molécule incriminée sera ainsi remplacée selon les modalités suivantes (Tableau 5), en tenant compte de la sévérité de l'effet secondaire :

ARV 1 ^{er} Ligne	TOXICITE LA PLUS FREQUENTE	CHANGEMENT
ABC	Réaction d'hypersensibilité	AZT ou TDF
AZT	Anémie sévère ou neutropénie ou neutropénie < 500/mm ³	TDF ou ABC
	Intolérance gastro-intestinale sévère	ABC
	Acidose Lactique	TDF ou ABC
TDF	Toxicité rénale	AZT ou ABC
EFV	Toxicité persistante et sévère du système nerveux centrale.	NVP ou TDF ou ABC
	Tératogenité (femme première trimestre de grossesse ou en âge de procréer sans contraception adéquate.)	NVP ou ABC
NVP	Hépatite	EFV ou TDF ou ABC
	Réaction hypersensibilité	TDF ou ABC
	Rash sévère ou mettant la vie en danger (Syndrome de Stevens Johnson et Lyell)	

Tableau V : Récapitulatif des régimes alternatifs utilisés en fonction de la toxicité des régimes de première intention.

Remarque :

- La névirapine (NVP) doit être administrée à demi-dose (200 mg/jour) pendant les 14 premiers jours de traitement puis en pleine dose (200 mg x 2/jour) par la suite
- En cas d'arrêt de la névirapine pour une durée excédant 7 jours, sa réintroduction doit toujours se faire à dose progressive
- Si un traitement contenant un INNTI (longue demi-vie) doit être arrêté, les deux INTI doivent être poursuivis pendant 15 jours.
- En cas de toxicité hépatique ou dermatologique imputable à la Névirapine, cette molécule est remplacée par l'éfavirenz (surveillance régulière)

- En cas de troubles neuropsychiatriques graves (hallucination et psychose) imputables à l'éfavirenz cette molécule est remplacée par la Névirapine.
- En cas d'anémie imputable à la zidovudine, cette molécule est remplacée par le Ténofovir (TDF) ou Abacavir (ABC) en tenant compte de leur compatibilité
- En cas d'association Abacavir + Névirapine/Efavirenz il faut une surveillance clinique accrue.
- En cas d'anémie et/ou de neuropathies utiliser un schéma à base de d'abacavir et ténofovir ou d'abacavir et Lamivudine.
- Ne pas utiliser le ténofovir (TDF) en cas d'insuffisance rénale (IR)

NB : Cas particulier de la stavudine

- Pour les patients encore traités par la stavudine se conformer au plan de retrait
- En cas de neuropathie imputable à la Stavudine, cette molécule est remplacée par de la zidovudine.
- Il faut proscrire l'utilisation de la stavudine (D4T) en première intention.
- Il faut proscrire les associations suivantes :

Ténofovir (TDF) + Lamivudine (3TC) + Abacavir (ABC), TDF+3TC+ddI, TDF+ddI+INNTI en raison de la fréquence élevée des échecs virologiques précoces et de la toxicité pancréatique.

Ténofovir (TDF) + Didanosine (DDI) en raison de sa moindre efficacité, de ses interactions, toxicité augmentée du DDI et baisse des lymphocytes T CD4.

Abacavir (ABC) + Didanosine (DDI) en raison des risques d'accidents cardiovasculaires (infarctus du myocarde).

Cas Particuliers :

➤ Traitement antituberculeux et antirétroviraux

Il existe des interactions médicamenteuses entre les INNTI ou les IP et la rifampicine. La névirapine (NVP) n'est pas recommandée en raison de son hépatotoxicité additive à celle des antituberculeux. L'EFV sera préféré parmi les INNTI.

Zidovudine (AZT) + Lamivudine (3TC) ou Emtricitabine (FTC) + Efavirenz (EFV)

Ténofovir (TDF) + Emtricitabine (FTC) ou Lamivudine (3TC) + Efavirenz (EFV)

L'initiation du traitement antirétroviral se fera selon les modalités suivantes :

*Traiter tous les patients infectés par le VIH présentant une TBC active quel que soit le niveau de CD4.
Commencer d'abord par le traitement antituberculeux, puis le TARV dès que possible (7 à 10 jours).*

- En cas de découverte de la tuberculose sous traitement ARV, adapter le traitement :
 - Si deux INTI + EFV ne pas changer le schéma en cours
 - Si deux INTI+ NVP substituer la NVP par EFV ou 3 INTI ou continuer deux INTI + NVP en renforçant le contrôle des transaminases : J5, J15, M1, M2 et M3.
- En cas de tuberculose chez un patient VIH2:

Utiliser une ligne composée de :

- 2 INTI + 1 IP boosté (cf schéma VIH2)
- ou une ligne temporaire composée de : 3 INTI : AZT+3TC+ABC

**❖ *Prise en charge des patients infectés par le VIH 2 ou co-infection VIH 1 - VIH 2
(ou patients infectés par le VIH1 du groupe O)***

Le choix thérapeutique doit exclure les inhibiteurs non nucléosidiques de la transcriptase inverse qui ne sont pas efficaces sur le VIH 2 ou sur le VIH1 de groupe O.

On utilisera les schémas thérapeutiques associant des inhibiteurs nucléosidiques/nucléotidiques de la transcriptase inverse à un inhibiteur de protéase boosté (IP-r) ou 3 INTI. Le traitement préférentiel de première ligne est le suivant:

Zidovudine (AZT) + Lamivudine (3TC) + Lopinavir / Ritonavir (LPV/r)

Les alternatives thérapeutiques en cas de toxicité, d'intolérance ou d'interaction médicamenteuse sont les suivantes:

- Zidovudine (AZT) + Lamivudine (3TC) + Indinavir / Ritonavir (IDV/r) ou Saquinavir/Ritonavir
- Abacavir (ABC) + Lamivudine (3TC) + Indinavir/Ritonavir (IDV/r) ou Saquinavir/Ritonavir
- Zidovudine (AZT) + Lamivudine (3TC) + Abacavir (ABC)

➤ ***Cas des patients ayant déjà reçu un traitement antirétroviral***

1. Patients ayant interrompu leur traitement antirétroviral de 1^{ère} ligne

Certains patients qui ont déjà reçu un traitement ARV de 1^{ère} ligne dans le passé mais l'ont interrompu peuvent se présenter dans les structures de santé.

Un bilan approfondi (histoire thérapeutique, clinique, TCD4, charge virale) selon les résultats d'examen biologiques disponibles et/ou la durée de l'interruption du TARV (>3mois) sera effectué afin de leur proposer le meilleur traitement en fonction des molécules disponibles.

S'il n'y a pas de suspicion de résistance aux ARV, le traitement initialement reçu pourra être reconduit.

S'il y a suspicion de résistance, il faut le considérer comme en échec thérapeutique et proposer un schéma de 2^{ème} ligne.

2. Patients ayant interrompu leur traitement antirétroviral de 2^{ème} ligne

2.1 Patients déjà sous traitement avec d'autres régimes ARV

Les patients observant et traités efficacement par un schéma thérapeutique différent des schémas préférentiels actuels seront maintenus sous cette ligne thérapeutique en tenant compte de la disponibilité des ARV et des interactions médicamenteuses.

Cependant, tous les patients qui étaient au préalable sous un schéma de trithérapie contenant de l'indinavir seul, doivent bénéficier de l'indinavir associé au ritonavir.

2.2 En cas d'hépatites virales

2.2.1 En cas d'hépatite virale B

Traiter tous les patients co-infectés VIH/VHB quel que soit le niveau des lymphocytes TCD4. Commencer par une combinaison contenant du TDF et 3TC ou FTC.

On privilégiera également l'éfavirenz à la névirapine pour le VIH 1 et un IP boosté pour le VIH 2.

2.2.2 En cas d'hépatite virale C

En cas d'indication du traitement pour le VIH, il faudra également éviter la névirapine et référer à un centre spécialisé.

VI.2.2.2 Traitement de 2^{ème} ligne

Il est indiqué chez un patient en échec thérapeutique documenté.

Chez un patient en échec thérapeutique du fait d'une inobservance caractérisée, il faudra reprendre l'éducation thérapeutique du patient et renforcer l'observance avant d'envisager tout changement de ligne thérapeutique.

VI.2.2.2.1 Définition de l'échec thérapeutique

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

Echec clinique

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

Chez les patients sévèrement immunodéprimés, l'apparition de nouveaux signes au cours des 3 premiers mois de traitement ARV ne signifie pas obligatoirement un échec clinique. Il peut en effet s'agir d'un syndrome de restauration immunitaire (cf. annexes), qui doit être traité pour lui-même sans modification des ARV. La décision de changer de traitement devra donc également tenir compte de l'évolution immunologique (TCD4) et, virologique (CV).

Echec immunologique

- *Si le taux de lymphocytes TCD4 reste $< 100 / \text{mm}^3$ à M12*
- *Retour du nombre de lymphocytes TCD4 au niveau ou sous le niveau pré thérapeutique, en l'absence de la survenue d'une infection concomitante pouvant expliquer cette baisse*
- *Baisse de plus de 50% du nombre de lymphocytes TCD4 par rapport au pic atteint sous traitement en l'absence de survenue d'une infection concomitante pouvant expliquer cette baisse.*

Remarque :

- Si le patient est asymptomatique et que l'échec n'est évoqué que sur des critères immunologiques, une confirmation par un deuxième dosage des lymphocytes TCD4 est immédiatement indiquée.
- Si le taux de lymphocytes TCD4 reste bas après deux dosages consécutifs, il faut considérer qu'il s'agit d'un échec immunologique.

Echec virologique

- *Impossibilité de réduire la charge virale à un niveau indétectable après 6 mois de traitement bien conduit.*
- *Une charge virale détectable après une période de succès virologique*

- Un échec thérapeutique sera documenté par deux mesures de la charge virale à un mois d'intervalle, mais la constatation d'un échec clinique et immunologique patent permettra d'affirmer l'échec de la première ligne de traitement.

➤ **VI.2.2.2.2 Schémas**

➤ **Pour les échecs de 1^{ère} ligne**

Si la CV plasmatique est inférieure à 1000 copies/ml

- ✓ Vérifier l'observance
- ✓ Contrôler la CV trois mois plus tard

Si la CV plasmatique est \geq 1000 copies/ml, modifier le traitement dès que possible et passer en 2^{ème} ligne

Le schéma de 2^e ligne doit inclure au moins 2 nouvelles molécules dont l'une issue d'une famille différente des familles utilisées en première ligne.

En cas d'échec thérapeutique confirmé VIH 1 et 2 de la 1^{ère} ligne, le schéma préférentiel de deuxième ligne suivant est recommandé:

2 inhibiteurs nucléosidiques/nucléotidiques + 1 inhibiteur de protéase boosté

Les IP préférentiels sont :

Lopinavir-r (LPV-r)

Atazanavir-r (ATV-r)

Tableau 5 : Les alternatives de seconde ligne possibles en fonction des schémas utilisés en première ligne et en cas de contre-indication ou de toxicité de l'une des molécules du schéma préférentiel.

Schéma 1ère ligne	Schéma 2ère ligne	
	INTI	IP
(AZT ou D4T*)	3TC + DDI	+ LPV/r
+	ou	ou
(3TC ou FTC)	ABC+ TDF	IDV/r
+	ou	ou
(EFV ou NVP)	TDF + 3TC \pm (AZT)	ATV/r

<i>Schéma 1ère ligne</i>	<i>Schéma 2ère ligne</i>	
	<i>INTI</i>	<i>IP</i>
<i>TDF + (3TC ou FTC) + (EFV ou NVP)</i>	<i>AZT ou DDI + 3TC</i>	<i>ou</i> <i>SQV/r</i>
<i>ABC+ (3TC ou FTC) + (EFV ou NVP)</i>	<i>DDI + 3TC ± (AZT) ou</i> <i>TDF + 3TC ± (AZT)</i>	
<i>(AZT ou D4T) +</i> <i>(3TC ou FTC) +</i> <i>(ABC ou TDF)</i>	<i>EFV ou NVP + DDI</i>	

Pour les malades encore traités par d4T*

L'association DDI + Ténofovir n'est pas recommandée en raison d'une toxicité cumulée (pancréatique, lymphopénie TCD4) et des échecs virologiques précoces.

➤ **Pour les échecs de 2^{ème} ligne**

Si la CV plasmatique est inférieure à 1000 copies/ml

- ✓ Vérifier l'adhésion
- ✓ Contrôler la CV trois mois plus tard

Si la CV plasmatique est supérieure ou égale à 1000 copies/ml, modifier le traitement dès que possible en tenant compte du résultat du test de résistance :

- ✓ En cas d'absence de mutation de résistance : renforcer l'observance au traitement
- ✓ Présence de mutation de résistance : remplacer par une combinaison de molécules actives (discussion multidisciplinaire)

Objectif du nouveau traitement : réduction de la CV d'au moins 2log à M3 et indétectabilité à M 6.

- ✓ Utiliser 2 ou 3 molécules actives au sein de la nouvelle combinaison (y compris des molécules appartenant à des classes déjà utilisées)
- ✓ Toute combinaison doit comprendre au moins une molécule complètement active plus une nouvelle molécule comme le Darunavir (DRV) ou l'Etravirine (ETR) ou le Raltegravir (RAL) en fonction du résultat du test de résistance.

- ✓ Différer le changement si 2 molécules sont actives au vue du résultat du test de résistance sauf chez les patients très immunodéprimés et ceux ayant un risque élevé de dégradation clinique et/ou immunologique.
- ✓ Si les options thérapeutiques sont limitées demander une utilisation compassionnelle des nouvelles molécules et la participation des essais cliniques sur des nouvelles molécules.

Les patients en échec de seconde ligne sans nouvelles molécules doivent continuer avec une combinaison bien tolérée.

Choix des molécules de 3^e ligne :

Les patients en échec virologique de 2^e ligne doivent être gérés en fonction du résultat du test de génotypage de résistance

➤ **Optimisation de la nouvelle combinaison thérapeutique de 3^{ème} ligne**

- ✓ En cas de multirésistance aux INTI, éviter cette classe mais
 - Envisager de maintenir la lamivudine (3TC) ou l'emtricitabine (FTC) même en cas de présence de résistance documentée (mutation M184V)
- ✓ Sélectionner un IP boosté actif et éviter autant que possible l'utilisation de 2 IP boostés
- ✓ L'etravirine est potentiellement active sur certains profils de résistance aux INNTI de 1^{ère} génération (Efavirenz et Névirapine)

VI.2.2.3 Traitements associés aux antirétroviraux

VI.2.2.3.1 Prophylaxie des infections opportunistes

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

Tout adulte symptomatique (stade II, III et IV)

Tout patient ayant un taux de lymphocyte TCD4 $\leq 350 / mm^3$

En cas de réaction au cotrimoxazole, on procèdera, sous étroite surveillance, à un test de réintroduction progressive à raison de ¼ de comprimé à augmenter progressivement de ¼ de comprimé tous les deux jours jusqu'à la dose normale. On y associera un traitement symptomatique antihistaminique.

NB : Si le taux de TCD4 est supérieur à 350/mm³ et reste stable pendant au moins 6 mois, la prophylaxie peut être interrompue.

La chimioprophylaxie à l'isoniazide 5 mg /kg/j chez les malades indemnes d'une tuberculose active pendant 6 mois.

VI.2.2.3.2 Traitement curatif des Infections Opportunistes

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

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

VI.2.2.3.3 Traitement prophylactique des Infections Opportunistes

Les pathologies comme la *cryptococcose*, la *pneumocystose* nécessitent un traitement d'entretien, jusqu'à obtenir une stabilité du taux de lymphocyte T CD4 supérieur à 350 / mm³ pendant au moins 6 mois.

VI.2.2.3.4 Suivi des patients adultes et adolescents

➤ Information et préparation du patient

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

➤ Bilan initial et de suivi du patient

- **Bilan clinique pré-thérapeutique:** examen clinique minutieux (incluant poids, taille, IMC, pression artérielle) et recherche d'une grossesse chez les femmes en âge de procréer.
- Pré inclusion : sérologie VIH et numération des lymphocytes T CD4
- Le bilan initial recommandé à l'initiation du traitement est le suivant :
 - Numération Formule Sanguine (NFS)
 - Transaminases (ALAT)
 - Glycémie
 - Protéinurie (quantitative ou qualitative)

- Créatininémie et calcul de la clairance,
- Radiographie du Thorax (signes d'appel)
- Recherche de BAAR en cas de (suspicion TB)
- Antigène HBs
- Ac anti-HVC
- Groupage Rhésus
- Test de grossesse
- CV pour les malades asymptomatiques qui ont des $CD4 > 350/mm^3$
- L'éducation thérapeutique du patient est indispensable.
- **Jour 15** évaluation de l'observance et de la tolérance, transaminases chez les patients sous névirapine, recherche de la protéinurie chez les malades traités par le TDF
- **Mois 1** : examen clinique incluant le poids, évaluation de l'observance et le bilan biologique suivant :
 - Numération Formule Sanguine (NFS)
 - Transaminases (ALAT)
 - Protéinurie
 - Créatininémie/Clairance
 - Glycémie
 - Recherche de BAAR en cas de suspicion TB

Après le 1^{er} mois de traitement, le suivi clinique sera maintenu à un rythme mensuel jusqu'au 3^{ème} mois.

NB : chez les patients sous TDF surveillance régulière de la créatininémie et clairance tous les mois jusqu'à 6 mois puis trimestrielle.

- **Mois 2** : examen clinique incluant le poids, prise de la TA et l'évaluation de l'observance.
- **Mois 3** : examen clinique incluant le poids, la prise de la TA, l'évaluation de l'observance, et le bilan biologique suivant
 - Numération Formule Sanguine (NFS)
 - Transaminases (ALAT)
 - Protéinurie
 - Créatininémie
 - Glycémie.

- Lipasémie
- Cholestérol et triglycérides
- Recherche de BAAR en cas de suspicion de TB

Mois 6, M12 et tous les 6 mois : examen clinique incluant le poids, l'évaluation de l'IMC, la prise de la TA, l'évaluation de l'observance, la tolérance, l'efficacité clinique, le bilan biologique standard.

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

L'évaluation de la réponse immuno-virologique (numération des lymphocytes T CD4 et CV) au traitement ARV sera effectuée tous les six mois et au besoin.



***Processus
d'accompagnement***

VII. Processus d'accompagnement: [14]

VII.1 Définition et concepts :

L'accompagnement implique la capacité à être présent auprès des personnes infectées par le VIH/SIDA, à répondre autant que possible à leurs questions et à leurs attentes aussi bien à l'hôpital qu'à domicile. IL s'agit d'un dialogue confidentiel entre un personnel soignant et un patient afin d'aider ce dernier à trouver des solutions à ses problèmes de santé. L'infection à VIH n'impose pas obligatoirement un suivi psychologique ou psychiatrique, mais il rend accessible ces services en cas de nécessité, d'où le rôle essentiel des assistants sociaux, des psychologues et de la famille. Certains patients vivent des situations d'isolements et développent alors des rapports primordiaux avec les personnels de santé. L'infection à VIH/SIDA est source de rejet par la famille ou les proches des PVVIH. L'exclusion est d'autant plus accrue que la prise en charge des patients a une implication financière, source d'épuisement et de découragement pour l'entourage. Aussi la famille doit être partie intégrante de l'accompagnement, mais cela impose une confidentialité partagée. L'accompagnement doit favoriser l'insertion scolaire des enfants et pose le problème du secret partagé avec les enseignants.

L'accompagnement social complète les soins. IL commence dès l'accueil, et l'on doit s'occuper de la situation sociale des patients. IL convient de prévenir ou d'identifier rapidement les difficultés et d'en limiter leurs conséquences.

Depuis l'apparition des multi-thérapies antirétrovirales, la prise en charge médicale de l'infection par le VIH a considérablement évolué vers une ère nouvelle souvent qualifiée de « normalisation ». De fait, la mortalité, et la survenue d'infections opportunistes ont beaucoup diminué. Cependant, les personnes vivant avec le VIH sont contraintes de suivre un traitement tout au long de leur vie. Les chercheurs se sont donc intéressés à la « qualité de vie » du patient, lequel tient compte du point de vue du patient et de son ressenti sur la maladie. Il est certain aujourd'hui que la qualité de vie des personnes vivant avec le VIH s'améliore suite à l'initiation des multi-thérapies antirétrovirales. Elle reste toute fois moins bonne que celle de la population générale. Cette amélioration est très dépendante de la survenue des effets indésirables des traitements ; avec un impact amplifié selon les conditions de vie et les spécificités de certaines sous populations. Certains facteurs psychosociaux comme la qualité des relations soignant-soigné, la stigmatisation due à la séropositivité et l'absence de soutien de l'entourage jouent un rôle fondamental dans ce domaine .Cet

accompagnement médical, psychologique, informatif et social est en particulier nécessaire pour permettre la réorganisation de la vie avec le virus et avec les traitements, créer les conditions de l'observance au traitement et son maintien. L'aide améliore la qualité de vie, le VIH est un aspect capital de la politique de lutte contre l'infection à VIH qui reste malgré les traitements, une maladie grave qui altère la santé, épuise, contraint le mode de vie, appauvrit, isole et dont les personnes meurent prématurément. Les différents aspects de la lutte contre le sida, doivent s'accompagner d'une nécessaire vigilance dans le domaine de l'éthique et du droit. IL importe de poursuivre les réflexions suscitées par l'infection à VIH au regard des progrès thérapeutiques : respect de la volonté des personnes, accès aux droits sociaux et aux droits du travail. Ces réflexions contribuent à l'évolution de certaines questions de société : contrat d'union social, lutte contre l'exclusion, la stigmatisation et la discrimination.

