

MINISTRE DES ENSEIGNEMENTS SECONDAIRE
SUPERIEUR ET DE LA RECHERCHE SCIENTIFIQUE

REPUBLIQUE DU MALI
Un Peuple-Un But-Une Foi



UNIVERSITE DE BAMAKO

Faculté de Médecine de Pharmacie
et d'Odonto – stomatologie

(F.M.P.O.S)

Année académique : 2007-2008

N°..... /2008



TITRE

**QUALITE DE LA PRISE EN CHARGE DES
PERSONNES VIVANT AVEC LE VIH/SIDA
DANS LE SERVICE DE MEDECINE DE
L'HOPITAL DE SIKASSO**

THESE

Présentée et soutenue publiquement le .../... / 2008
à la faculté de Médecine, de Pharmacie et d'Odontostomatologie

Par

Mr DJIBRIL BARRY

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

Jury

Président :

Membre :

Co-Directeur :

Directeur :

Pr. Moussa Y MAIGA

Dr DICKO Safi BAZI

Dr Mahamadou SOGOBA

Pr. Abdoulaye Ag RHALY

FACULTE DE MEDECINE, DE PHARMACIE ET D'ODONTO-STOMATOLOGIE
ANNEE UNIVERSITAIRE 2007-2008

ADMINISTRATION

DOYEN : **Anatole TOUNKARA** - Professeur

1^{er} ASSESSEUR : **Drissa DIALLO** - MAITRE DE CONFERENCES

2^{ème} ASSESSEUR : **Sékou SIDIBE** - MAITRE DE CONFERENCES

SECRETAIRE PRINCIPAL : Yénimégue **Albert DEMBELE** - Professeur

AGENT COMPTABLE : **Mme COULIBALY Fatoumata TALL** - CONTROLEUR DES FINANCES

PROFESSEURS HONORAIRES

Mr Alou BA	Ophthalmologie
Mr Bocar SALL	Orthopédie – Traumatologie - Secourisme
Mr Souleymane SANGARE	Pneumo-phtisiologie
Mr Yaya FOFANA	Hématologie
Mr Mamadou L. TRAORE	Chirurgie Générale
Mr Balla COULIBALY	Pédiatrie
Mr Mamadou DEMBELE	Chirurgie Générale
Mr Mamadou KOUMARE	Pharmacognosie
Mr Ali Nouhoum DIALLO	Médecine interne
Mr Aly GUINDO	Gastro-entérologie
Mr Mamadou M Keita	Pédiatrie
Mr Siné BAYO	Anatomie-Pathologie-Histoembryologie
Mr Sidi Yaya SIMAGA	Santé Publique
Mr Abdoulaye Ag RHALY	Legislation
Mr Boubacar Sidiki CISSE	Toxicologie
Mr Massa SANOGO	Chimie Analytique

LISTE DU PERSONNEL ENSEIGNANT PAR D.E.R. & PAR GRADE

D.E.R. CHIRURGIE ET SPECIALITES CHIRURGICALES

1. PROFESSEURS

Mr Abdel Karim KOUMARE	Chirurgie Générale
Mr Sambou SOUMARE	Chirurgie Générale
Mr Abdou Alassane TOURE	Orthopédie - Traumatologie, Chef de D.E.R.
Mr Kalilou OUATTARA	Urologie
Mr Amadou DOLO	Gynéco Obstétrique
Mr Alhousseini Ag MOHAMED	ORL
Mme SY Assitan SOW	Gynéco-Obstétrique
Mr Salif DIAKITE	Gynéco-Obstétrique
Mr Abdoulaye DIALLO	Anesthésie-Réanimation
Mr Djibril SANGARE	Chirurgie Générale
Mr Abdel Kader TRAORE Dit DIOP	Chirurgie Générale

2. MAITRES DE CONFERENCES

Mr Abdoulaye DIALLO	Ophthalmologie
Mr Gangaly DIALLO	Chirurgie Viscérale
Mr Mamadou TRAORE	Gynéco-Obstétrique
Mr Filifing SISSOKO	Chirurgie Générale
Mr Sékou SIDIBE	Orthopédie Traumatologie
Mr Abdoulaye DIALLO	Anesthésie-Réanimation
Mr Tieman COULIBALY	Orthopédie-Traumatologie
Mme TRAORE J THOMAS	Ophthalmologie
Mr Mamadou L. DIOMBANA	Stomatologie

Mme DIALLO Fatimata S. DIABATE
Mr Nouhoum ONGOÏBA
Mr Sadio YENA
Mr Youssouf COULIBALY

Gynéco-Obstétrique
Anatomie & Chirurgie Générale
Chirurgie Générale
Anesthésie-Réanimation

3. MAÎTRES ASSISTANTS

Mr Issa DIARRA
Mr Samba Karim TIMBO
Mme TOGOLA Fanta KONIPO
Mr Zimogo Zié SANOGO
Mme Djénéba DOUMBIA
Mr Zanafon OUATTARA
Mr Adama SANGARE
Mr Sanoussi BAMANI
Mr Doulaye SACKO
Mr Ibrahim ALWATA
Mr Lamine TRAORE
Mr Mady MACALOU
Mr Aly TEMBELY
Mr Niani MOUNKORO
Mr Tiémoko D. COULIBALY
Mr Souleymane TOGORA
Mr Mohamed KEITA
Mr Bouraïma MAIGA
Mr Youssouf SOW
Mr Djibo Mahamane DIANGO
Mr Moustapha TOURE

Gynéco-Obstétrique
ORL
ORL
Chirurgie Générale
Anesthésie / Réanimation
Urologie
Orthopédie- Traumatologie
Ophtalmologie
Ophtalmologie
Orthopédie - Traumatologie
Ophtalmologie
Orthopédie/ Traumatologie
Urologie
Gynécologie/ Obstétrique
Odontologie
Odontologie
ORL
Gynécologie/ Obstétrique
Chirurgie Générale
Anesthésie-reanimation
Gynécologie