VII.2 Prise en charge psychosociale et adhésion au traitement ARV

L'accompagnement psychosocial d'un patient infecté par le VIH/SIDA, débute depuis le pré-test et se poursuit toute la vie. Dans le contexte africain, il se poursuit même au –delà du décès du malade dans le cadre de la lutte contre certaines pratiques traditionnelles telles que le lévirat*¹ et le sororat*².

L'apport continu de conseils aide les malades et leur entourage à accepter leurs conditions à l'égard du VIH et à adopter une attitude positive. Les actions menées dans ce cadre contribueront principalement à:

Une amélioration des conditions du dépistage et de prise en charge de l'infection à VIH, une meilleure compréhension par les professionnels de santé de la dimension psychologique et des contraintes socio-économiques liées à la maladie, une qualité de vie meilleure des PVVIH/SIDA.

L'adhésion au traitement ARV est une composante essentielle de succès de la prise en charge des PVVIH, avec des résultats cliniques et biologiques améliorés.

L'éducation thérapeutique du patient, avant la prise du traitement, comprendra :

- Généralités sur le VIH
- Modes de transmission du VIH
- Le système immunitaire
- L'évolution de la maladie

¹ **Lévirat** : Le fait, après le décès d'un homme, de donner son épouse ou conjointe en mariage à son frère.

² **Sororat** : Le fait, après le décès d'une femme, de donner sa sœur ou une parente très proche à son époux

- Manifestation des infections opportunistes
- Traitement ARV :
 - Objectifs
 - Difficultés et contraintes
 - Effets secondaires
 - Effets bénéfiques des ARVs
 - L'observance

Pour une meilleure adhésion des malades au traitement ARV, les stratégies suivantes seront développées :

- Le counseling
- La dispensation de médicaments gratuits, y compris les ARVs
- Les entretiens avec l'environnement du patient,
- Les visites à domicile et intra-hospitalières,
- Le soutien psychologique spécialisé,
- Les groupes de parole et information,
- L'activité culinaire dont l'objectif est d'assurer un appui nutritionnel et de prodiguer des conseils diététiques.
- La promotion des AGRs et de l'intégration des PVVIH dans la vie professionnelle.

Les compétences des personnels sanitaires (médecins, infirmiers, sage femmes, aides soignants) et communautaire (associations de personne vivant avec le VIH/SIDA, volontaires organisés, organisations à base communautaire) impliqués dans la PEC des PVVIH/SIDA seront renforcées en counselling en vue d'une meilleure adhésion des patients aux traitements.

VII.3 Prise en charge nutritionnelle :

Le VIH affecte l'état nutritionnel des personnes infectées les rendant vulnérables à d'autres infections et la malnutrition aggrave les effets du VIH en affaiblissant d'avantage le système immunitaire. En effet, l'accès à la nourriture est l'un des problèmes majeurs que connaissent les personnes infectées par le VIH. Par conséquent, une alimentation adéquate sera fournie aux PVVIH/SIDA afin de répondre à leurs besoins nutritionnels de base à travers les structures sanitaires de prise en charge.

La PEC nutritionnelle des personnes infectées sera développée à travers :

- Education et conseils nutritionnels au profit des personnes infectées et affectées ;
- Démonstrations culinaires, groupe de parole ;
- Intégration des enfants infectés mal nourris dans les structures de référence ;
- Promotion de l'allaitement artificiel exclusif recommandé ou à défaut de l'allaitement maternel exclusif ;
- Fourniture d'une alimentation aux malades hospitalisées

VII.4 Accompagnement du traitement : [15]

- **En amont** : Il est important de créer un environnement psychologique favorable, basé sur l'acceptation du diagnostic de l'infection à VIH/SIDA, le respect de la confidentialité, l'information du patient sur la prévention de la dissémination du virus , lui expliquer les bénéfices et inconvénients du traitement antirétroviral.
- **En aval** : Il s'agit de convaincre les patients traités de surmonter les difficultés et la lassitude, d'améliorer leur qualité de vie, d'optimiser le rapport patient -soignant en favorisant l'écoute, l'échange et le respect réciproque, d'assurer l'égalité et l'équité des soins et enfin de faciliter l'intégration sociale.



Méthodologie

Chapitre 5 VIII. METHODOLOGIE :

VIII.1 Cadre de l'étude :

Notre étude s'est déroulée à l'unité de soins d'accompagnement et de conseils (USAC) du centre national d'appui à la lutte contre la maladie (CNAM), ex Institut Marchoux.

Le CNAM est un établissement public à caractère scientifique et technologique (EPST), né de la rétrocession de l'institut Marchoux en 1998. Son centre d'activité couvre la recherche sur les maladies endémo-épidémiques, la recherche vaccinale, clinique, l'appui aux programmes, la formation continue et l'enseignement. Il est situé en commune IV du district de Bamako précisément dans le quartier de djicoroni para.

Les services techniques du CNAM sont répartis entre trois départements : Département Clinique, Département Formation, Département appui aux Programmes. Le département clinique comporte les services suivants: Léprologie-Animalerie Expérimentale, Dermatologie Vénérologie, Biologie, chirurgie-réhabilitation.

Le Centre de développement des vaccins (CVD) est un service de Recherche du CNAM essentiellement axé sur la recherche vaccino-logique.

VIII.2 Présentation de L'USAC/CNAM :

L'unité de soins d'accompagnement et de conseil (USAC) est une unité de prise en charge pour les personnes vivant avec le VIH et SIDA. Elle a été créée par l'ARCAD/SIDA ((Association de recherche, de communication et d'accompagnement à domicile des personnes vivant avec le VIH et SIDA) grâce au soutien du fonds mondial en juillet 2007 afin d'apporter une réponse médicale et psychosociale adaptée aux problèmes de prise en charge des personnes confrontées au fardeau de l'infection par le VIH et SIDA.

Cette unité est logée dans un petit bâtiment comportant un bureau de consultation médical, une pharmacie, une salle de conseil dépistage, une salle de soins, une salle d'observation de jour possédant un lit, et un hangar pour les activités culinaires. Le personnel, assez réduit, travaillant dans l'unité est composé d'un médecin, un pharmacien, une conseillère psychosociale et un technicien de surface.

Les objectifs de l'USAC est de contribuer à la prévention et à la prise en charge médicale, psychosociale des personnes vivant avec le VIH au niveau de la commune IV de Bamako (Mali).

L'unité est placée sous la coordination du service de dermato-vénérologie dirigée par le Professeur Somita Keita.

VIII.3 Type et durée de l'étude :

C'est une étude prospective. Notre étude s'est déroulée du 1^{er} janvier 2008 au 30 Septembre 2008.

VIII.4 Lieu d'étude :

L'étude a lieu dans l'unité de soins d'accompagnement et de conseil (USAC) du CNAM.

VIII.5 Echantillonnage:

Il s'agit d'un échantillonnage exhaustif de tous les patients traités par les ARV durant la période du 1^{er} janvier 2008 au 30 septembre 2008.

VIII.6 Critères d'inclusions :

Dans notre étude, on été inclus, tous les patients adultes, séropositifs pour le VIH respectant les critères suivants :

- Age supérieur ou égale à 18 ans
- Sous traitement ARV durant la période du 1er janvier 2008 au 30 septembre 2008,
- Suivis régulièrement à l'USAC/CNAM,
- Accepter le traitement antirétroviral et le suivi,
- Etre Consentant de participer à l'étude.

VIII.7 Critères de non inclusion

Nous n'avons pas retenu dans notre étude :

- Les patients non consentant de participer à l'étude,
- Les patients séropositifs pour le VIH ne bénéficiant pas le traitement ARV,
- Patients sous ARV d'âge inférieur à 18 ans et supérieur à 65 ans,
- Les patients irréguliers à l'USAC/CNAM.

VIII.8 Méthode de collecte des données :

- Le recueil des données a été fait sur la base d'un questionnaire pré-établi et pré-testé anonyme identifiable par des numéros de codes comprenant deux Volets (la prise en charge et la qualité de vie) voir fiche d'enquête en annexe

. Les variables étudiées sont les suivantes :

1. La Prise en charge :

Pour la prise en charge les variables suivantes ont été recueillies :

- Les données épidémiologiques du patient : âge, sexe, profession, statut matrimonial,
- Centre de provenance, motif de consultation
- Mode de vie
- Circonstance de diagnostic
- Les données cliniques
- Le traitement antérieur
- Traitement antirétroviral (ARV)

2. La qualité de Vie

Un questionnaire de qualité de vie a été conçu et comportant les items suivants :

- Les changements comportementaux suite à la connaissance de la séropositivité
- Les ressentis actuels des patients
- Bien être et vie sociale des patients
- Emploi des patients
- L'influence de la séropositivité sur l'aptitude des patients à gérer leur noyau familial et à conserver leur cercle d'amis
- Impact de la séropositivité sur la situation économique, la vie familiale et amicale, l'identité personnelle des patients et les activités quotidiennes
- Les ressentis et qualité de vie des patients sous traitement antirétroviral
- Les réactions et soutiens de l'entourage à l'annonce de la séropositivité

VIII.9 Méthode d'évaluation de la qualité de vie :

L'évaluation des items de la qualité de vie des patients vivant avec le VIH a été faite par une grille dont la cotation est de 0 à 2.

VIII.10 Aspects éthiques :

Nous avons eu au préalable le consentement verbal de tous les patients inclus dans l'étude. La confidentialité des données était assurée. Tous les dossiers des patients contenaient des numéros d'identification et conservés dans une armoire fermée à clé. Seuls les personnels chargés de la prise en charge ont accès à ses données. Les malades étaient pris en charge sur les plans thérapeutiques, counseling et nutritionnelles.

VIII.11 Saisie et analyse des données :

Les données ont été saisies et analysées sur le logiciel EPI-info (version 6 fr) et le logiciel Excel version 2007.



Résultats

IX. LES RESULTATS:

IX.1 Les résultats de la Prise en charge :

IX.1.1 Caractéristiques socio-démographiques et épidémiologiques

Au total durant la période d'étude, 199 patients ont été dépistés dont 113 provenaient du service de dermatologie. 107 patients ont été dépistés positifs au VIH. 100 patients ont accepté de participer à l'étude.

Les tranches d'âge les plus touchées sont 25-35 ans et 36-45 ans représentant, respectivement, 36% et 34% des patients infectés. Les extrêmes étaient de 18 à 65 ans avec une moyenne d'âge de 37 ans. (Figure 1A).

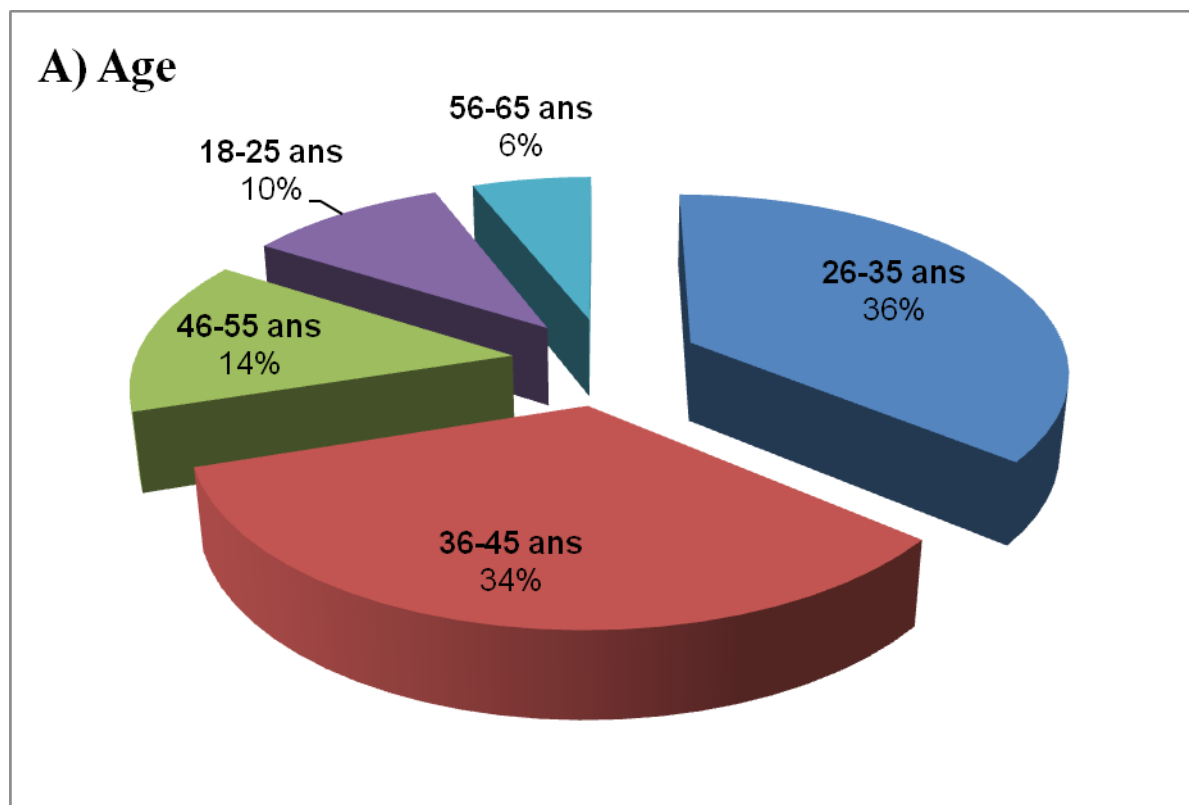


Figure1A : Répartition des patients selon les tranches d'âge

Les femmes étaient majoritairement représentées avec 61%. Le sexe ratio était de 1,56 en faveur des femmes (Fig. 1B)

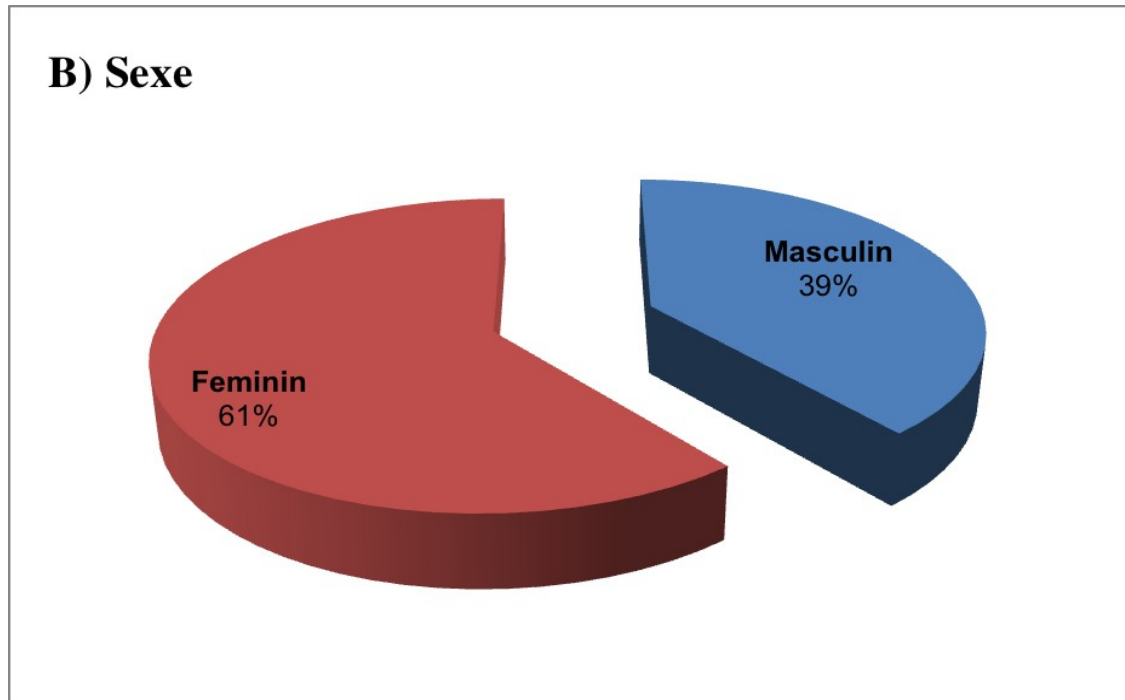


Figure1B : Répartition des patients selon le sexe

La quasi-totalité des patients était de nationalité malienne soit une proportion de 93% (Figure 1C)

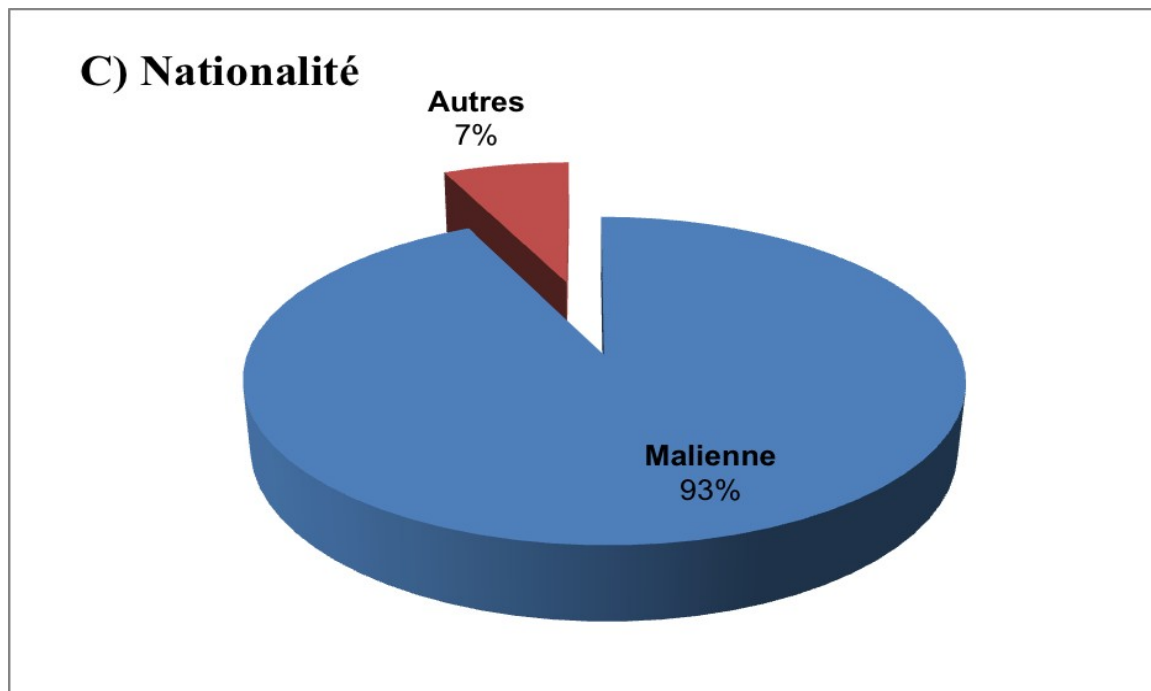


Figure1C : Répartition des patients selon la nationalité

La plupart des patients résidaient à Bamako soit 77%(Figure 1D).

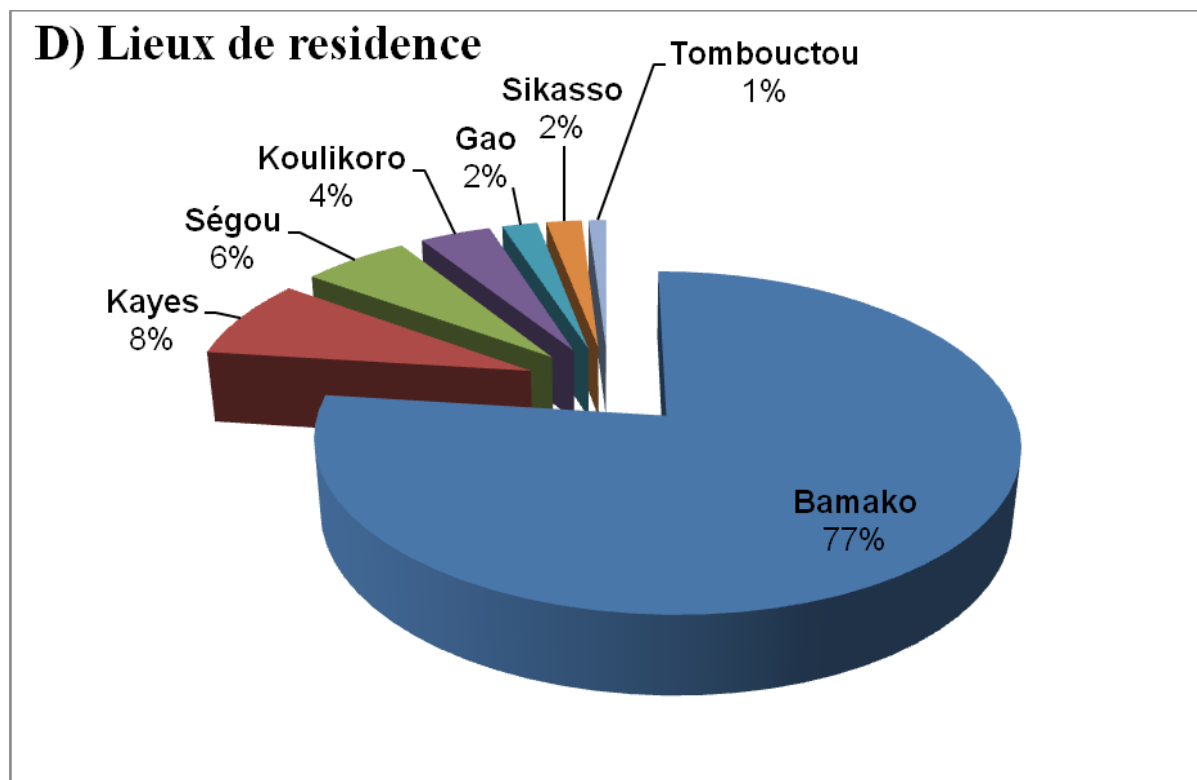


Figure 1D : Répartition des patients selon les lieux de résidence habituelle.