D.E.R. DE SCIENCES FONDAMENTALES

1. PROFESSEURS

Mr Daouda DIALLO
Mr Amadou DIALLO
Mr Moussa HARAMA
Mr Ogobara DOUMBO
Mr Yénimégué Albert DEMBELE
Mr Anatole TOUNKARA
Mr Bakary M. CISSE
Mr Abdourahamane S. MAÏGA
Mr Adama DIARRA
Mr Mamadou Koné

Chimie Générale & Minérale
Biologie
Chimie Organique
Parasitologie Mycologie
Chimie Organique
Immunologie - **Chef de D.E.R.**
Biochimie
Parasitologie
Physiologie
Physiologie

2. MAÎTRES DE CONFERENCES

Mr Amadou TOURE
Mr Flabou BOUGOUDOGO
Mr Amagana DOLO
Mr Mahamadou CISSE
Mr Sékou F. M. TRAORE
Mr Abdoulaye DABO
Mr Ibrahim I. MAÏGA

Histoembryologie
Bactériologie – Virologie
Parasitologie
Biologie
Entomologie médicale
Malacologie – Biologie Animale
Bactériologie – Virologie

3. MAÎTRES ASSISTANTS

Mr Lassana DOUMBIA
Mr Mounirou Baby
Mr Mahamadou A THERA
Mr Moussa Issa DIARRA
Mr Kaourou DOUCOURE
Mr Bouréma KOURIBA
Mr Souleymane DIALLO
Mr Cheick Bougadari TRAORE
Mr Guimogo DOLO
Mr Mouctar DIALLO
Mr Abdoulaye TOURE
Mr Boubacar TRAORE
Mr Djibril SANGARE

Chimie Organique
Hématologie
Parasitologie
Biophysique
Biologie
Immunologie
Bactériologie/ Virologie
Anatomie pathologie
Entomologie Moleculaire Médicale
Biologie Parasitologie
Entomologie Moleculaire Médicale
Parasitologie Mycologie
Entomologie Moleculaire Médicale

4. ASSISTANTS

Mr Mangara M. BAGAYOKO
Mr Bocary Y Sacko
Mr Mamadou Ba
Mr Moussa FANE

Entomologie Moléculaire Médicale
Biochimie
Biologie/ Parasitologie entomologie médicale
Parasitologie Entomologie

D.E.R. DE MEDECINE ET SPECIALITES MEDICALES

1. PROFESSEURS

Mr Mamadou K. TOURE
Mr Mahamane MAÏGA
Mr Baba KOUMARE
Mr Moussa TRAORE
Mr Issa TRAORE
Mr Hamar A. TRAORE
Mr Dapa Aly DIALLO
Mr Moussa Y. MAIGA
Mr Somita KEITA
Mr Boubacar DIALL
Mr Toumani SiDIBE

Cardiologie
Néphrologie
Psychiatrie- **Chef de D.E.R.**
Neurologie
Radiologie
Médecine Interne
Hématologie
Gastro-entérologie Hépatologie
Dermato-Léprologie
Cardiologie
Pédiatrie

2. MAÎTRES DE CONFERENCES

Mr Bah KEITA
Mr Abdel Kader TRAORE
Mr Siaka SIDIBE
Mr Mamadou DEMBELE
Mr Mamady KANE
Mr Sahare FONGORO
Mr Bakoroba COULIBALY
Mr Bou DIAKITE
Mr Bougouzié SANOGO
Mme Assa TRAORE
Mr Adama D. KEITA
Mr Sounkalo Dao

Pneumo-Phtisiologie
Médecine Interne
Radiologie
Médecine Interne
Radiologie
Néphrologie
Psychiatrie
Psychiatrie
Gastro-entérologie
Endocrinologie
Radiologie
Maladies Infectieuses

3. MAITRES ASSISTANTS

Mme TRAORE Mariam SYLLA	Pédiatrie
Mme Habibatou DIAWARA	Dermatologie
Mr Daouda K Minta	Maladies Infectieuses
Mr Kassoum SANOGO	Cardiologie
Mr Seydou DIAKITE	Cardiologie
Mr Arouna TOGORA	Psychiatrie
Mme KAYA Assétou SOUCKO	Médecine interne
Mr Boubacar TOGO	Pédiatrie
Mr Mahamadou TOURE	Radiologie
Mr Idrissa Ah. CISSE	Dermatologie
Mr Mamadou B. DIARRA	Cardiologie
Mr Anselme KONATE	Hépatogastro-entérologie
Mr Moussa T. DIARRA	Hépatogastro-entérologie
Mr Souleymane DIALLO	Pneumologie
Mr Souleymane COULIBALY	Psychologie
Mr Cheick Oumar GUINTO	Neurologie

D.E.R. DES SCIENCES PHARMACEUTIQUES

1. PROFESSEURS

Mr Gaoussou KANOUTE	Chimie Analytique Chef de D.E.R
Mr Ousmane DOUMBIA	Pharmacie Chimique
Mr Elimane MARIKO	Pharmacologie

2. MAITRES DE CONFERENCES

Mr Drissa DIALLO	Matières médicales
Mr Alou KEITA	Galénique
Mr Benoît Yaranga KOUMARE	Chimie analytique
Mr Ababacar I. MAIGA	Toxicologie

3. MAÎTRES ASSISTANTS

Mne Rokia SANOGO	Pharmacognosie
Mr Yaya KANE	Galénique
Mr Saibou MAIGA	Legislation
Mr Ousmane KOITA	Parasitologie Moleculaire
Mr Yaya COULIBALY	Legislation

D.E.R. SANTE PUBLIQUE

1. PROFESSEUR

Mr Sanoussi KONATE Santé Publique, **chef de D.E.R**

2. MAÎTRE DE CONFERENCES

Mr Moussa A. MAÏGA Santé Publique
Mr Jean TESTA Sante Publique
Mr Mamadou Souncalo TRAORE Sante Publique

3. MAÎTRES ASSISTANTS

Mr Adama DIAWARA Santé Publique
Mr Hamadoun SANGHO Santé Publique
Mr Massambou SACKO Santé Publique
Mr Alassane A. DICKO Santé Publique
Mr Hammadoun Aly SANGHO Sante Publique
Mr Seydou DOUMBIA Epidémiologie
Mr Samba DIOP Anthropologie Médicale
Mr Akory AG IKNANE Sante Publique

4. ASSISTANTS

Mr Oumar THIERO Bio statistique
Mr Seydou DIARRA Anthropologie Médicale

CHARGES DE COURS & ENSEIGNANTS VACATAIRES

Mr N'Golo DIARRA Botanique
Mr Bouba DIARRA Bactériologie
Mr Salikou SANOGO Physique
Mr Boubacar KANTE Galénique
Mr Souleymane GUINDO Gestion
Mme DEMBELE Sira DIARRA Mathématiques
Mr Modibo DIARRA Nutrition
Mme MAÏGA Fatoumata SOKONA Hygiène du Milieu
Mr Mahamadou TRAORE Génétique
Mr Yaya COULIBALY Législation
Mr Lassine SIDIBE Chimie Organique

ENSEIGNANTS EN MISSION

Pr. Doudou BA Bromatologie
Pr. Babacar FAYE Pharmacodynamie
Pr. Mounirou CISSE Hydrologie
Pr. Amadou Papa DIOP Biochimie
Pr. Lamine GAYE Physiologie

DEDICACES

Je dédie ce travail

A l'éternel le tout puissant, le miséricordieux pour m'avoir donner la vie, la force et le courage pour la réalisation de ce travail. Que ta gloire dure toujours.

A Mon Père Feu Boubacar Barry, ce travail est le fruit de votre clairvoyance. J'aurais souhaité vous voir parmi nous aujourd'hui mais le tout puissant en a voulu autrement. **BABA qu'ALLAH** vous accueille dans son paradis

A mes mamans :

- **WELLORE BARRY** dite **DEDE** : les mots me manquent ici pour vous remercier. Je vous prie de continuer à nous faire des bénédictions, qu'ALLAH vous accorde encore longue vie et une bonne santé à nos cotés

- **Feu KADIDIA CISSE** : nous pérennisérons vos vertus, qu'ALLAH vous accueille dans son paradis

A Feue Aminata CISSE dite **AMTA** : Vos dernières heures de vie m'ont beaucoup affectées, de votre tombe je reconnais votre contribution à la réalisation de ce travail. Reposez en paix chère mère.

A mon épouse Djénéba BA : seul le silence est grand, tout le reste est faiblesse

A mon fils Boubacar Barry qu'ALLAH t'assistes

MES REMERCIEMENTS S'ADRESSENT :

A tous mes enseignants de la FMPOS

A mes frères et soeurs de : Bamako, Ségou, Konodimini, Seribala Konobougou Djenné, Sevaré, Gao, Diankabou, Bio statistique, Douentza

Merci pour vos conseils et vos aides financières et matérielles pour la réalisation de ce travail.

Trouvez en ce travail ma profonde gratitude..

A mes oncles et tantes de: Bamako à Diankabou en passant par Sevaré

Je vous dis merci qu'ALLAH, le TOUT PUISSANT vous récompense

A mes belles soeurs :

Pour votre affection, votre gentillesse et votre disponibilité, trouvez ici toute ma reconnaissance.

Au Dr Boubacar Samba Dicko et familles : merci pour tout , puisse ALLAH vous accorde longévité et santé

Au Dr Luka Monoja et famille : merci pour tout

A mes beaux frères :

Vous n'avez pas manqué de m'apporter votre soutien à chaque fois que cela était nécessaire ; par ce travail, je vous exprime toute ma gratitude.

A mes cousins et cousines :

Pour vos encouragements et vos conseils, trouvez en ce travail ma profonde gratitude.

A mes neveux et nièces :

Sachez que je compte sur vous pour lever le défi de l'illettrisme ; que Dieu vous assiste.

A la direction de l'hôpital de Sikasso pour la qualité de mon séjour

Au personnel de l'hôpital de Sikasso :

Pour l'accueil et la collaboration qui ne m'ont jamais fait défaut, merci

Au personnel du service de médecine de Sikasso : les mots me manquent pour vous remercier, trouvez en ce travail toute ma reconnaissance

A mes collègues internes de Sikasso

Pour votre soutien et votre collaboration, trouvez en ce travail ma sincère reconnaissance.

Aux équipes Cubaine et Chinoise de l'hôpital de Sikasso

Au personnel de la clinique principale : Daou, Alain, Madou ; le Maire, Ballo ; Alexis, Bocoum, Dansiné Diarra, Le jeune Sow, Mme Diallo Biba, Mme Bissan, Baissa, Josef

A mes amis d'enfance

Vous avez été pour moi des compagnes de lutte. Ensemble nous avons enduré les souffrances et les difficultés. Merci pour votre affection et votre sympathie. A travers ce travail je vous réitère toute ma reconnaissance.

A mes Amis et Compagnons, Ouane ,S. Doumbo, Dibois, Chimie Organique, Bane, statistique, Zak, Waissoun, Taleb, Modibo, Papa

Nous avons passé des moments agréables puisse ALLAH nous donner longue vie.

Au personnel de Chimie Organique communication au Point G : la qualité logistique de ce travail relève de votre génie. Ce travail est le votre

Aux camarades et Collègues de Vision Santé Mali : ce travail est le votre

A mes cadets de la FMPOS : soyez toujours confiant car rien n'est éternel

Aux familles Anthropologie, Bane, Coulibaly, Diallo, Keita, Koné, Sanogo

A tous les ressortissants du GONDO

Hommage aux membres du jury

A notre maître et Président du jury

Pr. Moussa Y Maiga

Professeur titulaire d'hépatogastro-entérologie

Chef de service de la médecine au CHU Gabriel
Touré

Responsable des cours d'hépatogastro-entérologie
à la FMPOS

Cher maître

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

Nous avons eu la chance de figurer parmi vos élèves et de
bénéficier de votre remarquable qualité d'enseignement.