Les ménagères étaient les plus représentées avec une proportion de 29%, suivies de ceux travaillant dans le secteur informel soit 27 % (Figure 1E)

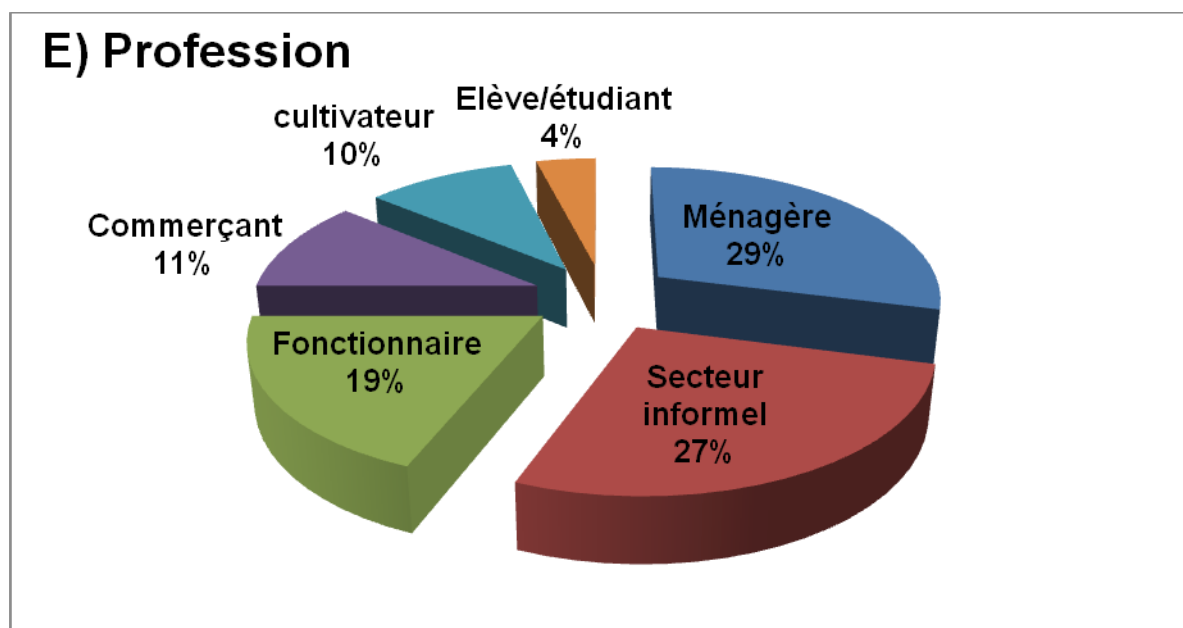


Figure 1E : Répartition des patients selon la profession.

La majorité des patients de notre échantillon étaient mariée soit 52% (Figure 1F)

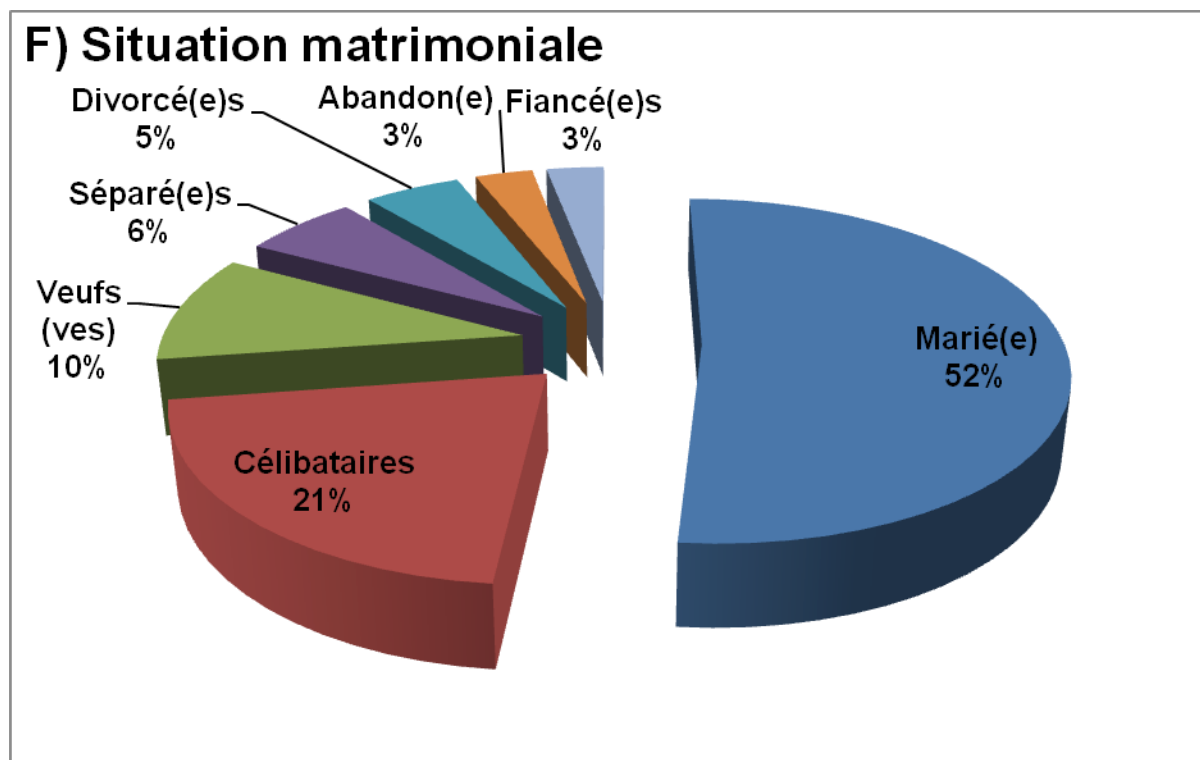


Figure 1F : Répartition des patients selon le statut matrimonial.

Les non scolarisés étaient les plus représentés avec une proportion de 39%(Figure 1G) .

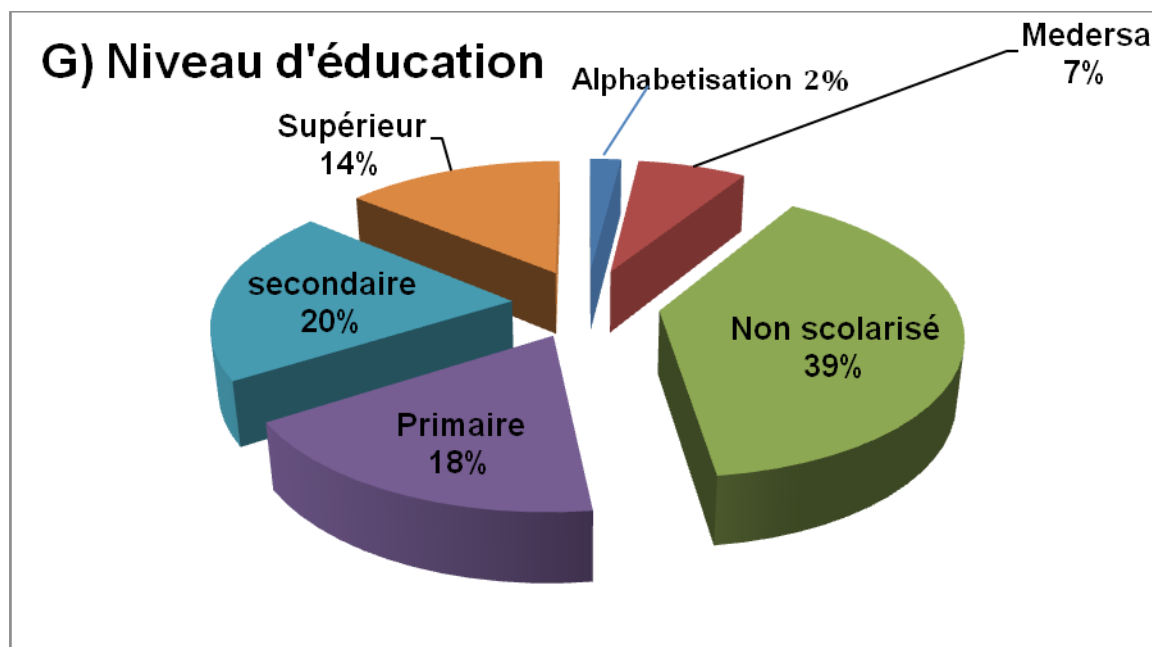


Figure 1G : Répartition des patients selon le niveau d'instruction

Dans notre échantillon, 43% des patients étaient en location (Figure 1H)

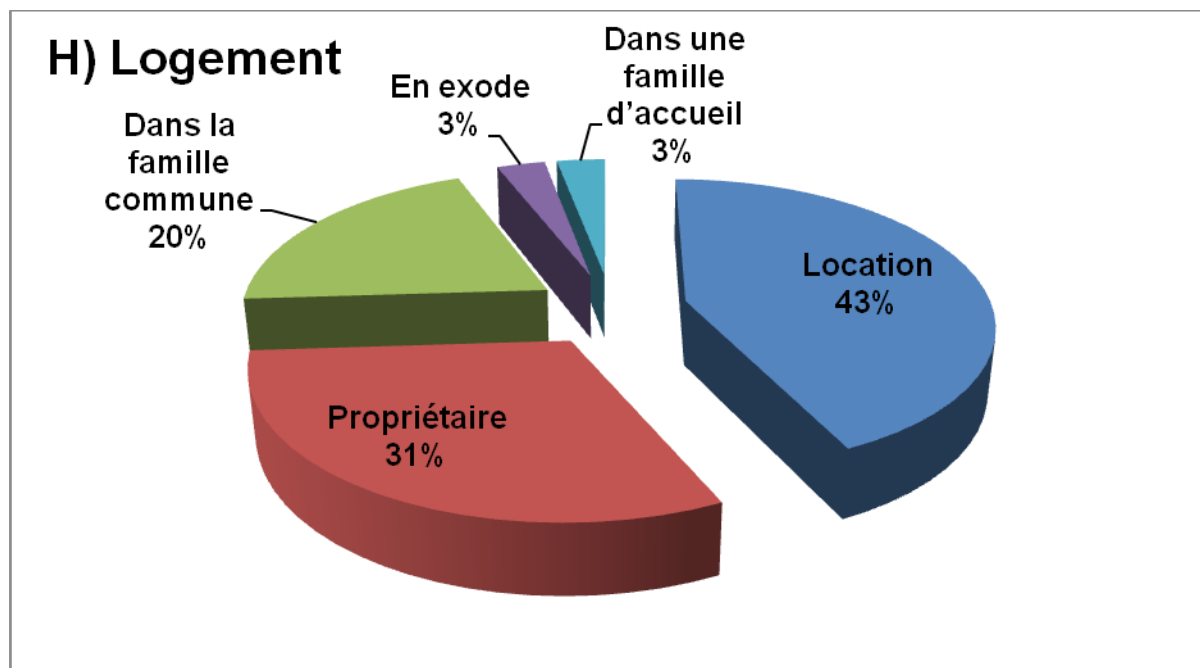


Figure 1H : Répartition des patients selon le logement.

La plus part de nos patients était prise en charge par leur famille soit 45 % (Figure 1I).

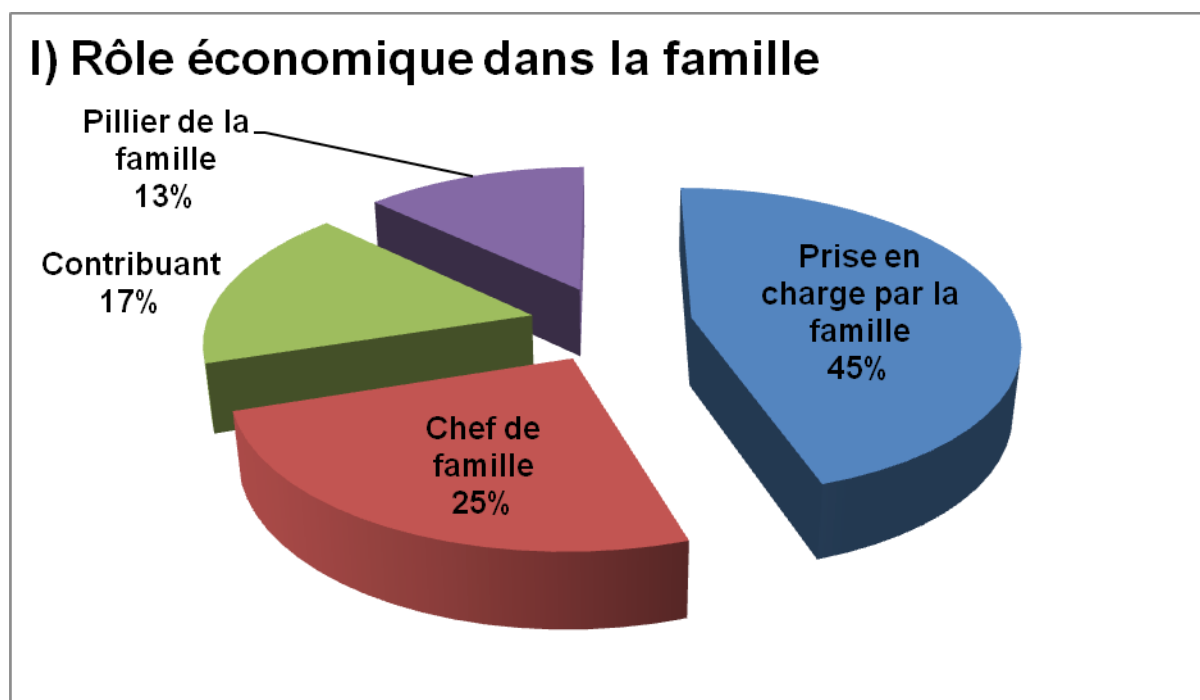


Figure 1I : Répartition des patients selon leur rôle dans la famille.

IX.1. 2 Dépistage et mode de contamination

En 2008, 87% des patients ont appris leur séropositivité . (Figure 2A).

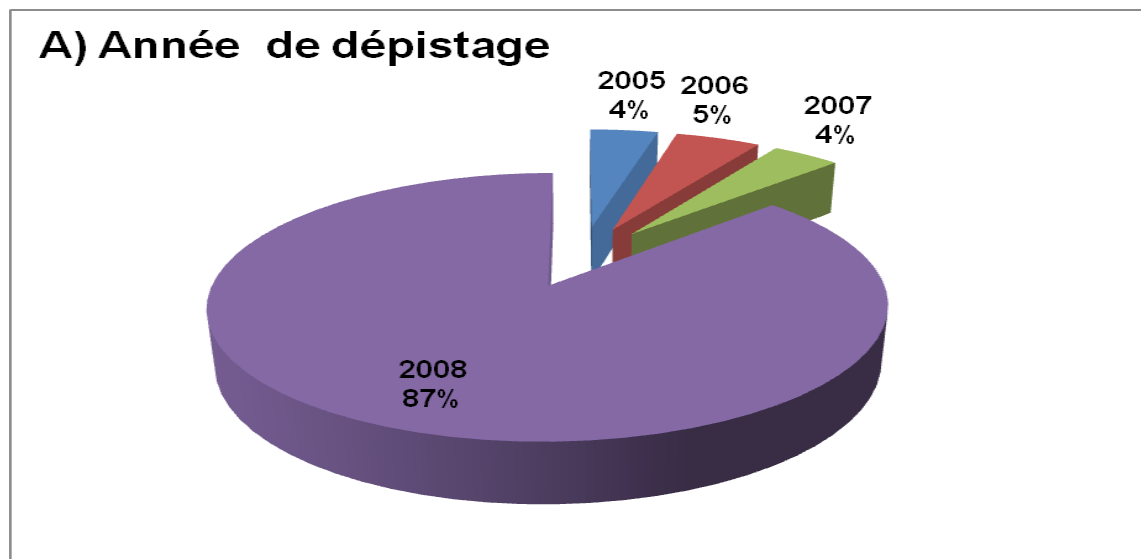


Figure 2A : Répartition des patients selon l'année de dépistage.

Dans notre étude, 64% patients ignoraient la manière selon laquelle ils ont été contaminés (Figure 2B). 13% reconnaissent avoir eu des relations sexuelles non protégées avec des partenaires différents.

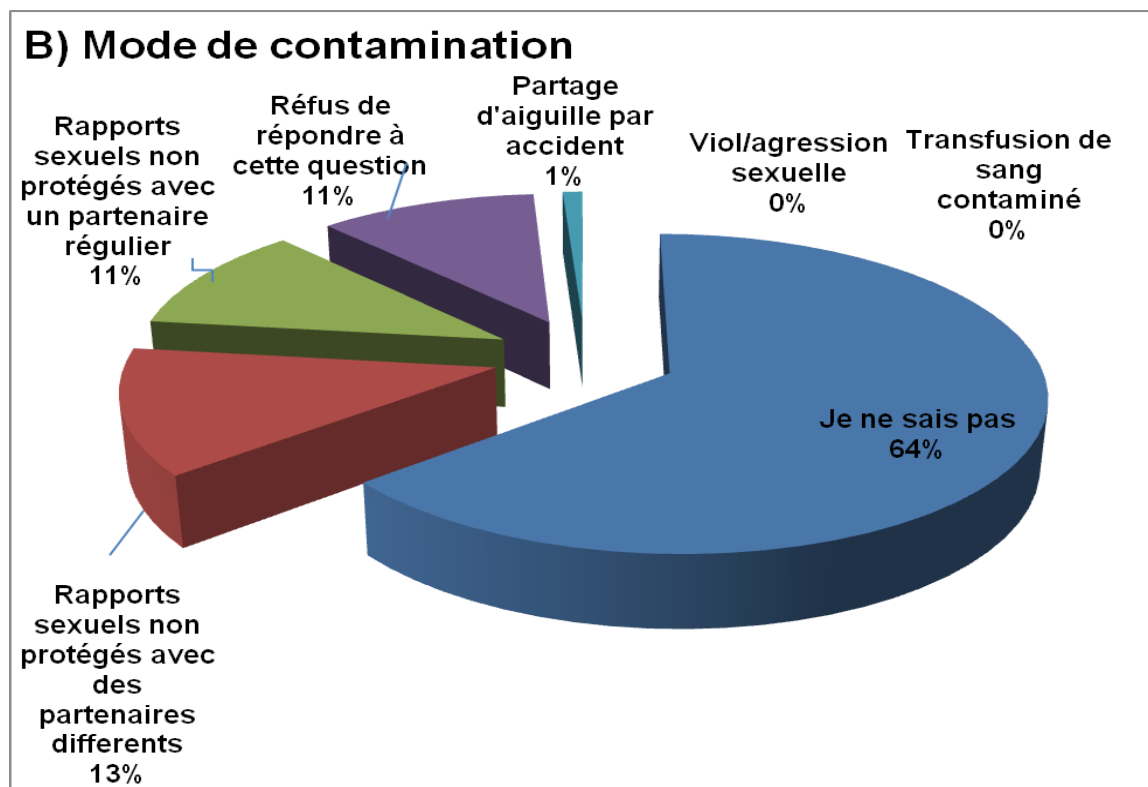


Figure 2B : Répartition des patients selon le mode de contamination

Pour 87% des patients, le test de dépistage était prescrit (Figure 2C). Seulement 6% ont fait le test de manière volontaire. Le reste, soit 7%, l'ont fait sur un conseil d'amis proche

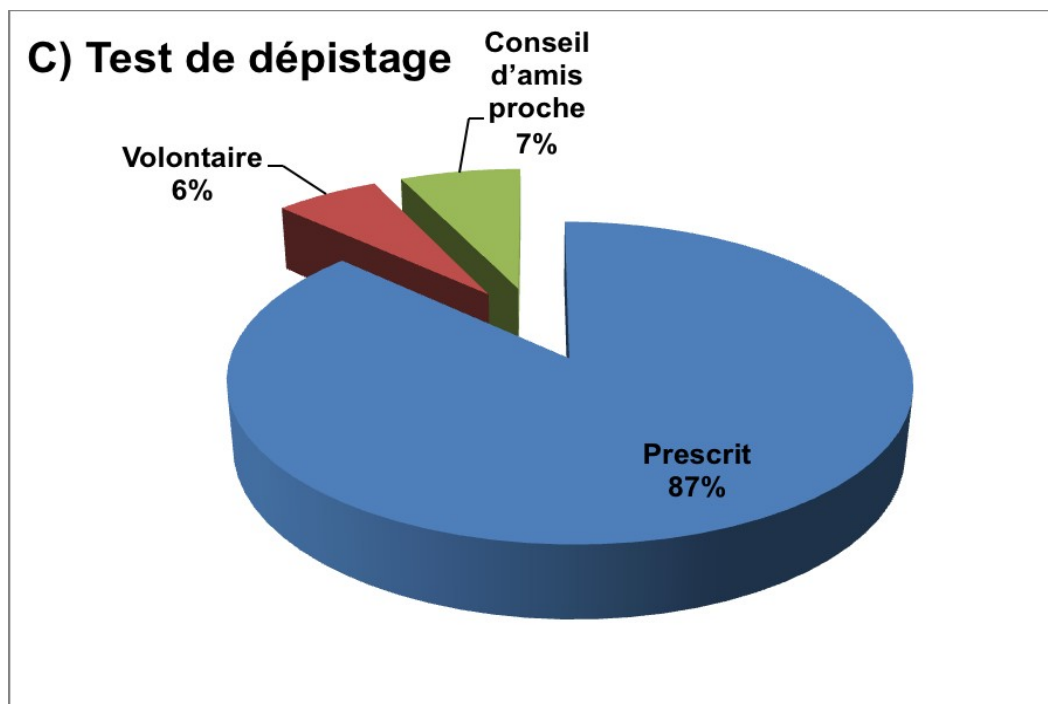


Figure 2C : Répartition des patients selon le test de dépistage.