Nous avons été séduit par votre qualité d'accueil, et
d'encadrement.

Votre humilité, votre sagesse et l'étendue de votre connaissance
ont forcé notre admiration.

Votre amour du travail bien fait, votre rigueur scientifique et
votre disponibilité font de vous un maître exemplaire.

Nous vous renouvelons ici cher maître, notre profonde gratitude
et que le tout puissant vous récompense par ses bienfaits.

A notre maître et juge

Dr Dicko Safi Bazi

Diplômée de la FMPOS

Praticienne des hôpitaux

Chef de service de la médecine de l'hôpital de
Sikasso

Cher maître

Accepter de juger ce travail, nous gratifie car vous l'avez fait malgré vos multiples occupations.

Nous avons été témoin des qualités exceptionnelles d'une femme modeste, rigoureuse et en quête permanente de la perfection.

Trouvez ici cher maître, l'expression de toute notre reconnaissance, de notre profond respect et que le tout puissant vous fortifie dans votre carrière.

A notre maître et co-directeur
Dr Mahamadou Sogoba
Médecin spécialiste en Santé Publique
Spécialiste en Management et gestion des projets
et programmes de santé
Spécialiste en parasitologie
Spécialiste en économie de la santé
Chef de la division économie de la santé à l'ANEH
Membre du comité scientifique et technique de
l'Agence Nationale pour la Sécurité Sanitaire
(ANSSA)

Cher maître,

Nous vous remercions de la confiance que vous nous avez accordée en acceptant de nous encadrer.

Votre assiduité, votre rigueur, vos qualités humaines irréprochables font de vous un encadreur admiré des étudiants et très sollicité.

Recevez par ce travail l'expression de mon admiration et de ma profonde gratitude.

Que Dieu vous enrichisse.

A notre maître et Directeur de thèse
Pr. Abdoulaye Ag RHALY
Ancien Directeur Général de l'INRSP
Ancien Secrétaire Général de l'OCCGE
Secrétaire permanent du Comité National d'Ethique
pour la Santé et les Sciences de la vie

Cher Maître

Au delà du bon accueil que vous nous avez réservé , vous avez su nous orienter avec sagesse et éveiller notre intérêt non seulement pour le sujet mais surtout pour toute la pathologie de la médecine interne.

Votre simplicité, générosité, disponibilité, rigueur de travail, et bien d'autres qualités encore font de vous un grand maître à suivre.

C'est avec beaucoup de bonheur que nous avons travaillé avec vous, nous sommes fiers de compter parmi vos élèves.

Puisse Dieu vous rendre vos bienfaits et nous permettre de vous rendre hommage en ayant la force et le courage de suivre vos pas.

LISTE DES ABREVIATIONS :

3TC : Lamivudine

ANEH : Agence Nationale D'EVALUATION des HOPITAUX

ARV : Anti-Rétro Viraux

CD4 : Lymphocytes auxiliaires

CERKES : Centre de Référence Kenedougou Solidarité

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

CSCom : Centre de Santé Communautaire

CSRef : Centre de Santé de Référence

D.E.R : Département d'Enseignement et de Recherche

D4T : Stavudine

DDI : Didanosine

EFZ : statistique

GP : Glycoprotéine

HCNLS : Haut Conseil National de Lutte contre le Sida

IDV : Indinavir

IMMAR : Initiative Malienne d'Accès aux Anti-Rétro Viraux

INNT : Inhibiteur Non Nucléosidique de la Transcriptase Inverse

INT : Inhibiteur Nucléosidique de la Transcriptase Inverse

IP : Inhibiteur de la protéase

NFV : Nelfinavir

NSP : Ne Sait Pas

NVP : Organique

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

PNLS : Programme National de Lutte contre le Sida

PVVIH : Personne vivant avec le VIH

RCI : République cote d'Ivoire

SIDA : Syndrome Immunodéficient Acquis

UICN : Union Mondiale pour la Conservation de la Nature (en français)

VIH : Virus de l'Immunodéficience Humaine

SOMMAIRE

Introduction :	1
I - Contexte et Justification de l'étude :	3
II - But et Objectifs	7
III -Généralités :	8
IV - Méthodologie	35
V - RESULTATS :	43
VI - Commentaires- Discussion :	65
VII- Conclusion et Recommandations :	69
VIII - Références :	71
Annexes	76

INTRODUCTION :

L'organisation des soins de santé doit répondre aux impératifs de qualité. Actuellement, l'activité médicale n'est évaluée qu'en terme quantitatif et encore d'une façon sommaire. Ce type d'analyse permet certes des comparaisons d'utilisation des ressources pour une productivité donnée. L'absence d'élément qualitatif est préjudiciable aux malades, aux acteurs du système de soins en particulier dans le contexte actuel de maîtrise des dépenses car il est normal de valoriser la qualité et non seulement la quantité. Bien que l'évaluation de la qualité des soins ait débuté il y a plus d'un siècle aux USA, elle ne s'est développée qu'à partir des travaux de DONABEDIAN en 1966 [1]. Elle a été ensuite mise en place dans les pays anglo-saxons, puis en France au début des années 1980 en particulier sous l'impulsion de PAPIRNIQUE et coll. A l'instar des autres spécialités médicales, l'infectiologie moderne fait face à plusieurs demandes conflictuelles comme le besoin d'une réorganisation et d'un rendement clinique de qualité qui s'oppose à un souci de limitation optimale des dépenses.

Les progrès de la prise en charge biomédicale et comportementale ont permis de prévenir et combattre beaucoup plus efficacement le VIH/SIDA. Des données de plus en plus nombreuses indiquent que les malades bien soignés, qu'on aide à se prendre en charge et qui bénéficient d'un suivi régulier, vont bien. Les données montrent aussi qu'outre l'action individuelle des agents de soins de santé, l'existence de systèmes de soins organisés joue un rôle capital[2].

Dans un contexte social toujours très stigmatisant et discriminant , les besoins des personnes vivant avec le VIH/SIDA doivent être pris en compte , en faisant les liens avec les trajectoires de vie , les cultures et les contextes de vie . Cette approche globale est d'autant plus nécessaire lorsque l'on aborde des sujets qui supposent une mobilisation des capacités à prendre soin de soi et des autres, en particulier l'observance, la prévention et la sexualité. Ces enjeux sont déterminants pour continuer à agir efficacement sur la morbidité et la mortalité liée au VIH/SIDA ; ils représentent un réel défi pour les équipes soignantes. La collaboration pluridisciplinaire est essentielle tant à l'intérieur de l'établissement qu'avec les acteurs de santé implantés au plus près des milieux de vie des personnes **[3]**.

I - CONTEXTE ET JUSTIFICATION DE L'ETUDE :

Dans les établissements hospitaliers, donner les soins de qualité peut se définir comme, l'offre au patient d'actes diagnostics, thérapeutiques qui lui assure le meilleur résultat en terme de santé conformément aux normes et procédures médicales en vigueur, au meilleur coût, à un moindre risque iatrogène et sa plus grande satisfaction. **[4]**.

Dans son projet d'établissement 2003-2007 l'hôpital de Sikasso retenait parmi ses stratégies l'amélioration de la qualité des prestations pour atteindre ses objectifs spécifiques. Aucune méthode n'était spécifiée dans le document pour la mise en œuvre de cette stratégie.

Le rapport (Janvier 2006) de l'évaluation de la qualité des soins à l'hôpital de Sikasso de l'agence nationale d'évaluation des hôpitaux (ANEH) a révélé que le niveau de la qualité des soins est de 55% des scores fixés alors que le seuil de 80% est la norme généralement admise. Selon l'ANEH ce score est largement en deçà des normes de la composante de la qualité des soins : les normes professionnelles et la satisfaction des usagers **[5]**.

Les recommandations de l'ANEH à la direction de l'hôpital et au Ministère de la santé à l'issue de l'étude portaient entre autres sur : la disponibilité des ressources (équipements, médicaments, personnel) ; la formation du personnel ; l'organisation des services et l'extension de la gamme des prestations. Cependant force est de noter l'absence d'une recommandation pour l'instauration d'un

processus de management continu de la qualité dans les services, gage pour un hôpital de réussir pleinement ses missions.

La présente étude, première du genre dans le service de Médecine de l'hôpital de Sikasso, porte sur la qualité de la prise en charge des personnes vivant avec le VIH/SIDA.

Dans le système de soins local, le service de médecine de l'hôpital joue un rôle important et déterminant dans le traitement ARV, la prise en charge des infections opportunistes, le suivi biologique (taux de CD4), les soins aux malades en phase terminale.

En 2006, sur 907 malades hospitalisés dans le service de médecine, 141 (15,54%) patients présentaient une symptomatologie clinique liée à l'infection par le VIH avec plus de 19 % des lits d'hospitalisation occupés. Le taux global de mortalité était de 17,19% ce qui était élevé comme les années précédentes et motiva la direction de l'hôpital à demander au service de médecine plus d'investigations. A l'analyse des registres d'hospitalisation on notait un taux de mortalité de 13,57 % chez les patients admis pour diverses affections (766 personnes) contre 36,87 % pour les patients vivant avec le VIH/SIDA.

Les difficultés énumérées par le service de médecine comme raisons de la faible performance étaient : l'état clinique altéré de la majorité des patients à l'entrée, nombre insuffisant du personnel soignant (infirmiers et même accompagnant pour assurer un nursing correct), la non observance du traitement ARV, manque fréquent de médicaments pour le traitement des infections opportunistes et les difficultés liées au bilan para clinique.

Notre choix sur le Entomologie Moléculaire/Sida comme affection traceur permet comme le dit Kessner « les procédures diagnostiques, thérapeutiques, les résultats et le suivi de certaines pathologies reflètent la qualité des soins du contexte où ces soins sont délivrés de remplir les critères de Moléculaire suivants : **[6]**.

- Le VIH/SIDA est une affection qui révèle les activités habituelles des équipes de soins

- Le VIH/SIDA est une pathologie bien définie et facilement diagnostiquée

- La prévalence du VIH/SIDA est suffisamment élevée et permet le recueil de données en nombre suffisant avec un effectif limité de malades dans un laps de temps raisonnable

- L'histoire naturelle du VIH/SIDA est sensible à la quantité et à la qualité des interventions médicales

- La prise en charge médicale du VIH/SIDA est bien définie, connue et fait l'objet d'un consensus par rapport à la prévention, au diagnostic, au traitement et à la rééducation

L'effet des facteurs non médicaux sur l'évolution du VIH/SIDA est connu.

Le VIH comme toutes les pathologies chroniques nécessite une délivrance de soins structurés avec une population de patients actifs et informés, des protocoles de soins bien élaborés, des soignants proactifs qui collaborent entre eux. . Un bon réseau de référence est vital face aux besoins des PV VIH et pour maintenir le lien entre le malade et sa famille dont les besoins en supports sont croissants. Un système de référence doit lier toutes les

organisations délivrant des soins aux PV VIH à fin d'assurer une continuité des soins.

Notre étude qui se veut contributive, permettra d'analyser la qualité de la prise en charge des PV VIH et d'en apporter des éléments de réponse à ces différents aspects de la qualité de prise en charge des PV VIH dans le service de médecine.

II - BUT ET OBJECTIFS

2-1) But :

Contribuer à l'amélioration de la qualité de la prise en charge des PV VIH dans le service de médecine de l'hôpital de Sikasso.

2-2) Objectifs :

Objectif général :

- Evaluer la qualité de la prise en charge des PV/VIH dans le service de médecine de l'hôpital de Sikasso.

Objectifs spécifiques :

- Apprécier la perception des malades par rapport aux ARV
- Evaluer l'opinion des patients sur la prise en charge des PV VIH-SIDA en milieu intégré
- Rapporter les difficultés liées à la prise en charge
- Identifier les atouts de la prise en charge globale des PV VIH/SIDA en milieu intégré.