Dans la majorité des cas, soit 80%, les patients n'avaient aucune information antérieure sur leur statut de séropositivité (Figure 2D).

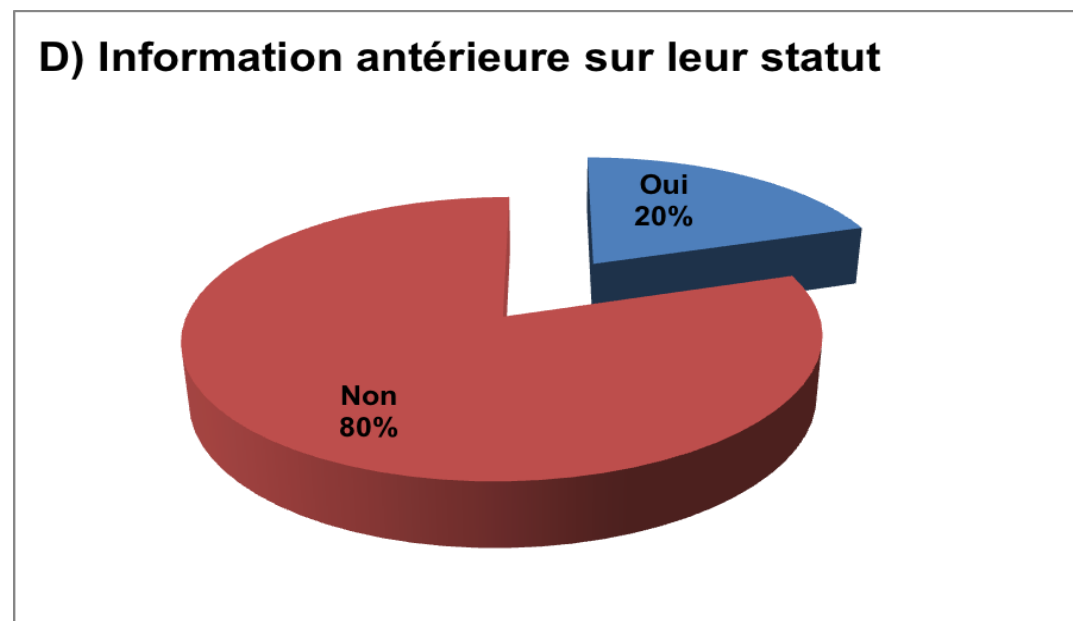


Figure 2D : Répartition des patients selon l'information antérieure à propos de leur statut de séropositivité.

IX.1.3 Les structures ayant référées les patients, motif de dépistage et caractéristiques cliniques des patients

IX.1.3.1 Les structures ayant référées les patients, motif de dépistage

La plupart de nos patients provenaient des consultations au sein du CNAM (dermatologie), soit 78 % (Figure 3A).

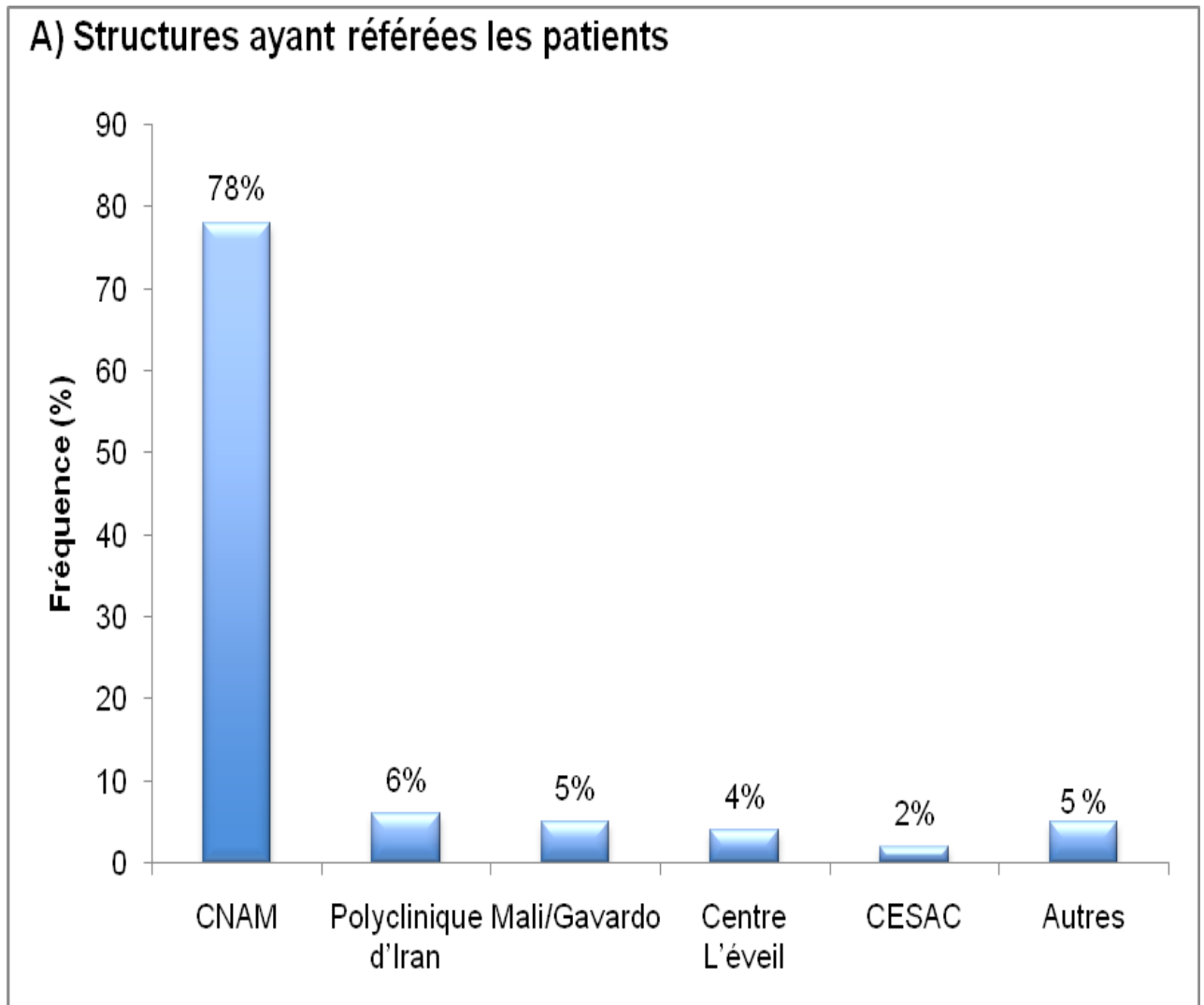


Figure 3 A : Répartition des patients selon le centre de provenance

Tableau VI : Répartition des patients selon le motif de dépistage

Motifs de dépistage	Fréquence	Pourcentage
Prurigo	22	22%
Conjoint(e) positif (ve)	18	18%
Zona	16	16%
Diarrhée+ fièvre	9	9%
Maladie de Kaposi	7	7%
Confirmation et prise en charge	7	7%
Dermite Séborrhéique	6	6%
Bilan prénatal	4	4%
Bilan prénuptial	2	2%
Enfant positif	1	1%
*Autres	8	8%
Total	100	100%

Les motifs de dépistage étaient essentiellement le prurigo (22%), conjoint(e) positif (ve) (18%), du zona (16%) et la maladie de Kaposi (7%) ;(TableauVI)

*Autres : dossier administratif, raison de voyage, leucorrhée, pâleur

IX.1. 3.2 Les caractéristiques cliniques des patients

Le type de virus identifié était essentiellement le VIH1 (92 %) (Figure 3B).

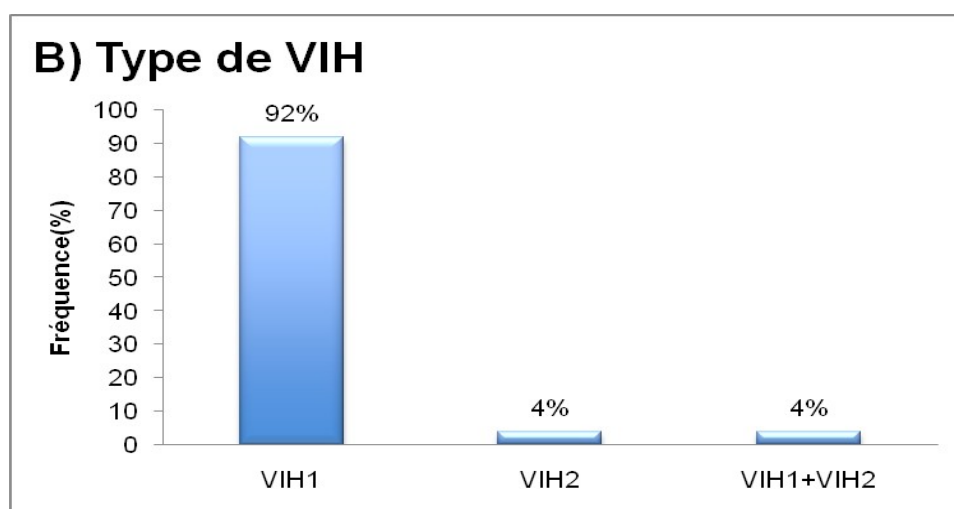


Figure 3B : Répartition des patients selon le type de VIH.

Tableau VII: Répartition des patients selon les réactions à l'annonce de leurs séropositivités.

Réaction à l'annonce	Pourcentage (%)
Agressivité	6
Culpabilité	13
Denis	6
Peur	23
Paniqué	8
Pleurs	29
Tristesse	15
Total	100

Les réactions à l'annonce de la séropositivité étaient essentiellement les pleurs (29 %), la peur (23%) et la tristesse (15%) ;(Tableau VII)

La majorité des patients était en stade III (58%) et II (32%) de l'OMS (Figure 3C).

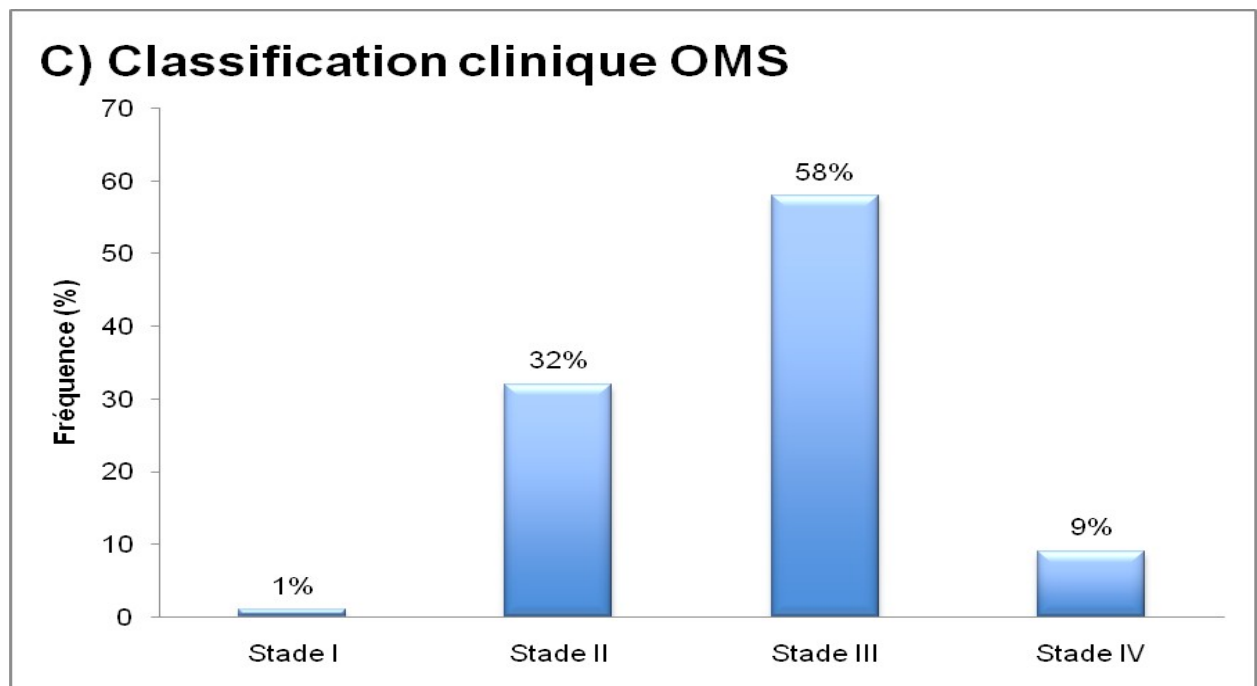


Figure 3C : Répartition des patients selon la classification clinique OMS.

Tableau VIII : Répartition des patients selon les infections opportunistes observés.

Infections opportunistes	Fréquence	Pourcentage
Prurigo	31	31%
Candidose oro -pharyngée	24	24%
Zona	13	13%
Maladie de Kaposi	7	7%
Dermite Séborrhéique	6	6%
Condylomes	4	4%
Syndrome cachectique	5	5%
Tuberculose	4	4%
Molluscum contagiosum	3	3%
Herpes	3	3%
Total	100	100%

Parmi les infections opportunistes, le prurigo et les candidoses oro-pharyngées étaient les plus représentés soit respectivement 31 % et 24 % (Tableau VIII).

IX.1. 3.3 Prise en charge antérieure ; Poids, Taux de lymphocytes CD4 et charge virale à l'inclusion sous ARV

Tableau IX : Répartition des patients selon la prise en charge antérieure

Prise en charge antérieure	Fréquence	Pourcentage
----------------------------	-----------	-------------

Traitement moderne	11	11%
Traitement traditionnel	27	27%
Traitement moderne et Traitement traditionnel	41	41%
Aucune Prise en charge anterieure	21	21%
Total	100	100%

La plus part de nos patients avait fait à la fois un traitement moderne et traditionnel, soit 41 % avant de consulter au service. Seulement 21% n'ont subi aucune prise en charge antérieure (Tableau IX).

Tableau X: Répartition des patients selon le poids à l'inclusion

Poids à l'inclusion (kg)	Fréquence	Pourcentage
25-35	4	4 %
36-45	24	24 %
46-55	37	37 %
56-65	21	21 %
66-75	8	8 %
76-85	3	3 %
86-95	1	1 %
96-105	2	2 %
Total	100	100%

Les valeurs extrêmes du poids à l'inclusion des patients dans l'étude étaient de 25 à 105 kg.

La moyenne du poids à l'inclusion était de 52.8 kg avec un écart type de 13.5 kg.

L'importante majorité des patients avait un poids compris entre 46-55 Kg (Tableau X).

Tableau XI: Répartition des patients selon le taux de CD4 à l'inclusion

CD4 à l'inclusion	Fréquence	Pourcentage
50-100	40	40 %
101-150	8	8 %
151-200	6	6 %

201-250	20	20 %
251-300	9	9 %
301-350	17	17 %
Total	100	100%

Les valeurs extrêmes du taux de CD4 à l'inclusion des patients dans l'étude étaient de 50 et 350 cellules/mm³ avec une moyenne 175.5 cellules/mm³. Les patients ayant un taux de CD4 compris entre 50-100 étaient les plus nombreux à l'inclusion, soit 40 % (Tableau XI).

Tableau XII : Répartition des patients selon la charge virale à l'inclusion

Charge virale à l'initiation du traitement ARV	Fréquence	Pourcentage
100 000-200 000	61	61%
200 001-400 000	11	11%
400 001-800 000	8	8 %
800 001-1 000 000	6	6 %
1000 001-2 000 000	14	6%
Total	100	100%

Les valeurs extrêmes de la charge virale à l'inclusion des patients dans l'étude étaient de 100.000 et 2 000 000 copies/ml avec une moyenne 439 500 copies/ml et un écart type de 340 312,8. Les patients ayant une charge virale compris entre 100 000-200 000 étaient les plus nombreux à l'inclusion, soit 61 % (Tableau XII).

IX.1.4 Traitement des patients et réponses cliniques : impact sur le taux de CD4 et la charge virale

IX.1.4.1 Schémas et combinaisons thérapeutiques

Parmi les malades inclus dans notre étude, 92 % étaient des nouveaux patients jamais traités et 8 % étaient des anciens malades connus (transférés ou séropositif connus) ; (Figure 4A).

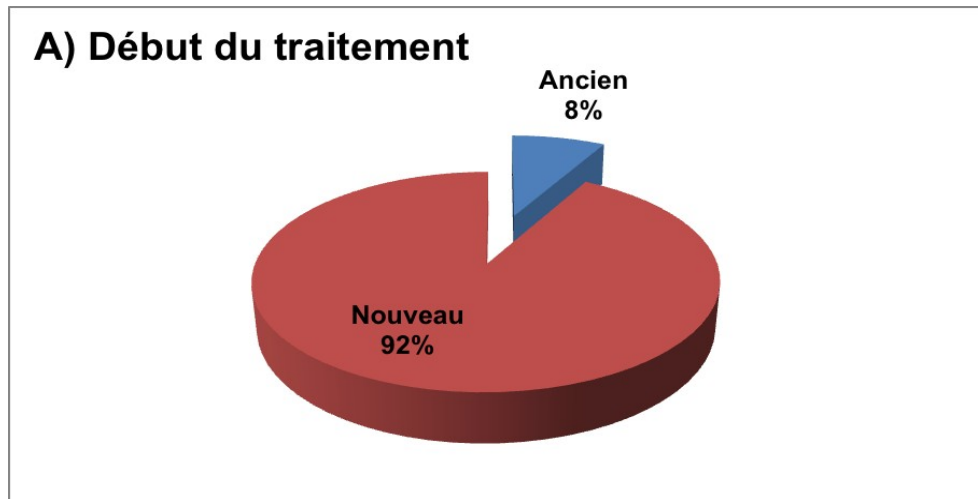


Figure 4A: Répartition des patients selon le début du traitement

La plupart des patients n'ont pas subi de changement de ligne thérapeutique sur une période de 6 mois, soit 72 % des cas (Figure 4B)

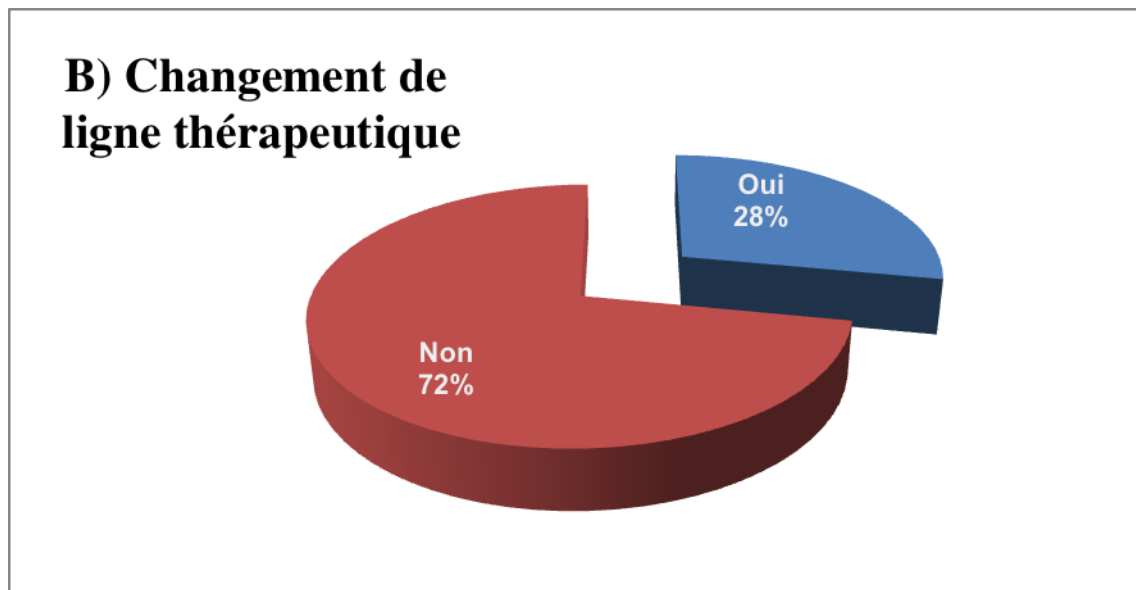


Figure 4B: Répartition des patients selon le changement de ligne thérapeutique

L'association de 2INTI + 1INNTI a été le schéma thérapeutique le plus utilisé (88 % des cas) (Figure 4C).