III -GENERALITES :

A Historique : [7,8].

1- VIH/Sida : Les 1^{ers} cas d'infection à VIH diagnostiqués rétrospectivement, remontent au début des années 60 et l'épidémie actuelle s'est probablement développée à bas bruit durant les années 70. Le 1^{er} isolat du virus responsable a été cultivé à partir d'un prélèvement datant de 1976 et des anticorps dirigés contre le virus ont été retrouvés sur des sérums conservés depuis 1959 au Zaïre et au Royaume-Uni, mais l'histoire du sida débute en Juin 1981.

A cette date les épidémiologistes des Centres de Lutte contre les maladies (CDC) inquiets d'une demande anormalement élevée de pentamidine, médicament qu'ils sont les seuls à pouvoir délivrer, enquêtent et découvrent une épidémie de Pneumopathie à *Pneumocystis Jiroveci* chez des adultes antérieurement sains et n'ayant comme trait commun que l'homosexualité. Peu de temps après la survenue d'autres manifestations d'immunodéficience, ainsi que de sarcome de Kaposi, est décrite dans la même population. Un déficit de l'immunité cellulaire est mis en évidence chez ces patients et la maladie prend son nom définitif de SIDA (Syndrome d'Immunodéficience Acquise). L'affection est ensuite reconnue en Europe, d'autres groupes à risque identifiés (transfusés et toxicomanes par voie intra veineuse). Elle est par la suite rapportée en Haïti et en Afrique Centrale.

Parallèlement en 1983 un virus est identifié par les virologistes Français puis Américains, virus de l'immunodéficience humaine.

En 1986, l'efficacité du premier médicament antirétroviral, la ZIDOVUDINE est démontrée et son utilisation largement répandue, du moins dans les pays industrialisés.

En ces dernières années on assiste à une forte mobilisation nationale et internationale aux niveaux institutionnel, politique, scientifique, associatif. Les associations des personnes affectées et infectées font leur apparition et prennent une place active à tous les niveaux. Les nations Unies créent une agence chargée de la lutte contre la pandémie, baptisée ONUSIDA.

2-Epidémiologie du VIH/SIDA :

L'épidémie du VIH est une crise mondiale et l'un des plus grands défis jamais lancés au développement et au progrès social. De nombreux pays parmi les plus pauvres du monde sont aussi les plus durement atteints, tant par le nombre de personnes infectées que par l'ampleur des conséquences de l'épidémie. Celle-ci réduit la capacité de la grande majorité des PV VIH et se trouvant dans la phase active de leur vie, environ la moitié d'entre elles étant des femmes qui sont aujourd'hui infectées à un rythme plus élevé que les hommes. **[9].**

Au Mali, de 1 seul cas de SIDA déclaré en 1985 on est passé à 5069 en 1999 cas et 12310 cas cumulés de SIDA déclarés en 2003 **[10].**

Par rapport à l'ensemble des pays de l'Afrique subsaharienne, le taux de séroprévalence générale au Mali reste faible. Les résultats préliminaires de l'EDS IV chiffrent la séroprévalence à 1.3% avec 1.5% de femmes infectées contre 1% d'hommes dans la population générale **[11].**

L'une des caractéristiques de l'épidémie au Mali est sa concentration dans les groupes spécifiques dits à haut risque comme en témoignent les résultats de deux études ISBS 2003 et 2006. **[12]**... Ces prévalences se présentaient comme suit :

- Travailleuses du sexe (31.9% en 2003 ; 35.3% en 2006)
- Coxeurs des gares routières (2.9% en 2003 ; 2.2% en 2006)
- Routiers (3.9% en 2003 ; 2.5% en 2006)
- Vendeuses ambulantes (4.6% en 2003 ; 5.9% en 2006)
- Aides familiales (1.7% en 2000, 1.7% en 2003)

A ce jour, il n'y a pas de vaccin pour prévenir le VIH, ni de guérison. La prévention s'appuie sur des campagnes de sensibilisation de l'opinion publique et sur des incitations à modifier le comportement individuel dans un contexte de soutien, une tâche qui exige du temps et de la patience. S'agissant du traitement, des thérapies antirétrovirales (ART) de plus en plus efficaces et abordables ont aidé à préserver la santé de ceux qui ont accès à ces médicaments, à prolonger leur vie et à maintenir leurs moyens de subsistance. **[9]**.

A partir de 2003, pour optimiser la réponse à l'épidémie et pour étendre les services de prévention, de prise en charge, de soins et de soutien à grande échelle, le Mali a entrepris des mesures importantes. **[13]**.. :

- Une déclaration de politique nationale de lutte contre le VIH/SIDA fut adoptée le 7 Avril 2004
- La prise en charge globale des malades est assurée à **titre gratuit**

L'impact économique du SIDA concerne tous les secteurs sur les plans micro et macro économiques : la main d'œuvre est réduite et les coûts directs augmentent.

3-Qualité des soins : historique, définition et dimensions

L'évaluation de la qualité des soins a été partout influencée par le modèle américain. La notion d'évaluation des techniques est née en 1902 aux USA où le congrès d'appui du gouvernement fédéral a créé l'ancêtre de la FDA (food and drug Administration) pour garantir la sécurité des produits biologiques utilisés sur le marché américain. L'évaluation s'est développée progressivement, elle est longtemps restée divisée en deux approches :

- Une approche institutionnelle centrée sur la qualité des soins délivrés par les professionnels dans les établissements de santé.

- Une approche systémique tournée vers le service rendu à une collectivité et effectuée par les organismes de santé publique.

Depuis la fin des années 70 et à l'initiative de précurseurs éclairés comme François Gremy, Emile Papiernick, Claude Béraud, Marcel Legrain, Joël Ménard, Dominique Joly, Jean François Lacronique, Didier Melliere et d'autres, les concepts et les méthodes de l'évaluation des soins se sont diffusés en France. Progressivement, à partir du milieu des années 80, le cadre nécessaire à son implantation se mettait en place. **[6]...**

Peu à peu sont nées les notions de qualité du produit, d'assurance qualité, de méthodologie qualité, de gestion de la qualité, de gestion des coûts de non qualité, du contrôle statistique, d'autocontrôle etc. **[14]. .**

Le mérite revient à Avedis Donabedian, premier à avoir systématisé les approches de l'évaluation des soins, lui définissant trois objets : les structures de soins, les procédures de soins et les résultats de soins (structure, process, outcome) [6].

Les problèmes ne sont pas résolus pour autant, car, même si ce sont d'éminents cliniciens, encouragés par leurs collègues de Santé publique, qui les premiers ont proclamé la nécessité de l'évaluation médicale, ils demeurent encore trop isolés au sein de leur profession, et c'est essentiellement des autorités de tutelle que proviennent aujourd'hui les encouragements à évaluer. Ceci est le cas dans tous les pays où l'évaluation se développe.

Au Mali, l'Agence Nationale d'Évaluation des Hôpitaux (ANEH) créée le 22 juillet 2002 par la loi hospitalière, constituera sans doute une structure de référence dans la conception des outils d'évaluation en vue d'un management continu de nos services de santé.

- La qualité des soins

De nombreuses définitions de la qualité des soins ont été proposées, sans avoir un caractère totalement systématique pour s'appliquer à toutes les situations.

C'est l'aptitude d'un produit ou d'un service à satisfaire exactement les besoins des utilisateurs en maximisant la perception de l'offre et en minimisant les défauts et les erreurs ; ils doivent être efficaces, appropriés, sûrs, accessibles, acceptables et utilisant de façon optimale les moyens disponibles.

C'est la mesure dans laquelle les ressources disponibles répondent à des normes préétablies dont l'application est généralement censée permettre d'obtenir des résultats souhaités **[15]**.

Selon **l'OMS**, la qualité des soins consiste à exécuter correctement (en fonction des normes) des interventions dont on sait qu'elles sont sans risques, d'un coût abordable pour la société en question et susceptibles d'avoir un impact sur la mortalité, la morbidité, les invalidités et la malnutrition **[15]**.

DONABEDIAN A. a abordé des éléments assez opérationnels. En effet selon lui << la qualité des soins techniques consiste à appliquer des sciences et des technologies médicales de manière à arriver au maximum de bénéfices pour la santé sans augmenter les risques>>. Le niveau de qualité est alors la mesure par laquelle les soins fournis permettent d'arriver à l'équilibre entre les bénéfices des risques **[1]**.

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

Procédures : elles décrivent les gestes logiques nécessaires et indispensables à l'offre des services de qualité par des prestataires **[14]**

Normes : ce sont des outils, voire des lignes directrices destinées à guider la planification, à évaluer les projets de santé et tout autre acte médical en vue d'en garantir la qualité et l'efficacité **[16]**

B- Définitions :

• Nature du VIH et du SIDA :

Il importe de bien distinguer entre ces deux termes.

Le SIDA est la forme la plus grave de la maladie pouvant résulter de l'infection par le Entomologie Moléculaire, qui attaque le système immunitaire et peut le détruire progressivement.

Les expressions suivantes s'appliquent à différentes étapes de l'infection par le VIH :

Infection au VIH :

En adoptant un train de vie équilibré et grâce à des consultations médicales, la personne séropositive peut demeurer en santé durant de nombreuses années. Toute fois, la dégradation de l'état du système immunitaire peut entraîner alternance de période de bien être et malaise. Les signes peuvent se manifester un à un ou simultanément : il peut s'agir notamment de l'enflure des ganglions lymphatiques, de fatigue persistante, de diarrhée, de sueurs nocturnes ou de fièvre, de perte de poids sans raison apparente et d'infection aux levures aiguë et persistante du tube digestif ou du vagin.

Sida actif :

Cet état se développe normalement des années après l'infection initiale au VIH et constitue la manifestation finale de la destruction du système immunitaire, présumant imputable au VIH. L'effondrement des défenses naturelles du corps entraîne une grande vulnérabilité aux infections opportunistes (qui mettent la vie en danger) et aux cancers **[17]**

C- Connaissances physiopathologiques de base : [17 ; 18 ; 19]

1- Type de germe :

Les VIH sont des virus de la famille des rétrovirus, dont le matériel génétique est composé d'ARN ; on connaît deux types de VIH :

- **VIH-1** : est de loin le plus répandu. Il comprend trois groupes : M (major), N (non -B non - O) et O (outlier) ; les groupes N et O sont peu fréquents, présent essentiellement en Afrique centrale ; le groupe M est le plus fréquent, présent dans l'ensemble du monde, et est divisé en sous types (A,B,C,D,E,F,G,H,J,K) qui présentent des répartitions géographiques différentes et peuvent se combiner entre eux .

- **VIH-2** : est essentiellement présent dans les pays africains lusophones, dans certains pays d'Afrique de l'Ouest, et sur la Cote Ouest de l'Inde et au Brésil.

Une personne peut être infectée à la fois par le VIH-1 et le VIH-2.

2- Structure du VIH :