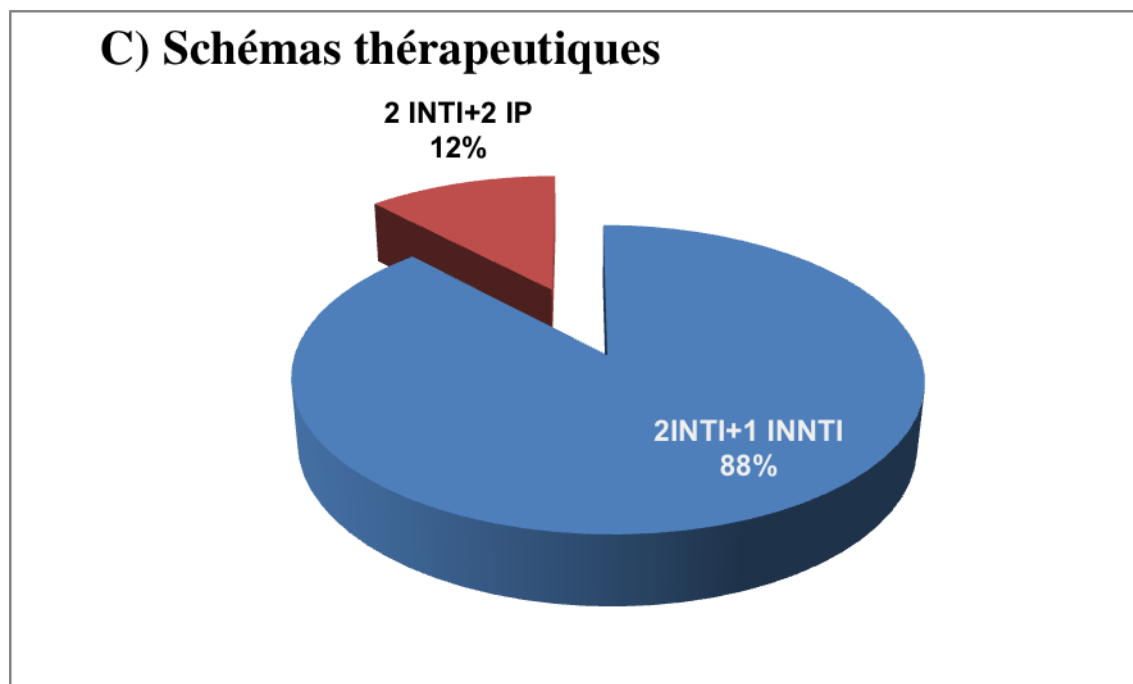


Figure 4C: Répartition des patients selon les schémas thérapeutiques

Tableau XIII: Répartition des patients selon les combinaisons de molécules ARV

Combinaison de molécule ARV	Fréquence	Pourcentage
D4T+3TC+NVP	45	45%
AZT+3TC+NVP	31	31%
AZT+3TC+EFV	7	7%
D4T+3TC+EFV	5	5%
AZT+3TC+LP/R	5	5%
D4T+3TC+LP/R	3	3%
AZT+3TC+ID/R	2	2%
TDF+3TC+LP/R	2	2%
Total	100	100%

Les combinaisons thérapeutiques (Stavudine 30mg+Lamivudine 150 mg+Névirapine 200mg) et (Zidovudine 300mg+Lamivudine 150mg+Névirapine 200 mg) étaient les plus prescrites, soit proportionnellement 45 % et 31% des cas (Tableau XIII).

IX.1.4.2 Changement de régimes thérapeutiques et effets secondaires liés aux médicaments antirétroviraux

Seulement 14 patients (14%) ont subi un changement de régime (Figure 4D).

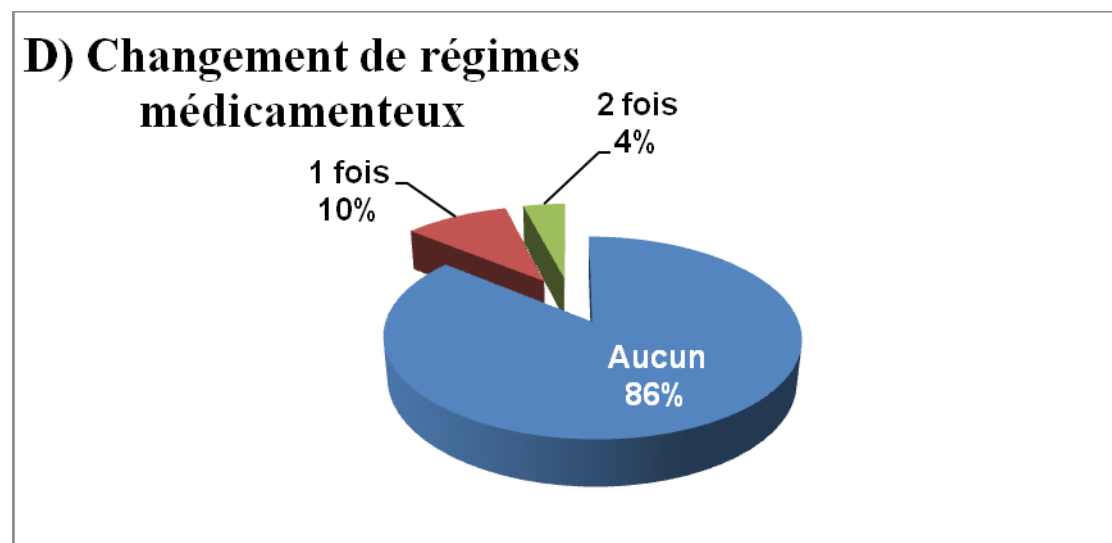


Figure 4D: Répartition des patients selon la fréquence de changement de régimes médicamenteux.

Chez les 14 patients ayant subi un changement de régime, un délai de changement précoce de 7-15 jours a été le plus observé, soit chez 8 patients sur 14 représentant une proportion de 57,3 %. Les valeurs extrêmes étaient de 7 à 90 jours avec une moyenne de 24,78 jours, et un écart type=19,575 (Figure 4E).

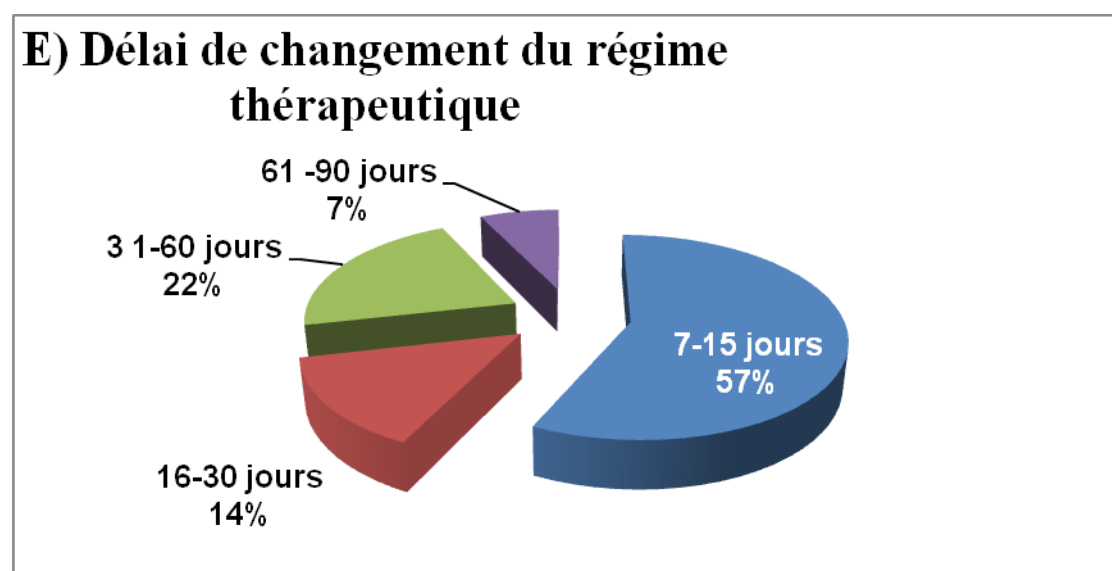


Figure 4E : Répartition des patients selon le délai de changement de régime thérapeutique.

La rupture de stock et l'anémie ont été les motifs de changement les plus représentés, soit respectivement 36 % et 22% (Figure 4F)

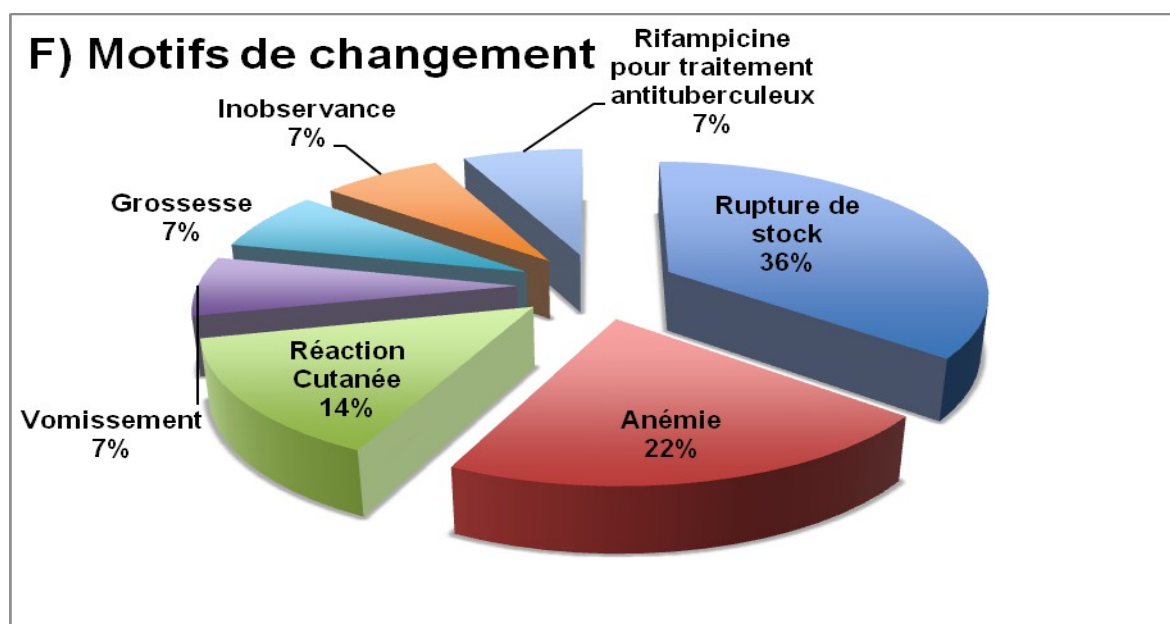


Figure 4F: Répartition des patients selon le motif de changement de régime thérapeutique

Tableau XIV: Répartition des patients selon les effets secondaires liés aux médicaments ARV

Effets secondaires des ARV	Fréquence	Pourcentage
Nausées/Vomissement	40	40%
Neuropathies périphériques	22	22%
Cauchemars/vertige/Insomnie	14	14%
Anémie	7	7%
Toxidermie à la Névirapine	6	6%
Syndrome de Lyell	1	1%
Aucun	10	10 %
Total	100	100%

Les nausées et vomissements étaient les effets secondaires les plus fréquents (40%), liés aux médicaments ARV. On note également chez 22% des patients des neuropathies périphériques (Tableau XIV).

IX.1 .4.3 Impact du traitement ARV sur le poids, le taux de CD4 et la charge virale après 6 mois de traitement

Dans notre étude, 65 % des patients ont eu un gain pondéral compris entre 5 et 10kg à M6. Dans 31% des cas, on note un gain en poids de 10-15kg chez les patients.

La moyenne était de 9,45kg et l'écart type était de 2,81 (Figure 4G).

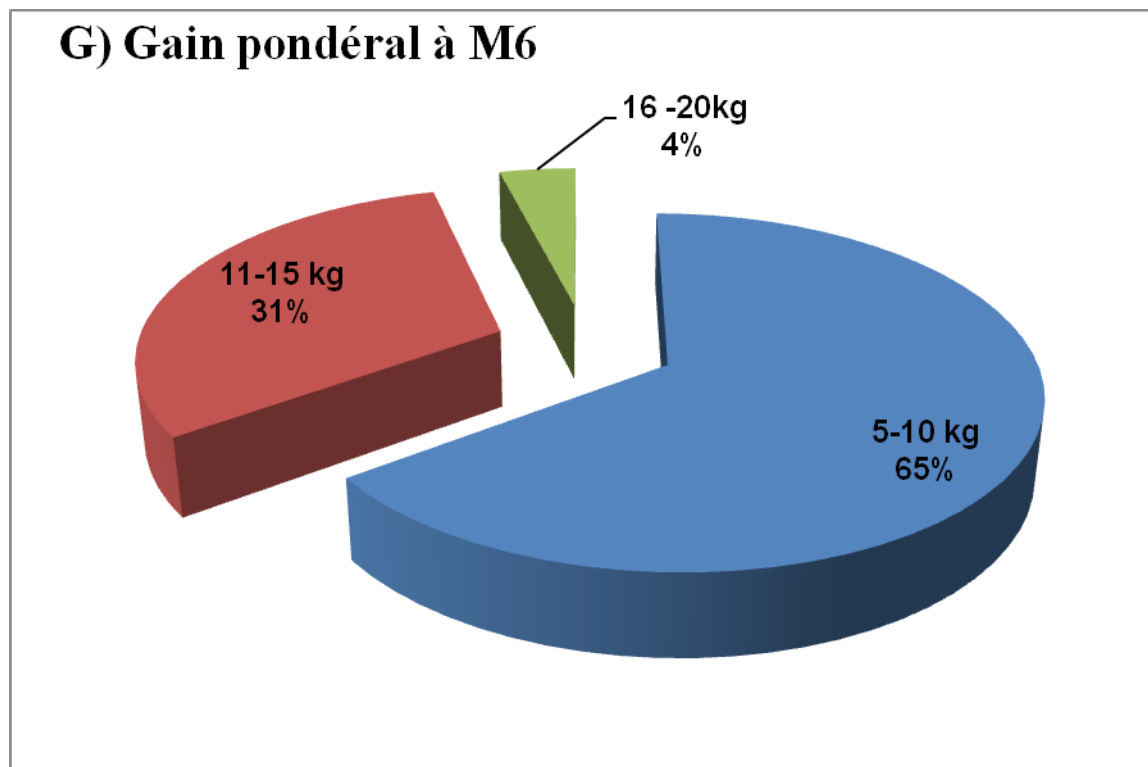


Figure 4G : Répartition des patients selon le gain pondéral à M6

Les patients qui avaient un taux de CD4 compris entre 301 à 400 cellules/ml étaient les plus nombreux soit un taux de 35 % (Figure 7B).la moyenne du taux de lymphocytes CD4 était à 355 Cellules/ml. De manière importante, chez 21% des cas le taux de CD4 étaient compris entre 401-500 cellules CD4/ml .La moyenne était de 355 cellules/ml (Figure 4H)

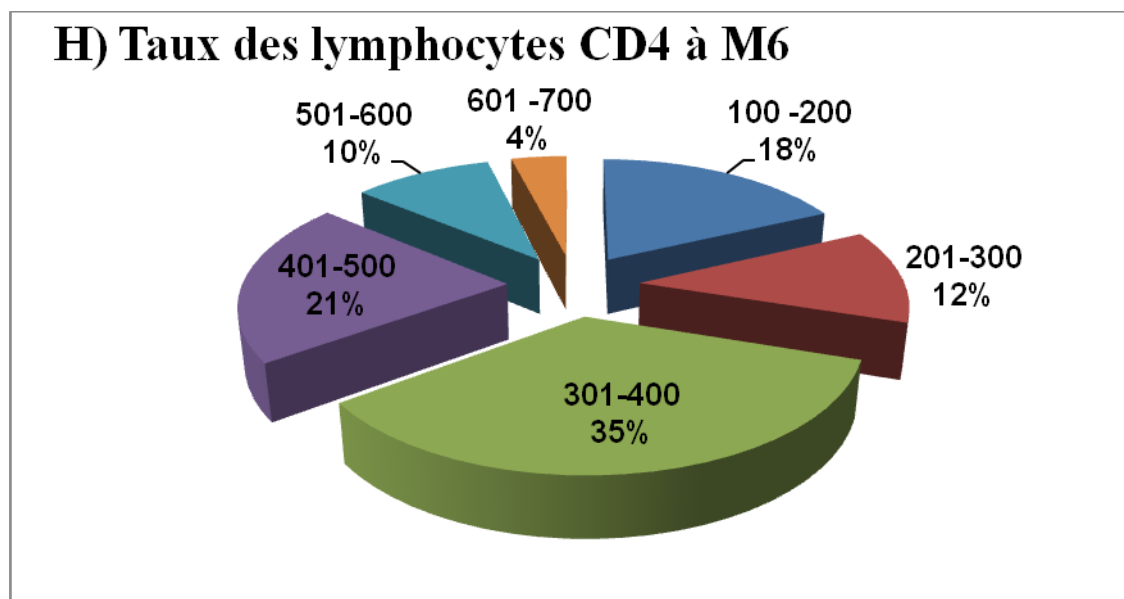


Figure 4H: Répartition des patients selon le taux de CD4

La majorité des patients avaient une charge virale indétectable à six mois (M6) de traitement ; soit un taux de 88 % .La moyenne était de 92,75 copies (Figure 4I).

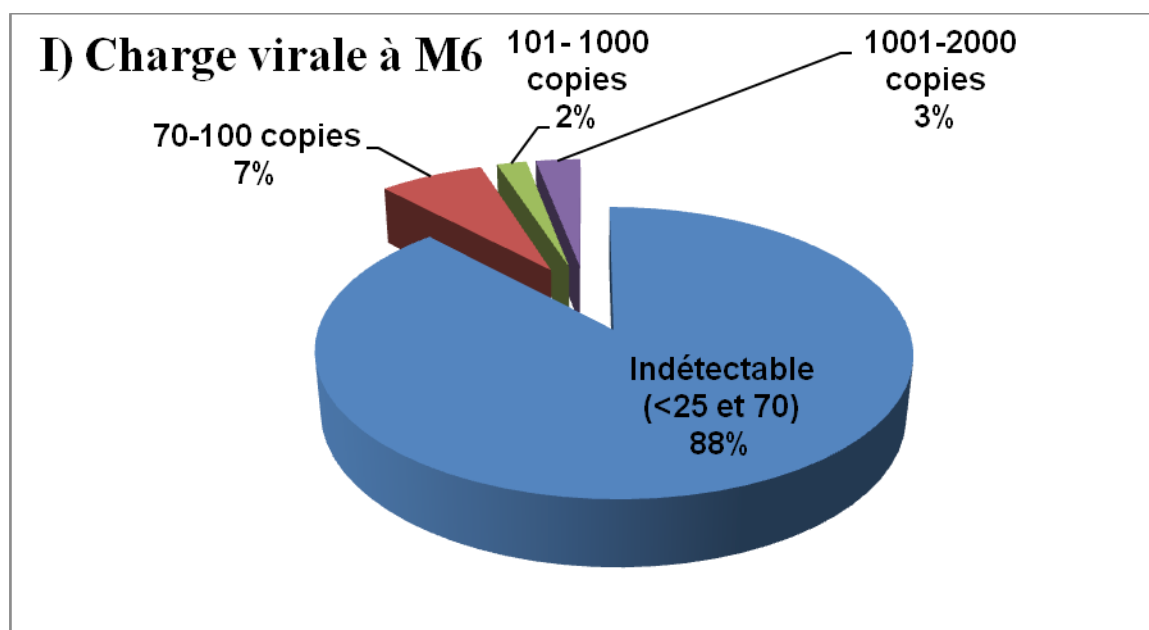


Figure 4I: Répartition des patients selon la charge virale à 6 mois de traitement (M6)

IX.1.4.4 Opinion des patients concernant le médecin traitant, la localisation du centre thérapeutique par rapport à leurs domiciles et l'interaction avec le personnel médical

Tableau XV : Répartition des patients selon leur opinion sur le médecin traitant (A), leur satisfaction vis-à-vis de la localisation du centre de traitement (B) et de l'interaction avec le personnel médical (C)

A) Opinion des patients sur le médecin traitant

	Vous sentez-vous impliqué dans les décisions cliniques ?	Votre médecin est-il au courant des dernières innovations médicales relatives au VIH ?	Votre médecin se préoccupe-t-il de l'impact du traitement sur votre qualité de vie ?	Une relation de confiance avec votre médecin est-elle importante à vos yeux ?
	Fréquence (%)	Fréquence (%)	Fréquence (%)	Fréquence (%)
Pas du tout	0	0	1	15
Un peu	0	0	3	20
Assez	42	8	30	28
Beaucoup	58	92	66	37
Total	100	100	100	100

B) Avis des patients sur la distance du centre à leurs domiciles

Satisfaction par rapport à la distance du centre thérapeutique de leurs domiciles ?	
	Fréquence (%)
Pas du tout	13
Un peu	2
Assez	13
Beaucoup	72
Total	100

C) Avis des patients sur l'interaction avec le personnel

Satisfaction par rapport à l'interaction avec le personnel médical ?	
	Fréquence (%)
Pas du tout	16
Un peu	12
Assez	34
Beaucoup	38
Total	100

Selon la plupart des patients, leur médecin est beaucoup impliqué dans les décisions cliniques (58%), il était au courant des dernières innovations médicales relatives au VIH (92%) et il se préoccupait de l'impact du traitement sur leurs qualités de vie (66%). 37% des patients se sentent parfaitement en confiance avec leur médecin (Tableau A). Les patients, à 72% des cas, ont également exprimé leur entière satisfaction quant à la distance entre le centre de traitement et leurs domiciles (Tableau B). 38% des patients ont manifesté des avis très positifs concernant l'interaction avec le personnel médical (Tableau C).

IX.1.4.5 Les aspects les plus importants du traitement selon les patients

Tableau XVI : Répartition des patients en fonction des aspects les plus importants du traitement selon leur opinion.

Les trois aspects les plus importants du traitement	Fréquence	Pourcentage
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Satisfaction du centre de soins ✓ Facilité de la prise du traitement ✓ Tolérance/observance du traitement 	56	56%
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Facilité de la prise du traitement ✓ Satisfaction du centre de soins ✓ Rapport avec le médecin 	21	21%
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Satisfaction du centre de soins ✓ Rapport avec le médecin ✓ Tolérance/observance du traitement 	11	11%
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Facilité de la prise du traitement ✓ Satisfaction du centre de soins ✓ Effets secondaires silencieux 	7	7%
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Satisfaction du centre de soins ✓ Tolérance/observance du traitement ✓ Effets secondaires silencieux 	5	5%
Total	100	100%

Selon 56 % des patients, les 3 aspects du traitement les plus importants sont notamment la satisfaction par rapport au centre de soins, la facilité de la prise du traitement et la tolérance /l'observance du traitement (Tableau XVI).

IX.2 Les résultats de la qualité de vie des patients

IX.2.1 Les changements comportementaux suite à la connaissance de la séropositivité :

Tableau XVII : Répartition des patients selon les changements de comportements engendrés suite à la connaissance de leur séropositivité.

0=Aucun Changement ,1=Un peu 2=Beaucoup plus

Manger équilibré		
Cotation	Fréquence	Pourcentage
0	11	11%
1	42	42%
2	47	47 %
Total	100	100 %
Sommeil équilibré		
Cotation	Fréquence	Pourcentage
0	18	18 %
1	52	52 %
2	30	30 %
Total	100	100 %
Rapports sexuels protégés		
Cotation	Fréquence	Pourcentage
0	3	3 %
1	43	43%
2	54	54 %
Total	100	100%

Près de 47% des patients mangeaient beaucoup plus ; 52 % avaient un sommeil un peu plus équilibré et enfin 54 % avaient des rapports sexuels beaucoup plus protégés (Tableau XVII).

IX.2.2 Les ressentis actuels des patients

Tableau XVIII : Répartition des patients selon les ressentis actuels

0=Pas du tout 1=Modérément 2=Beaucoup

De la solitude, de l'isolement		
Cotation	Fréquence	Pourcentage
0	37	37 %
1	54	54%
2	9	9 %

Total	100	100 %
De la gêne quant à votre état de santé		
Cotation	Fréquence	Pourcentage
0	59	59 %
1	39	39 %
2	2	2%
Total	100	100 %
De la gêne quant à votre apparence		
Cotation	Fréquence	Pourcentage
0	69	69 %
1	30	30 %
2	1	1 %
Total	100	100 %
De l'anxiété		
Cotation	Fréquence	Pourcentage
0	11	11 %
1	76	76 %
2	13	13 %
Total	100	100 %
De la dépression		
Cotation	Fréquence	Pourcentage
0	10	10 %
1	80	80 %
2	10	10 %
Total	100	100 %
Une baisse de votre Libido		
Cotation	Fréquence	Pourcentage
0	17	17%
1	48	48%
2	35	35 %
Total	100	100 %
Une frustration sexuelle		
Cotation	Fréquence	Pourcentage
0	12	12 %
1	29	29 %
2	59	59 %
Total	100	100%

Dans étude, 54 % des patients ressentaient modérément de la solitude et de l'isolement ; la majorité des patients ne ressentait aucune gêne quant à leur état de santé et leurs apparences soit respectivement 59 % et 69 % des cas ; 76 % étaient anxieux, 80 % modérément déprimés, 48 % ressentait une baisse de leurs libidos et enfin la frustration sexuelle est retrouvée dans beaucoup de cas, soit 59 % (Tableau XVIII).

IX.2.3 Bien être et vie sociale des patients

Tableau XIX: Répartition des patients selon les jugements faites de leurs états actuels

0=Non Satisfait

1=Satisfait

2=Très Satisfait

Bien être physique		
Cotation	Fréquence	Pourcentage
0	5	5%
1	14	14 %
2	81	81 %
Total	100	100 %
Bien être émotionnel/psychologique		
Cotation	Fréquence	Pourcentage
0	44	44 %
1	9	9 %
2	47	47 %
Total	100	100 %
Travail et carrière professionnelle		
Cotation	Fréquence	Pourcentage
0	60	53 %
1	35	32 %
2	5	1 %
Total	100	100 %
Vie sociale		
Cotation	Fréquence	Pourcentage
0	18	18 %
1	79	79 %
2	3	3 %
Total	100	100 %

La majorité des patients (81 %) étaient très satisfaits de leurs bien être physique ;(47 %) étaient très satisfaits de leurs bien être émotionnel/psychologique ; 32 % étaient satisfaits de leurs travail et carrière professionnelle ; 60 % des patients n'étaient pas satisfait de leur carrière professionnelle et enfin 79 % étaient satisfaits de leur vie sociale (Tableau XIX).

IX.2.4 Emploi des patients :

Tableau XX : Répartition des patients selon l'emploi.

Travaillez-vous....	Fréquence	Pourcentage
A temps partiel	25	36,7 %
A temps plein	43	63,2 %
Total	68	100 %
Abandon de leur emploi	fréquence	Pourcentage
Non	65	95,6 %
Oui	3	4,4 %
Total	68	100 %
Changement de travail	Fréquence	Pourcentage
Non	65	95,6 %
Oui	3	4,4 %
Total	68	100 %
Acquisition de nouvelles compétences	Fréquence	Pourcentage
Non	46	67,6 %
Oui	22	32,4 %
Total	68	100 %
Réduction du temps de travail	Fréquence	Pourcentage
Non	63	92,6 %
Oui	5	7,4 %
Total	68	100 %
Difficulté de promotion professionnelle	Fréquence	Pourcentage
Non	65	95,6 %
Oui	3	4,4 %
Total	68	100 %
Licencié(e)	Fréquence	Pourcentage
Non	66	97 %
Oui	2	3%
Total	68	100 %

Sur le plan professionnel, 68 patients avaient un emploi, la majorité (63,2 %) travaillent à temps plein ; 95,6% ont conservé leur emploi ; 67,6 % n'ont pas acquis de nouvelles compétences et en fin la plupart n'a ni réduit leurs temps de travail (92,6% des cas), ni eu des difficultés de promotion professionnelle (95,6%), ni été licenciés (97%) (Tableau XX).

IX.2.5 Influence de la séropositivité sur l'aptitude des patients à gérer leur noyau familial et à conserver leur cercle d'amis :

Tableau XXI: Influence de la séropositivité sur l'aptitude des patients à gérer leur famille, à conserver leur cercle d'amis et travailler avec leurs collègues.

0=Pas du tout

1=Modérément

2=Beaucoup

Aptitude à subvenir aux besoins de votre famille		
Cotation	Fréquence	Pourcentage
0	76	76 %
1	14	14 %
2	10	10 %
Total	100	100 %
Entretenir vos enfants		
Cotation	Fréquence	Pourcentage
0	83	83 %
1	15	15 %
2	2	2 %
Total	100	100 %
Rester avec votre conjoint/rester marié		
Cotation	fréquence	Pourcentage
0	30	30 %
1	29	29 %
2	41	41 %
Total	100	100 %
Conserver un cercle d'amis		
Cotation	fréquence	Pourcentage
0	76	76 %
1	22	22 %
2	2	2 %
Total	100	100%
Travailler avec des collègues		
Cotation	Fréquence	Pourcentage
0	60	3 %
1	5	60 %
2	3	2 %
Total	100	100 %

La séropositivité n'a pas du tout eu d'influence chez la majorité de nos patients à subvenir aux besoins de leurs familles soit 76 % ; à s'occuper de leurs enfants soit 83 % (Tableau XXI) ; chez 41 % leur séropositivité a beaucoup influencé leur aptitude à rester avec leur conjoint ou mari ; 76 % n'ont pas du tout eu des difficultés à conserver un cercle d'amis et en fin chez 60 % de nos patients leur séropositivité n'a pas du tout eu d'influence sur leur aptitude à travailler avec leurs collègues (Tableau XXI).

IX.2.6 Impact de la séropositivité sur la situation économique, la vie familiale et amicale, l'identité personnelle des patients et les activités quotidiennes :

Tableau XXII: Répartition des patients selon les changements qui se sont intervenus dans leurs vies depuis qu'ils ont eu connaissance de leur séropositivité

0=Pas de changement 1=Bien pire 2= Bien meilleur

Votre situation économique		
Cotation	Fréquence	Pourcentage
0	5	5 %
1	74	74 %
2	21	21%
Total	100	100
Nombre d'amis proches		
Cotation	Fréquence	Pourcentage
0	76	76%
1	20	20 %
2	4	4 %
Total	100	100%
Qualité de vos relations avec votre famille		
Cotation	fréquence	Pourcentage
0	75	75%
1	7	7%
2	18	18%
Total	100%	100,0%
Qualité de vos relations avec votre conjoint(e)		
Cotation	Fréquence	Pourcentage
0	80	80 %
1	12	12 %
2	8	8 %
Total	100	100%
Qualité de vos relations avec vos amis		
Cotation	Fréquence	Pourcentage
0	84	84 %
1	9	9%
2	7	7 %
Total	100 %	100 %
Sentiment d'identité personnelle		
Cotation	Fréquence	Pourcentage
0	19	19 %
1	9	9 %
2	72	72 %
Total	100	100%
Regard sur la vie		
Cotation	fréquence	Pourcentage
0	4	4 %

1	9	9%
2	90	90 %
Total	100	100%
Etat de santé		
Cotation	Fréquence	Pourcentage
0	1	1 %
1	2	2%
2	97	97 %
Total	100	100 %
Style de vie en générale		
Cotation	Fréquence	Pourcentage
0	76	76 %
1	2	2%
2	22	22 %
Total	100	100 %

On note qu'une grande proportion des patients (74 %) a eu une situation économique dégradée après avoir pris connaissance de leur séropositivité (Tableau XXII). Chez la majorité des patients, il n'y a pas eu de changement concernant le nombre d'amis proches (soit 76%) ; la qualité des relations n'a pas changé avec leur famille (75% des cas), leur conjoint(e) (80%) et leurs amis (84%) (Tableau XXII); 72 % ont un sentiment d'identité personnelle bien meilleur; le regard sur la vie est bien meilleur chez 90 % des patients ; 97 % ont un état de santé bien meilleur et en fin 76 % n'ont pas changé leurs style de vie en générale (Tableau XXII).

Tableau XXIII: Répartition des patients selon leurs capacités actuelles à mener leurs activités quotidiennes

0= A peine capable, 1= Capable mais avec difficulté, 2= Capable

Déplacements journaliers		
Cotation	Fréquence	Pourcentage
0	0	0%
1	4	4 %
2	96	96 %
Total	100	100 %
Prendre soins de vous même		
Cotation	Fréquence	Pourcentage
0	16	16 %
1	12	12 %
2	72	72 %
Total	100	100 %
Maintenir des activités salariées		

Cotation	Fréquence	Pourcentage
0	2	2,9 %
1	6	8,8 %
2	60	88,2 %
Total	68	100 %

Pratique de sports/de loisirs		
Cotation	Fréquence	Pourcentage
0	11	11 %
1	18	18 %
2	71	71 %
Total	100	100 %

Activités sociales		
Cotation	Fréquence	Pourcentage
0	2	2 %
1	12	12 %
2	86	86 %
Total	100	100 %

La quasi-totalité des patients, soit 96%, est tout à fait apte à effectuer les déplacements quotidiens (Tableau XXIII). 72% sont capables de prendre soins d'eux même. Sur les 68 patients, seulement 2,9 % sont à peine capable de maintenir leurs activités salariées. La majorité des patients est tout à fait apte à pratiquer du sport ou autres loisirs (71 %). En grande partie, ils ont la capacité à mener des activités sociales soit 86 % des cas.

IX.2.7 Les ressentis et qualité de vie des patients sous traitement antirétroviral

Tableau XXIV : Répartition des patients selon les ressentis au cours du traitement

0= Pas du tout, 1=Modérément 2=Beaucoup

Des douleurs physiques		
Cotation	Fréquence	Pourcentage
0	62	62 %
1	29	29 %
2	9	9 %
Total	100	100%

De la fatigue		
Cotation	Fréquence	Pourcentage
0	50	50 %
1	39	39 %
2	11	11%
Total	100	100 %

Des insomnies		
Cotation	Fréquence	Pourcentage
0	29	29 %
1	41	41 %
2	30	30 %
Total	100	100 %

Plus de la moitié des patients (62 %) ne ressentait pas du tout de douleurs physiques ; 50 % n'ont ressentis aucune fatigue et en fin 41 % ressentait modérément de l'insomnie au cours du traitement (Tableau XXIV).

IX.2.8 Les réactions et soutiens de l'entourage des patients à l'annonce de la séropositivité

Tableau XXV : Répartition des patients selon la capacité d'annonce de leurs séropositivités

0= Non 1=Oui 2= ne répond pas ?

Conjoint/Epoux/épouse		
Cotation	Fréquence	Pourcentage
0	36	36 %
1	64	64 %
2	0	0 %
Total	100	100 %
Famille (0= Aucun, 1= Certains membres,2= Tous les membres)		
Cotation	Fréquence	Pourcentage
0	45	45 %
1	55	55 %
2	0	0 %
Total	100	100,0%
Amis(0= Aucun, 1= Certains Amis,2= Tous les amis)		
Cotation	Fréquence	Pourcentage
0	84	84%
1	16	16 %
2	0	0 %
Total	100	100 %
Collègues de travail (0= Aucun, 1= Certains collègues ,2= Tous les collègues)		
	Fréquence	Pourcentage
0	65	95 %
1	3	4,4 %
2	0	0 %
Total	68	100 %

La majorité des patients (64 %) ont annoncé leur séropositivité à leurs conjoint(e) s/époux/épouses; 55% l'ont annoncé à certains membres de leurs familles ; 84 % ne l'ont annoncé à aucun ami. Enfin, seulement 4, 4 % des patients ont pu annoncer leur séropositivité à certains collègues de travail.

Tableau XXVI: Répartition des patients selon les réactions de l'entourage à l'annonce de leurs séropositivités

0=Ni l'un, ni l'autre 1=Négativement ,2=Positivement

Conjoint/Epoux/épouse		
Cotation	Fréquence	Pourcentage
0	15	23,43 %
1	32	50 %
2	17	26,56 %
Total	64	100 %
Famille		
Cotation	Fréquence	Pourcentage
0	9	16,36 %
1	6	10,90 %
2	40	72,72 %
Total	55	100 %
Amis		
Cotation	Fréquence	Pourcentage
0	6	37,5
1	2	12,5 %
2	8	50,7
Total	16	100 %
Collègues de travail		
Cotation	Fréquence	Pourcentage
0	1	33,33 %
1	0	0 %
2	2	66,67%
Total	3	100 %

A l'annonce de la séropositivité, 50 % des conjoint(e) s/époux/épouses ont réagit négativement (n = 64) ; 72,7% des familles (n = 55) ont eu une attitude positive ; 50,7% des amis (n = 16) et 66,6% des collègues de travail (n =3) ont également réagit de manière positive.

Tableau XXVII: Répartition des patients selon les soutiens de l'entourage

0=Pas du tout 1=un peu 2= tout a fait

Votre famille		
Cotation	Fréquence	Pourcentage
0	12	12 %
1	14	14 %
2	73	73%
Total	100	100 %
Vos amis		
Cotation	Fréquence	Pourcentage
0	31	31 %
1	38	38 %
2	31	31 %
Total	100	100 %
Vos collègues de travail		
Cotation	Fréquence	Pourcentage
0	0	0 %
1	1	33,33 %
2	2	66,66 %
Total	3	100 %
Les groupes bénévoles de soutien aux maladies du sida		
Cotation	Fréquence	Pourcentage
0	19	19 %
1	34	34 %
2	47	47 %
Total	100	100 %
Organisation de défense des maladies du sida		
Cotation	Fréquence	Pourcentage
0	10	10%
1	26	26%
2	64	64 %
Total	100	100 %
Services sociaux		
Cotation	Fréquence	Pourcentage
0	86	86 %
1	14	14 %
2	0	0 %
Total	100	100%

Selon les soutiens de l'entourage :73 % des patients étaient biens soutenus par leurs familles ; 38 % ont eu un peu de soutien de la part de leurs amis; 66,6 % sont soutenus par leurs collègues de travail; 34 % des patients ont été un peu soutenus par les groupes bénévoles de soutien aux maladies du sida ;64% sont tout a fait soutenus par les organisations de défense

des maladies du sida et en fin 86 % des patients n'ont pas eu de soutiens de la part des services sociaux.

Tableau XXVIII: Adhésion des patients à des associations de PVVIH.

Êtes-vous membre d'une organisation de patients atteints du VIH?	Fréquence	Pourcentage
Non	95	95 %
Oui	5	5 %
Total	100	100 %
Faites vous partie d'un groupe de personnes séropositives?	Fréquence	Pourcentage
Non	79	79 %
Oui	21	21 %
Total	100	100 %

A question posée de savoir s'ils sont membre d'une organisation de patients atteints du VIH, 95 % des malades répondaient non (Tableau XXVIII).

De manière remarquable, 94% des patients ont eu une qualité de vie améliorée sous traitement antirétroviral (Figure 4J)

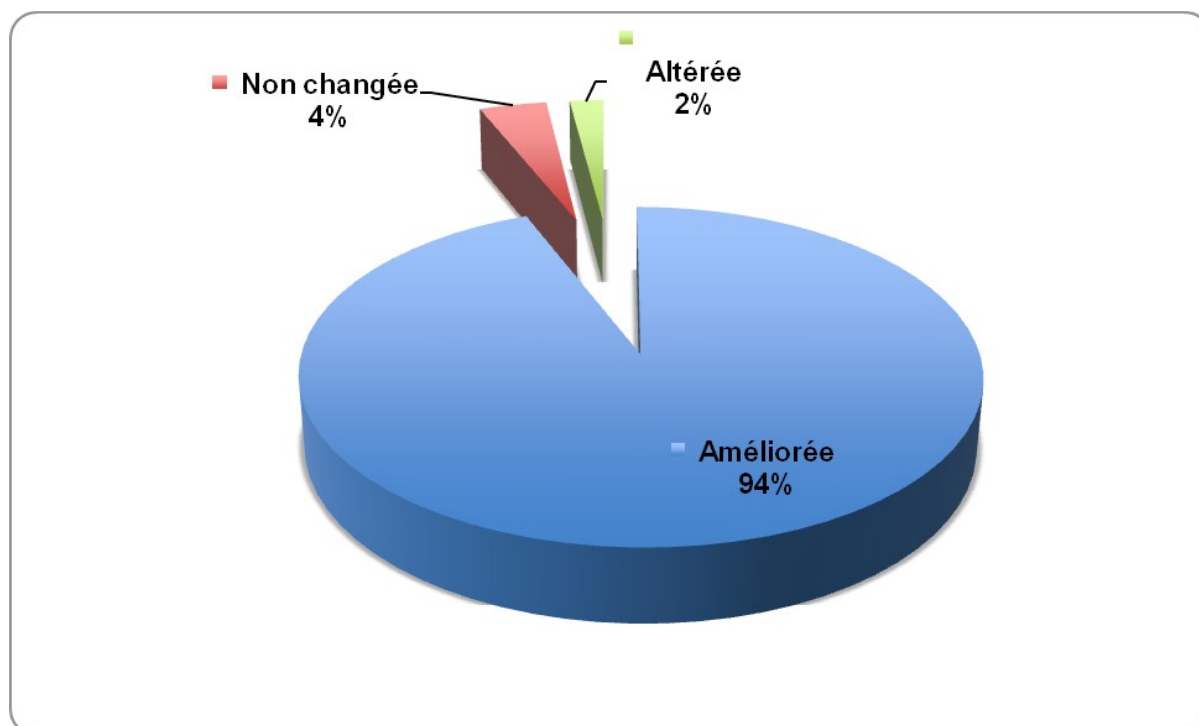


Figure 4J: Répartition des patients selon la qualité de vie sous ARV.



***Commentaires et
discussion***

Chapitre 6 X. COMMENTAIRES ET DISCUSSION

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. Dans cette étude, la qualité de vie de personnes vivant avec le VIH sous traitement antirétroviral a été évaluée à l'unité de soins d'accompagnement et de conseil (USAC) au centre national d'appui à la lutte contre la maladie (CNAM) (Ex. Institut Marchoux). Certaines difficultés ont été rencontrées, notamment des dossiers incomplets, des décès et des perdues de vue avant la fin de l'étude. Enfin on se heurte à la rareté des études similaires pouvant servir de référence.

X.1 Les données sociodémographiques et épidémiologiques:

Au terme de notre étude, il est apparu que la population féminine était la plus importante (61%). Cette forte représentation féminine pourrait être expliquée par des raisons traditionnelles (le lévirat, le sororat et le manque de dépistage prénuptial du VIH) et par une large fréquentation des centres de santé par les femmes. Ceci peut s'expliquer également par la vulnérabilité face à la maladie, aussi du fait de leur situation socio-économique précaire. Les classes d'âges (25-35 ans) et (35-45 ans) étaient majoritaires représentant respectivement 36 % et 34 % en proportion. Les âges extrêmes étaient 18 et 65 ans. Cette fréquence pourrait s'expliquer par une activité sexuelle intense à ces tranches d'âge. Nos résultats se rapprochent également de ceux trouvés par **Coulibaly [44]** qui montrait une prévalence féminine de 63,7 % avec des extrêmes d'âges de 17 à 70 ans.

La majorité des patients inclus dans notre étude résidait à Bamako (77%). Ce résultat est similaire à ceux trouvés dans les études antérieures, notamment celle de **Suzanne. 79,6% [47]** et **Botoro 80,1% [43]**. Cette forte prédominance, pourrait s'expliquer par le fait que Bamako est la capitale politique et économique du pays, premier et unique centre de prescription des ARV pendant plusieurs années.

Dans notre étude 39 % des patients étaient non scolarisés. Cette valeur est légèrement inférieure à celle trouvée par **Suzanne [47]** soit 45,2 %. Le faible taux de scolarisation des patients est un handicap pour la sensibilisation.

Sur le plan de la profession, 29 % des patients de notre série étaient des ménagères, 27 % travaillaient dans le secteur informel et 19 % étaient des fonctionnaires. Ces résultats concordent avec ceux de **Botoro [43]** qui a trouvé 33,2 % de ménagères, 18,4 % de

fonctionnaires, et également avec ceux de **Diarra [42]** où 27% des patients appartenait au secteur informel.

Les mariés étaient majoritaires dans notre étude (51%), contre 21% de célibataires. Ces résultats sont superposables à ceux déclarés par **L OKOME [48]** qui a trouvé 55 % de mariés et 35% de célibataires dans son étude. La plupart des études menées dans les services de maladies infectieuses ont montré que les mariés, suivis des célibataires sont les plus infectés par le VIH. Ceci pourrait s'expliquer par plusieurs facteurs entre autre le lévirat, le sororat, le manque de diagnostic pré-nuptial du VIH [**33,49, 52**].

Les célibataires représentaient (21%). Cela pourrait s'expliquer par le fait que le libertinage sexuel est plus observé dans cette catégorie sociale. Le célibataire s'arroge le droit d'activités sexuelles multiples, prétextant souvent qu'il faut « varier pour faire un bon choix ». Dans ce contexte actuel, une telle variation expose au SIDA et doit être contrôlée à défaut de pouvoir l'éviter.

Dans 45% des cas, les patients étaient responsables de la prise en charge de leur famille.

Dans notre étude 87% de nos patients ont appris leur séropositivité en 2008 ; 86% d'entre eux ignorent l'année où ils ont été contaminés et 64% ne savent pas comment ils ont été contaminés. Seulement 6 % des dépistages étaient volontaires.

Dans 80% des cas les patients n'ont aucune information antérieure sur leurs statuts.

Le VIH et sida est une affection redoutée de la population car il engendre la stigmatisation qui provoque des sentiments de honte et de culpabilité. Pour y échapper la majorité de la population préfère ignorer leurs statuts.

La majorité de nos patients provenaient du centre dermatologique 78 % des cas. Ce résultat rejoint celui de **Konaté. [49]**. L'USAC se trouvant au sein du CNAM. Le service de dermatologie constituait la porte d'entrée, il est plus facile pour les patients de s'y rendre surtout que le VIH se manifeste à priori par les infections opportunistes dermatologiques.

X.2 Données cliniques des patients :

La plupart de nos patients provenaient des consultations au sein du CNAM (Service de dermatologie) ; munis d'un bulletin de dépistage du VIH.

Dans notre étude l'infection par le VIH1 était la plus fréquente avec une proportion de 92% (Figure 4D). Ce qui confirme la fréquence élevée de l'infection par le VIH1 contre 8% du type VIH2 et VIH1+2. Ces résultats sont conformes à ceux de **Suzanne [47]**, de **Traoré. [50]** et de **Ahmed [51]** qui ont trouvés que, respectivement, 92,4%, 91,5% et 97,3% des

patients étaient infectés par le VIH1. Cette fréquence élevée de l'infection par le VIH de type I pourrait expliquer par le faite que le type I est le plus répandu dans le monde que le type II.

Les infections opportunistes les plus prédominantes étaient le prurigo (31% des cas) et les candidoses oro-pharyngés (24%). Ces résultats sont similaires à ceux de **Okamo [48]** à Libreville qui a trouvé une prédominance de prurigo (30%) et de candidose oro-pharyngée (28%). La majorité de nos patients (58%) étaient au stade clinique III de l'OMS. Ce résultat rejoint celui de **Diarra [42]**.

Le taux de lymphocytes CD4 moyen à l'inclusion était de 175, 5cellules/ml avec un écart type de 144, 33 cellule/ml, 40 % avaient un CD4 compris entre 50-100 cellules/ml. Nos résultats sont conformes à ceux de **Botoro [43]** qui avait trouvé que 37.3% de ses patients ont un taux de CD4 a l'inclusion entre 50-200 cellules/ml. La charge virale était comprise entre 100.000 et 200.000 copies virales /ml dans 61% des cas. Cette proportion est beaucoup plus élevée à celle déclarée par **Godin [39]** en Laval (Canada) qui a trouvé seulement 4.4% de ses patients comme ayant une charge supérieure entre 90-500 copies/ml à l'inclusion.

X. 3 réactions à l'annonce

Les pleurs et la peur étaient les réactions dominantes chez nos patients à l'annonce de leur séropositivité soit respectivement 29% et 23% (Tableau 7). Les pleurs traduisent la compassion, le désespoir. Le VIH et sida est une affection humiliante entraînant la stigmatisation et une marginalisation dans notre société faisant penser à la mort. Ces résultats sont superposables à ceux de **Konaté [49]** qui a trouvé également que 58,7% de ses patients avaient peur et 7,34% pleuraient à l'annonce de leur séropositivité.

X. 4 Traitement des patients et réponses cliniques

La quasi-totalité de nos patients (92%) étaient naïfs au traitement ARV (Figure 5A). Le schéma thérapeutique associant 2INTI+1INNT était le plus utilisé en première ligne selon la recommandation de la politique nationale (Figure 5C). L'association (stavudine + Lamivudine + Nevirapine) a été la plus représentée avec 45%. Nos résultats sont comparables à ceux de **Diarra [42]** qui a trouvé 76% et de **Coulibaly [44]** qui a trouvé 82,4% comme fréquence d'utilisation de l'association D4T+3TC+NVP. La fréquente utilisation de ce schéma est surtout liée à la simplicité des prises, mais aussi, à la politique nationale.

Seulement 10% des patients ont eu une substitution de molécule et 4% ont subi 2 changements. Nos résultats sont à l'opposé de ceux de **Thiam [37]** qui a trouvé 94,2% de changement au service de Gastro-entérologie de l'Hôpital Gabriel Touré. Un délai de

changement précoce entre 7-15 jours a été le plus constaté avec 57,3% chez les 14 patients ayant subi un changement, expliquant la fréquence des effets secondaires dans la première quinzaine de traitement (Nausée/vomissements, toxidermie). Les nausées et vomissements étaient les effets secondaires les plus représentés avec une proportion 40%. Ceci a été également constaté dans plusieurs études [42, 44, 48,51].

A 6 mois de traitement, 65% des patients ont eu un gain pondéral de 5-10kg. 31% ont eu 10-15kg supplémentaires. Le taux de CD4 était compris entre 300-400cellules/ml chez 35% Ces résultats sont similaires à ceux de **Diarra** [42].

La charge virale (CV) étaient indétectables (CV <25 et 70) à 6 mois de traitement chez 88% des patients de notre série 86% des patients sont observant.

X. 5 Opinion des patients concernant le médecin traitant et le centre de soin :

La majorité des patients de notre série répondait de manière positive que leur médecin est beaucoup impliqué dans les décisions cliniques (58%) ; 92% trouvaient qu'il était au courant des dernières innovations médicales relatives au VIH ; 66% remarquaient qu'il se préoccupait de l'impact du traitement sur leur qualité de vie et 37% pensaient qu'une relation de confiance avec le médecin est très importante à leurs yeux (Tableau 8).

Dans notre étude, 72% de nos patients étaient très satisfaits de leur centre de soins par rapport à la localisation. 38% des patients étaient beaucoup satisfaits de l'interaction avec le personnel médical. Pour 56% des patients, les trois aspects du traitement les plus importants sont entre autre la satisfaction du centre de soin, la facilitation de la prise du traitement, la tolérance et l'observance du traitement.

X. 6 Qualité de vie

X. 6.1 Changement de comportements des patients suite à la découverte de leur séropositivité :

Au terme de notre étude, 47% des patients mangeaient beaucoup plus ; 52% ont un sommeil un peu plus équilibré et en fin 54 % ont des rapports sexuels beaucoup plus protégés.

X. 6.2 Les ressentis actuels des patients :

Nous constatons que plus de la moitié (54%) de nos patients ressentaient modérément de la solitude, de l'isolement, et la majorité des patients ne ressentait aucune gêne quant à leur état de santé et leur apparence soit respectivement (59%) et (69%) des cas. Ce résultat est conforme à ceux de **Randrian** [41] au Befelatanana (Madagascar). Cependant le trouble fréquemment rencontré était l'état dépressif (80 %), associé à degré divers à l'anxiété.

Nos résultats sont supérieurs à ceux de **Takougang [53]** qui avait trouvé que 55,12 % des patients de son échantillon présentaient des états dépressifs.

Une baisse de leur libido et enfin une frustration sexuelle respectivement (48%) et (59%).

X. 6.3 Bien être et vie sociale

Nous avons constaté que la majorité (81%) de nos patients étaient très satisfaits de leur bien être physique ; 47 % étaient très satisfaits de leurs bien être émotionnel/psychologique ; 32 % étaient satisfaits de leur travail et carrière professionnelle ; 60 % des patients n'étaient pas satisfait de leur carrière professionnelle et enfin 79 % étaient satisfaits de leur vie sociale. La séropositivité n'a pas eu d'impacts négatifs majeurs sur la vie sociale de la majorité des patients, notamment 76% arrivent à subvenir aux besoins de leur famille ; 83% sont aptes à entretenir leurs enfants ; 76% n'ont pas du tout eu de difficulté à conserver un cercle d'amis et en fin chez 60 % de nos patients leur séropositivité n'a pas eu d'influence sur leur aptitude à travailler avec leurs collègues.

Cependant, chez 41% la séropositivité a influencé leur aptitude à rester avec leur conjoint(e) s. La situation économique était également peu favorable chez 74 % des patients. Pour la majorité des patients la qualité des relations avec leur famille (75%), leur conjoint(e) (80%) et leurs amis (84%) n'ont pas changé. Une plus grande partie des patients ont un sentiment d'identité personnelle bien meilleur et 76% n'ont pas changé leur style de vie en générale.

Nombreux étaient les patients aptes à faire les déplacements journaliers, à prendre soins d'eux même, à pratiquer des activités sportives ou d'autres loisirs et à mener des activités sociales.

On note que plus de la majorité des patients (62 %) ne ressentaient pas du tout de douleurs physiques, de la fatigue soit respectivement (62%) et (50 %); et en fin 41 % ressentaient modérément de l'insomnie au cours du traitement. Néanmoins, la quasi-totalité des patients ont une qualité de vie améliorée sous ARV soit 94 %.

La majorité des patients (64 %) ont informé leur conjoint(e)s de leur séropositivité ; 55% des patients ont annoncé leur séropositivité à certains membres de leur famille ; 84 % n'ont annoncé leur séropositivité à aucun de leurs amis et en fin seulement 4, 4 % des patients ont pu annoncer leur séropositivité à certains collègues de travail. 50% des conjoint(e)s ont réagit négativement. 72,7% des familles, 50,7% des amis et 66,67% des collègues ont eu une attitude plutôt positive.

Nous constatons que 73 % des patients sont tout à fait soutenus par leur famille ; 38 % sont un peu soutenus par leurs amis ; 66,6 % sont assez soutenus par leurs collègues de travail; 34 % des patients sont un peu soutenus par les groupes bénévoles de soutien aux maladies du sida ; 64% sont tout a fait soutenus par les organisations de défense des maladies du sida et en fin seulement 14 % des patients sont un peu soutenus par les services sociaux.

A la question posée de savoir s'ils sont membre d'une association de patients atteints du VIH, 95 % des malades répondaient non.



***Conclusion et
recommandations***

XI. CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

Conclusion :

Notre étude s'est déroulée à l'USAC/CNAM. L'objectif principal était d'étudier la prise en charge et la qualité de vie des personnes vivant avec le VIH sous traitement antirétroviral. Notre étude a été rétrospective de janvier 2008 à mars 2008 correspondant à la période de recrutement. Elle a été prospective d'avril 2008 à septembre 2008 correspondant aux suivis, chaque patient ayant été suivi pendant au moins 6 mois. Elle a porté sur 104 patients, dont un décès et 3 perdus de vue avant la fin de l'étude.

La tranche d'âge la plus touchée se situe entre 26 et 35 ans, soit 36,0 % et 61 % étaient des femmes résidant majoritairement à Bamako dans 77 % des cas, avec une prédominance des ménagères (29%). Le prurigo a été le motif de consultation le plus fréquent avec 22 cas, soit 22%. Les mariés étaient majoritaires dans l'échantillon étudié avec 52% de cas. La plus part de nos patients étaient pris en charge par leur famille, soit 45 % des cas. 87% des patients ont été dépistés en 2008 et seulement 13% des dépistages étaient volontaires.

Les patients infectés par le VIH1 étaient les plus nombreux avec 92 % des cas. La plupart de nos patients étaient référés du CNAM (dermatologie), soit 78 %. Le prurigo et les candidoses oro-pharyngées étaient les infections opportunistes les plus révélatrices du VIH soit respectivement 30 % et 24 % dans notre échantillon.

Les patients étaient en grande partie au stade III de l'OMS, soit un taux de 58 %. Les schémas thérapeutiques associant 2INTI+1INNTI ont été les plus utilisés (88%).

La majorité des patients (64 %) ont eu à annoncer à leurs conjoint(e)s leur séropositivité ; par contre 84 % n'ont annoncé leur séropositivité à aucun de leurs amis. 55% des patients ont annoncé leur séropositivité à certains membres de leur famille; et en fin seulement 4, 4 % des patients ont pu annoncer leur séropositivité à certains collègues de travail.

41 % des patients sont tout à fait soutenus par leur famille par contre 38 % sont un peu soutenus par leurs amis. 66,6 % sont assez soutenus par leurs collègues de travail et 34 % des patients sont un peu soutenus par les groupes bénévoles de soutien aux maladies du sida. 33% des patients sont assez soutenus par les organisations de défense des maladies du sida et en fin seulement 14 % des patients sont un peu soutenus par les services sociaux.

La quasi-totalité des patients ont une qualité de vie améliorée sous ARV soit 94 % des cas.

Recommandations :

Au terme de notre étude, nous avons formulé quelques recommandations qui sont les suivantes :

➤ **Au haut conseil national de lutte contre le VIH et SIDA**

- Elaborer des programmes de formation de suivi dans le cadre de la lutte contre le VIH et SIDA.
- Maintenir toujours la gratuité du traitement antirétroviral et des examens complémentaires chez les personnes vivant avec le VIH/SIDA.
- Assurer une prise en charge nutritionnelle qui a pour avantage : de retarder le dysfonctionnement du système immunitaire, améliorer la qualité de vie, restaurer la perte de poids et prolonger significativement la durée de vie.
- Assurer la prise en charge psychosociale visant à : conseiller, informer et assister les PVVIH pour induire un changement de comportement. ; soutenir les PVVIH face aux perturbations psychologiques et sociales et en fin impliquer dans la communauté et prévenir l'extension de la maladie.

➤ **Au ministère de la Santé :**

- Renforcer la capacité des structures déjà préexistantes pour qu'il y ait plus d'information, d'éducation et de communication sur le VIH/ SIDA ;
- Créer dans la majorité des structures sanitaires, une unité de prise en charge antirétrovirale.
- Equiper les laboratoires publics de matériels nécessaires et de réactifs pour le suivi biologique des patients,
- Renforcer la gratuité des médicaments (bléomycine, vincristine, vinblastine, doxorubicine) dans le cadre de la prise en charge de la maladie de Kaposi.

➤ **Aux agents de santé :**

- Proposer de façon appropriée le test de dépistage du VIH et SIDA et systématique chez toutes les femmes enceintes
- Expliquer aux patients, l'intérêt du suivi clinique et biologique
- Assurer une prise en charge précoce et un suivi régulier des PVVIH.
- Établir une relation de confiance avec son patient afin de permettre à celui-ci d'aborder sans tabous les éventuelles difficultés liées à la prise des médicaments.

➤ **A l'USAC :**

- Organiser des sessions de formation pour le personnel dans le cadre de l'épanouissement des personnes vivant avec le VIH et SIDA.
- Renforcer l'aide sociale pour les patients séropositifs démunis.

➤ **Aux Patients :**

- Respecter les rendez-vous et surtout être observant par rapport à la prise des médicaments
- Faire confiance à son médecin traitant en lui donnant toutes les informations concernant les effets secondaires constatés pour lui permettre d'assurer une prise en charge adéquate.

➤ **Aux Populations :**

- Faire le dépistage volontaire et consulter rapidement un centre de prise en charge en cas de confirmation de l'infection à VIH.
- Soutenir les PVVIH
- Bannir la stigmatisation et la discrimination des PVVIH
- Encourager le dépistage pré-nuptial, pré-lévirat, pré-sororat et prénatal.



Références

XII. REFERENCES :

1. Dalgallarondo S. Une recherche négociée ; la thérapeutique VIH en France. Social travail 2000 ; 42 ; 160-18

2 - ONUSIDA.

Rapport global ONUSIDA/OMS 2010

3- ONUSIDA / OMS.

Le point sur l'épidémie de SIDA : les caractéristiques mondiales.

Genève, Suisse ; Décembre 2006.

4. Carrieri P et al. Health related quality of life after 1 year of highly active antiretroviral therapy. JAIDS 2003 ; 32 :38- 47.

5. ONUSIDA/OMS

Le point sur l'épidémie 2007 : Eléments essentiels. Document disponible sur le site :

http://data.Unaids.org/pub/EPISLIdes/2007_epiupdate_fr.pdf. Consulté le 12/01/2008

6. O.M.S

Définition de la qualité de vie. Document disponible sur le site :

www.linternaute.com/.../fr/definition/qualite-de-vie-selon-l-oms/ - Consulté le 12/01/2008

7- MINISTERE DE LA SANTE

Enquête démographique de santé au Mali. EDS IV, juin 2006.

8- Beytout J, Delmont J, Machou B, Pichard E.

Infection par le VIH et SIDA Malin Trop : 2002 ; P 455.6

9- COULIBALY .D.

Les causes liées aux décès des PVVIH. Thèse Med, Bamako, 2006 n°227.

10- Pierre Marie Girard, Christine Katlama, Gilles Pialoux

VIH: Edition 2007, Doin

11- B. Duclot

Epidémiologie de la tuberculose à Mycobacterium tuberculosis J.C Nicolas E/service, Mars 2004

12- Pozniak AL, Miller R, Ormerod LP.

Le traitement de la tuberculose chez les personnes infectées par le VIH.

AIDS: 1999; 340:367-73

13- OMS

Le point sur l'épidémiologie mondiale du SIDA en fin 2006. Document disponible sur le site : http://data.Unaids.org/pub/epireport/2006/2006_equipdate_fr.pdf. Consulté le 4/04/2008.

14. OBADIA Y. Qualité de vie des personnes vivant avec VIH/SIDA. Document disponible sur le site :WWW.se4s.orspaca.org/syntheses_resultat/pdf/07-SY06.pdf. Consulté le 20/03/2008

15-Mémento thérapeutique du VIH/SIDA en Afrique.

Traitement des infections opportunistes au cours du VIH/SIDA.

P n°176, n°178, n°181, n°182, n°184. Edition 2009.

16- Cohen OJ, Stoeckle MY.

Extra pulmonary *Pneumocystis carinii* infection the acquired immunodeficiency syndrome.

Arch Intern Med 1991; 151:1205-1214

17- Katlama C.

Manifestations neurologiques au cours de l'infection à VIH.

Sida, infection à VIH : aspects en zone tropicale.

Ellipses/Aupelf, 1989,129-140.

18- Belhadj S, Kallel K, Boussem N, Ghobantini A, Bejaoui M, Ben Salem N. et Al

Place des microsporidies et des cryptosporidies dans les diarrhées chez les immunodéprimés.

Tunisie Médicale 1999 ; 77 :638-643.

19- Eefting Shattenteerk JKM, van Gool T, Van Ketel RJ et al.

Clinical significance of small intestinal microsporidiosis in HIV-1

infected individuals. Lancet 1991; 337:895-8

20- Robertson DL, Sharp PM, Mc cutchan FE, Hahn BH.

Combinaison in HIV-1. Natures 1995; 374; 124-5.

21- Nozais JP, Datry A, Danis M.

Traité de parasitologie médicale.

Paris: pradel, 1996; 21:186-191

22-Emery VC, Webster A, Griffiths PD.

Herpes virus. In S.Myint ET A.Cann (Eds): molecular and cell biology of opportunistic infections in AIDS, London: Chapman ET Hall, 1992.

23- Dehovitz JA, Pape JW, Boncy M, Johnsonn WD Jr.

Clinical manifestations and therapy of *Isospora Belli* in patient with acquired immunodeficiency syndrome.

Document disponible sur le site:WWW.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/3487730. Consulté le 6/05/2008.

24-Cinque P, Vago L, Brytting M, Linde A et al.

Cytomegalovirus infection of the central nervous system in patients with AIDS: diagnosis by DNA amplication from cerebrospinal fluid.

J infect Dis 1992; 166:1408-11.

25-Coulaud JP.

Infections parasitaires et fongiques au cours du SIDA. Abstract Euromedecine 1987 Montpellier 1987; 535-6.

26-Connolly GM, Hawkins D, Harcourt-Wedster JN.

Oesophageal symptoms and their causes, treatment and prognosis in patients with acquired immunodeficiency syndrome.
Gut 1989; 30:1033-9.

27-Safrin S.

Herpes simplex and varicella-zoster virus infections in HIV infected individuals. In Broder S, Merigan TC Jr; Bolognesi D, Eds. Text book of AIDS Medicine. Baltimore: Williams and Wilkins, 1994:373-83

28- Bonilla L, Estevez J, Monsalve F, Quijada L.

Cyclospora cayatenensis infections among diarrhea patients from Venezuela. Am J Trop Med Hygn 2001; 65:351-354

29-Levitz SM.

The ecology of cryptococcus neoformans and the epidemiology of cryptococcosis.
Rev infects Dis 1991; 13:1163-1169

30- Coulibaly I.

Cryptococcose neuro-meningée à l'hôpital du point-G
These, Med, Bamako, 2004; n°39.

31. Kakou Aka; E bissagnene; S Eholie; S Koffi.

Infections opportunistes chez les patients VIH positif sous trithérapie antirétrovirale en côte D'Ivoire in CISMA, Burkina [abstract 13BT3-5].
December 10th-13th, 2001; 333-334.

32-wheat IJ, connolly-strigfiield P, Kohler RB, Frame PT, Gupta MR.

Histoplasma capsulatum polysaccharide antigen detection in diagnosis and management of disseminated histoplasmosis in patients with acquired immunodeficiency syndrome. Am J Med 1989; 87:396-400.

33. SANOGO.D

Aspect épidémiologique du VIH/SIDA à Sikasso de 2000-2004. Thèse de médecine 2006

34- Hira SK, Wadhawan D, Kamanga J et al.

Cutaneous manifestations of human immunodeficiency virus in Lusaka, Zambia. J Am Acad Dermatol 1988; 19:451-1.

35. Procotole 50-page30

WWW.actupparis.org/article3337.html

Mise à jour Mars 2008

36-Swartz RA.

Kaposi's sarcoma: advances and perspectives.
J Am Acad. Dermatol 1996; 34:804-14.

37- Thiam P.

Motif du changement thérapeutique du traitement antiretrovirale dans le service d'hépatogastro-entérologie de l'hôpital Gabriel T
Thèse, Pharm, Bamako 2006

38. ARCAD/SIDA

Formation des agents socio sanitaires de la commune IV sur le conseil dépistage du VIH et sida. Bamako 2008. P10

39. Gaston Godin, Ph.D

Etude sur la qualité de vie et le quotidien des personnes vivant avec le VIH en Laval au Canada.

40. Politique et protocole de prise en charge antirétrovirale du VIH et du SIDA au Mali, juin 2010

41. Randria M , Ramanalina P, Rakotoarivelo R, Ramanampamonjy R, Andrianasolo R, Rapelanoro Rabenja F. CHUA/ HJRBefelatanana(Madagascar)

Evaluation de la qualité de vie des personnes vivant avec le VIH (PVVIH) sous antiretroviraux. Document disponible sur le site :

WWW.Solthis.org/.../081101115957_2810_randria_evaluation_tolerance_arv.ppt.

Consulté le 25/06/2008

42. Diarra M.

Evaluation de la prescription des médicaments contre les infections opportunistes chez les patients sous ARV suivis au CESAC de Bamako.

Thèse, Pharm, Bamako 2009.

43. Botoro T

Evaluation des infections opportunistes au cours du traitement ARV dans le cadre de l'IMAAARV ; Thèse, Med, Bamako, 2005.

44. Coulibaly S.

Tolérance clinique et biologique de la névirapine chez les maladies du SIDA sous traitement à l'hôpital du Point G.

Thèse, Pharm, Bamako, 2006

45. Zongo M

Prise en charge psychosociale des PVVIH/SIDA dans trois centres sociaux de Porto-Novo au Bénin.

46. Diallo C.

Evaluation de la prescription des médicaments contre les infections opportunistes à l'hôpital Gabriel Touré

Thèse Pharm, Bamako 2008

47. Dougnon S.

Hypercholestérolémie au cours du traitement antirétroviral à Bamako : CHU du Point G et CESAC.

Thèse, Med, Bamako 2008.

48. M.M.L Okome Nkoumou et Collaborateurs.

Bilan clinico-biologique des patients infectés par le VIH à la fondation Jeanne Ebori de Libreville (2002-2005). *Med Trop* 2007 ; 67 :357-362

49. Konaté E

Etude des activités de dépistage de l'USAC/CNAM (De sa création en juillet 2007 au 30 janvier 2009). Thèse, Med, Bamako 2009.

50. Traoré M.

Les causes liées aux décès des patients sous traitement antirétroviral au CESAC
These, Med, Bamako 2008

51. A.A.Ahmed et S.Latoundji

Etude pilote de la thérapie antirétrovirale à Djibouti.
Revue de Santé de la Méditerranée orientale, vol.13, N°6,2007

52. Benoît.B.SARRIA

Etude épidémiologique-clinique de l'infection à VIH/SIDA à l'hôpital du point G. Thèse de médecine 2000-2004.

53. Takougang Moto Ginette Sorelle

Les manifestations psychiatriques chez les personnes vivant avec le VIH dans les services de Médecine Interne et de Maladies Infectieuses de l'Hôpital National du Point G.
Thèse, Med, Bamako 2002-2003

Fiche signalétique :

NOM : KASSAMBARA

PRENOM : IBRAHIM

Contact : 66843433

E-mail : bourakass@yahoo.fr

Titre :

Etude de la prise en charge et de la qualité de vie des PVVIH sous ARV à l'USAC / CNAM

Année de soutenance : 2012

Ville de soutenance : Bamako

Pays d'origine : Mali

Secteur d'intérêt : Santé publique/maladies infectieuses

Lieu de dépôt : Bibliothèque de la FMPOS, Bamako, Mali

Résumé :

L'objectif principal était d'étudier la prise en charge et la qualité de vie des personnes vivant avec le VIH/SIDA sous traitement antirétroviral. Notre étude a été rétrospective de janvier 2008 à mars 2008 correspondant à la période de recrutement. Elle a été prospective d'avril 2008 à septembre 2008 correspondant aux suivis, chaque patient ayant été suivi pendant au moins 6 mois. Elle a porté sur 104 patients, dont un décès et 3 perdus de vue avant la fin de l'étude.

La tranche d'âge la plus touchée se situe entre 26 et 35 ans, soit 36,0 % et 61 % étaient des femmes résidant majoritairement à Bamako dans 77 % des cas, avec une prédominance des ménagères (29%). Les mariés étaient majoritaires dans l'échantillon étudié avec 52% de cas. Le prurigo a été le motif de dépistage le plus fréquent avec 22 cas, soit 22%. Les patients infectés par le VIH1 étaient les plus nombreux avec 92 % des cas.

Le prurigo et les candidoses oro-pharyngées étaient les infections opportunistes les plus révélatrices du VIH soit respectivement 30 % et 24 % dans notre échantillon.

Les patients étaient en grande partie au stade III de l'OMS, soit un taux de 58 %. Les schémas thérapeutiques associant 2INTI+1INNTI ont été les plus utilisés (88%).

La majorité des patients (64 %) ont eu à annoncer à leurs conjoint(e)s leur séropositivité ; par contre 84 % n'ont annoncé leur séropositivité à aucun de leurs amis. 55% des patients ont annoncé leur séropositivité à certains membres de leur famille; et en fin

seulement 4, 4 % des patients ont puis annoncer leur séropositivité à certains collègues de travail.

Dans l'étude, 41 % des patients sont tout à fait soutenus par leur famille par contre 38 % sont un peu soutenus par leurs amis. 66,6 % sont assez soutenus par leurs collègues de travail et 34 % des patients sont un peu soutenus par les groupes bénévoles de soutien aux maladies du sida. 33% des patients sont assez soutenus par les organisations de défense des maladies du sida et en fin seulement 14 % des patients sont un peu soutenus par les services sociaux.

La quasi-totalité des patients ont une qualité de vie améliorée sous ARV soit 94 % des cas.

Mots clés : Prise en charge, PVVIH et Sida, qualité de vie,USAC/CNAM.



XIII. FICHE D'ENQUÊTE :

FICHE D'ENQUETE SUR L'ETUDE DE LA PRISE EN CHARGE ET DE LA QUALITE DE VIE DES PERSONNES VIVANT AVEC LE VIH/SIDA SOUS ARV AU CNAM (EX INSTITUIT MARCHOUX)

I. Identification du malade :

- 1.1 Dossier N°
1.2 .Date :
1.3. Age :
1.4. Sexe :
1.5. Nationalité :
1.6. Adresse : Tel :
 . Bamako Kayes . Koulikoro Sikasso Ségou Mopti
. Tombouctou .Gao .Kidal

II. INTERROGATOIRE :

2.1. Motif de consultation :

- | | | |
|-------------------------------------------------------|---|-------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Bilan pré-nuptial | , | <input type="checkbox"/> Dermatoses et I.S.T |
| <input type="checkbox"/> Bilan prénatal | | a.Prurit diffus |
| <input type="checkbox"/> Conjoint(e) positif (ve) | | b.Prurigo |
| <input type="checkbox"/> Enfant positif | | c.Dermite séborrhéique |
| <input type="checkbox"/> Viol | | d.Furonculose |
| <input type="checkbox"/> Dossier administratif | | e.Autres dermatoses..... |
| <input type="checkbox"/> Accident exposition au sang | | <input type="checkbox"/> Asthénie |
| <input type="checkbox"/> Altération de l'état général | | <input type="checkbox"/> Anorexie |
| | | <input type="checkbox"/> Autre pathologies..... |

2.2 Prise en charge antérieure :

-Traitement traditionnel :

-Traitement moderne :

:

2.3. Evaluation des risques :

- Non utilisation de condoms
Utilisation irrégulière de condoms
Rupture du condom
Multi partenariat sans protection
Existence d'IST aucours des 3derniers mois

A.E.S (chirurgie, transfusion)

III. DONNEES SOCIO-DEMOGRAPHIQUES :

3.1. Niveau d'éducation :

- Non scolarisé Primaire Secondaire Supérieur Medersa
 Alphabétisation

3.2. Profession:

- .Ménagère Cultivateur .Elève Etudiant(e) Commerçant
 Fonctionnaire Secteur informel Autres (à préciser).....

3.3. Statut matrimonial : Etes-vous.....

- Célibataire Fiancé(e) Marié/vivant en concubinage
 Abandon(e) Séparé (é) Divorcé (é) Veuf(e)

3.4 Régime matrimonial :

- Nombre de mariage :
- Votre union actuelle est elle polygame Oui Non
- Si oui nombre d'épouse ou coépouses

3.5. Vivez-vous

- Seul Avec votre concubin uniquement Avec d'autres personnes
 Avec des amis Avec la famille proche

3.6. Situation familiale :

- Etes -vous le chef de famille Oui Non
- Si non étés vous :
- Soutien de famille
 Prise en charge par la famille
 Contribuant

3.7. Conditions de logement :

- Propriétaire Dans une famille d'accueil
- Locataire En exode
- Dans la grande famille Sans domicile

Cotation :

0 = Non satisfait

1= Satisfait

2= Très satisfait

IV. Quel est votre degré de satisfaction actuel concernant ?

	Non satisfait	Satisfait	Très Satisfait
.Le service de santé	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

-Pourquoi :

V. Quel jugement faites vous de votre état actuel ? :

	Non satisfait	Satisfait	Très Satisfait
. Bien être physique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	-Pourquoi :		
	Non satisfait	Satisfait	Très Satisfait
. Bien être émotionnel/psychologique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	-Pourquoi :		
	Non satisfait	Satisfait	Très Satisfait
. Travail et carrière professionnelle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	-Pourquoi :		
	Non satisfait	Satisfait	Très Satisfait
. Vie sociale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	-Pourquoi		

V. Votre diagnostic VIH.....

5.1. Quand avez-vous appris que vous étiez séropositif ?.....
 Je ne m'en souviens pas

5.2. En quelle année pensez –vous avoir été contaminé ?.....Je l'ignore

5.3. Comment pensez-vous avoir été contaminé ?

Rapports sexuels non protégés avec un partenaire régulier	<input type="checkbox"/>	En partageant des aiguilles	<input type="checkbox"/>
Rapports sexuels non protégés avec d'autres personnes	<input type="checkbox"/>	Viol/agression sexuelle	<input type="checkbox"/>
Transfusion de sang contaminé	<input type="checkbox"/>	Je ne sais pas	<input type="checkbox"/>
Autres : Ne pas répondre à ces questions	<input type="checkbox"/>		

VI. LES CIRCONSTANCES DE DIAGNOSTICS DE VOTRE SEROPSITIVITE :

6.1 Test : Volontaire Prescrit Conseil d'amis proche

6.2. Information antérieure sur votre statut : Oui Non

6.3. Sérologie VIH Positif : VIH1 VIH2 VIH1+VIH2

6.4. Comment étiez-vous à l'annonce de votre séropositivité? :

Tristesse Paniqué Pleur Peur Autres :.....

6.5. Avez-vous des résultats d'examens ou analyses antérieures? : Oui Non

-Si Oui

Nombre de CD4..... Charge virale.....

VII. Mode de présentation :

Référé : Oui Non

-Si oui : Nouveau Ancien

7.1. Structure hors CNAM :

Hôpital du point G Centre de référence
 Hôpital Gabriel Touré Famille
 Clinique ou cabinet privé Autres(à préciser) :.....
 Cscm

7.2. Structure du CNAM :

Dermatologie Service de kinésithérapie
 Léprologie Chirurgie
 C.V.D Autres (à préciser)

VIII. EXAMEN DU MALADE :

8.1. Symptômes (signes fonctionnels)

Prurit Toux
 Fièvre Asthénie
 Douleur Diarrhée :.....Selles/jour
 Sensation de brûlure Autres (à préciser) :.....

8.2. Signes physiques :

Amaigrissement :.....Kg Autres (à préciser) :.....
 Dermatoses :
 a.Muguet
 b.Condylome
 c.Zona
 d.Prurigo

IX. Quelle est l'influence de votre état de séropositivité sur votre vie actuelle ?

- positive : Oui Non

- Négative : Oui Non

-Si Négative pourquoi :.....

9.1. La connaissance de votre séropositivité a-t-elle engendrée votre changement des Comportements suivants ?

	Aucun Changement	un peu	beaucoup plus
Manger équilibré	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fumer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Consommation de boissons Alcoolisées	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sommeil équilibré		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rapports sexuels protégés	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

9.2 Dans quelle mesure ressentez-vous actuellement.....

	Pas du tout	modérément	Beaucoup
De la solitude, de l'isolement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
De la gêne quant à votre état de santé	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
De la gêne quant à votre apparence	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
De l'anxiété	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
De la dépression	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Une baisse de votre libido	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Une frustration sexuelle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

9.3. Si vous AVEZ un emploi

Travaillez-vous.....
à temps plein
A temps partiel

Avez-vous été obligée, pour des raisons médicales liées à votre séropositivité de.....

-Quitter un emploi salarié	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
-Changer de travail	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
-Acquérir de nouvelles compétences	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
-Réduire votre temps de travail	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
-Difficulté de promotion professionnelle	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
-Licencié(e)	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>

9.4. Pensez vous que votre séropositivité puisse influencer votre aptitude à...

	Pas du tout	Modérément	Beaucoup
Subvenir aux besoins de votre famille	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vous occuper de vos enfants	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rester avec votre conjoint/rester marié	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Conserver un cercle d'amis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Travailler avec des collègues	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

9.5. Quels sont les changements qui sont intervenus dans votre vie depuis que vous avez
Eu connaissance de votre séropositivité ?

Un peu pas de un peu Bien

	Bien pure	moins bon	changement	meilleur	meilleur
Votre situation économique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nombre d'amis proches	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Qualité des vos relations avec :					
Votre conjoint	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Votre famille	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vos amis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sentiment d'identité personnelle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Regard sur la vie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Etat de santé	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Style de vie en général	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

X. Traitement contre le VIH :

10.1. Etes-vous ?

-Nouveau : Oui Non

-Ancien : Oui Non

10.2. Combien de régimes médicamenteux avez-vous suivis?

1 2-3 4-5 Plus de 5

.....

 10.3. En ce qui concerne votre dernière régime médicamenteux.....

Combien de temps l'avez-vous suivi ? _____ Année(s) _____ mois

Combien de pilules prenez –vous par jour ? _____ Combien de fois par jour _____

10.4. Comment comparez –vous les aspects suivants de votre dernier régime Médicamenteux et ceux des précédents régimes ?

	Pire	Identique	Mieux	Beaucoup mieux
Nombre de pilules par jour	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nombre de fois par jour	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Interaction avec la nourriture	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Effets secondaires	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Efficacité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

10.5. Quels effets secondaires avez –vous ressenti lors de votre dernier régime Médicamenteux ?

	Supportable	insupportable	Presque Insupportable
Neuropathie périphérique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anémie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diarrhée /dérangement gastro-intestinal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lipodystrophie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Etat vertigineux, insomnie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A.E.G	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Réactions cutanées à type de :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

10.6. Combien de fois avez-vous oublié de prendre vos médicaments le mois dernier ?

0 1-2 3-5 5-10 plus de fois

Pourquoi _____

10.7. Concernant la résistance du virus à votre traitement.....

Avez –vous déjà rencontré ce problème ? Oui, par le passé

Oui, actuellement

Non, jamais

10.8. Concernant votre médecin, dans quelle mesure ...

	Pas du Tout	un peu	Assez	Beaucoup
Vous sentez –vous impliqué dans les décisions cliniques ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Votre médecin est-il au courant des dernières innovations Médicales relatives au VI	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Votre médecin se préoccupe –t-il de l'impact du traitement Sur votre qualité de vie ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Une relation de confiance avec votre médecin est- elle Importante à vos yeux	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3.14. Au regard des aspects suivants, étés –vous satisfaites de votre centre de soins ?

	Pas du tout	un peu	assez	beaucoup
Distance de votre domicile	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Interaction avec le personnel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3.15. Selon vous ?quels sont les TROIS aspects du traitement les plus importants ?

Classez –les par ordre d'importance.

	Ordre
Facilité de la prise du traitement	<input type="checkbox"/>
Effets secondaires visibles	<input type="checkbox"/>
Effets secondaires silencieux	<input type="checkbox"/>
Rapports avec le médecin	<input type="checkbox"/>
Satisfaction du centre de soins	<input type="checkbox"/>

XI. QUALITE DE VIE :

11.1Quelle est votre capacité actuelle à mener vos activités quotidiennes ?

	A peine Capable	capable mais avec difficulté	Tout à fait capable
Déplacements journaliers	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Prendre soins de vous-même	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Maintien des activités salariées	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Pratique de sports/de loisirs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Activités sociales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

11.2 Avez-vous, au cours du traitement ressenti :

	Pas du tout	Modérément	Beaucoup
Des douleurs physiques	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
De la fatigue	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Des insomnies	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

11.3. Capacité d'annonce de la séropositivité :

Conjoint/Epoux/épouse	oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>		
Famille	Tous les membres <input type="checkbox"/>	Certains membres <input type="checkbox"/>	Aucun <input type="checkbox"/>	
Amis	Tous les amis <input type="checkbox"/>	Certains amis <input type="checkbox"/>	Aucun <input type="checkbox"/>	
Collègues de travail	Tous mes collègues <input type="checkbox"/>	Certains collègues <input type="checkbox"/>	Aucun <input type="checkbox"/>	

11.4. Réactions de l'entourage à l'annonce

	Ni l'un ni l'autre	Négativement	Positivement
Conjoint/Epoux/épouse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Famille	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Amis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Collègues de travail	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

11.5. Vous sentez –vous soutenu par....

	Pas du tout	Un peu	tout à fait
Votre famille	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vos amis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vos collègues de travail	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Les groupes bénévoles de soutien Aux maladies du sida	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Organisations de défense des maladies du sida	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Services sociaux	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

11.6. Etes-vous membre d'une organisation de patients atteints du VIH ? Oui Non

11.7. Faites –vous partie d'un groupe de personnes séropositives ? Oui Non

SERMENT D'HIPPOCRATE

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

Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au dessus de mon travail ; je ne participerai à aucun partage clandestin d'honoraire.

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

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

Je garderai le secret absolu de la vie humaine dès sa conception. Même sous menace, je n'admettrai pas de faire usage de mes connaissances médicales contre les lois de l'humanité.

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

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

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

Je le jure.