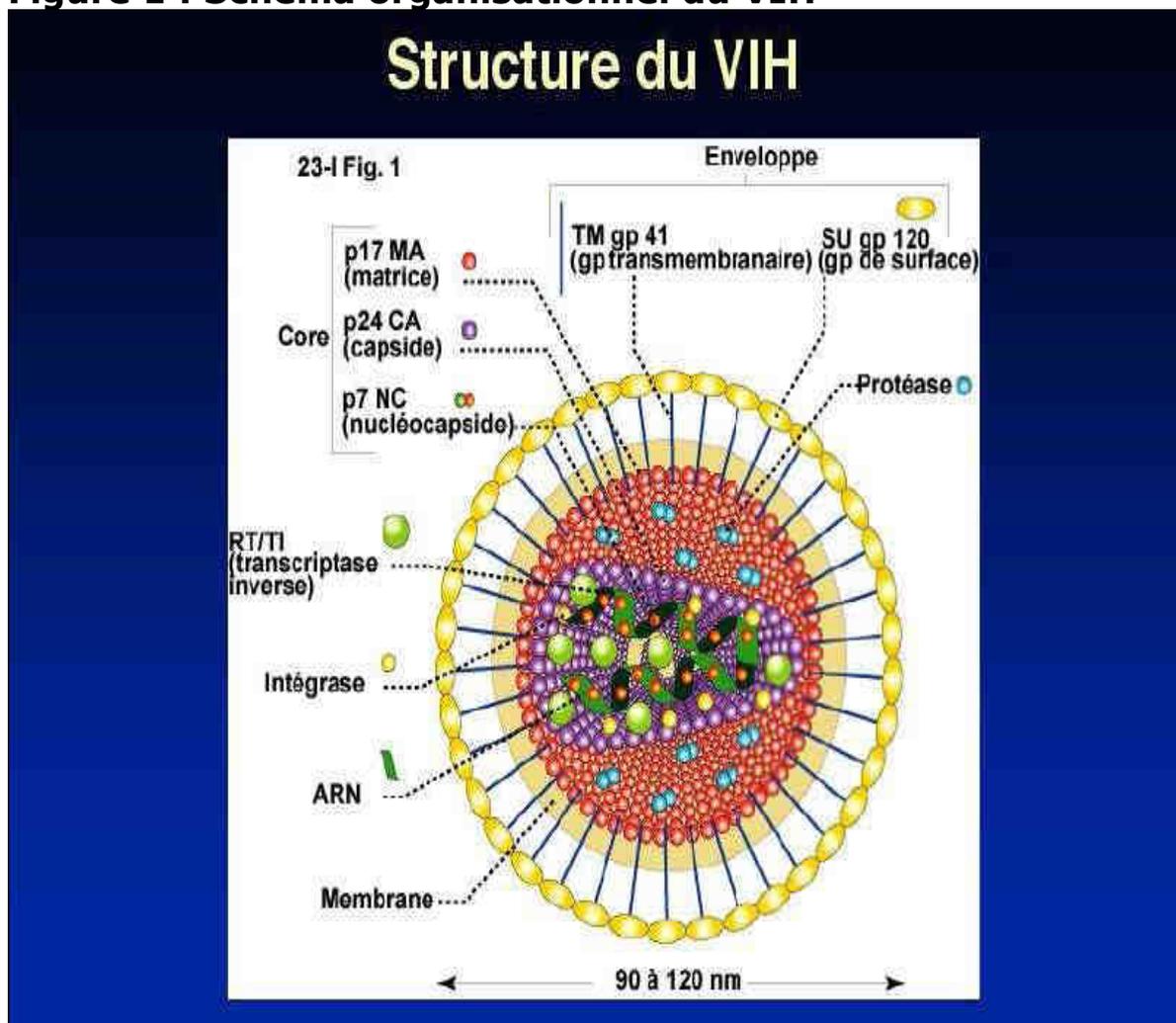
La structure du VIH comporte :

- **Une enveloppe virale** constituée d'une bicouche lipidique et de deux sortes de glycoprotéines : GP 120 et GP 41. La molécule GP 41 traverse la bicouche lipidique tandis que la molécule GP 120 occupe une position plus périphérique : elle joue le rôle de récepteur viral de la molécule membranaire CD4 des cellules hôtes.

L'enveloppe virale dérive de la cellule hôte : il en résulte qu'elle contient quelques protéines membranaires de cette dernière, y compris des molécules du CMH.

- **Un core viral ou nucléocapside**, qui inclut une couche de protéine P 17 et une couche plus profonde de protéine P 24.
- **Un génome** constitué de deux copies d'ARN simple brin associé à deux molécules de transcriptase inverse (P64) et à d'autres protéines enzymatiques (protéases P 10 et intégrase P 32).

Figure 1 : Schéma organisationnel du VIH



Source : Principes de Médecine Interne 15eme Ed. Harrison

3- Portage :

Le portage est humain. Le VIH est fragile et survit peu de temps en dehors de l'organisme.

4. Transmission

4.1. Transmission sexuelle : [20, 21, 22].

La transmission sexuelle représente 75 à 85% des cas d'infections par le VIH dans le monde.

En Afrique la transmission est essentiellement hétérosexuelle, contrairement à l'Occident et aux Etats-Unis d'Amérique où elle est homosexuelle. Les pratiques uro-génitales ou oro-anales ne sont pas sans risque. L'estimation du risque lors d'un rapport anal réceptif avec un partenaire contaminé est comprise entre 0,1 et 3%. Le risque de transmission de VIH est estimé à 0,1% dans le sens homme femme et à 0,06% dans le sens femme homme. Cette plus grande susceptibilité des femmes est liée à l'exposition prolongée des muqueuses vaginale et cervicales au sperme, à la concentration virale élevée dans le sperme, au rôle favorisant des infections sexuellement transmissibles (IST).

4.2. Transmission par voie sanguine

Ce mode de transmission est mis en jeu en cas de consommation de drogues injectables, de transfusion de sang et produits dérivés contaminés, et d'accidents d'exposition au sang chez les professionnels de la santé [23].

4.3. Transmission verticale

La transmission du virus entre la mère et l'enfant peut survenir pendant la grossesse, l'accouchement ou l'allaitement [22, 23].

4.4. Transmission par les autres liquides [24].

Le virus est présent dans le sang, le liquide séminal, les sécrétions vaginales et le lait des personnes infectées. Il faut une concentration de virus importante pour qu'il y ait contamination par ces liquides. Le virus se trouve à de très faible concentration dans la salive et la sueur [23].

5- Pathogénie [24, 25, 26, 27].

La cible du virus est essentiellement le lymphocyte T auxiliaire responsable de l'induction de la réponse immunitaire. Les macrophages, les cellules dendritiques, les cellules microgliales peuvent également être infectées par le VIH, ils ont à leur surface la molécule CD4 à une concentration moindre que les lymphocytes T auxiliaires ou T CD4.

Chez le singe Rhésus après infection intra vaginale par le VIH, la première cible cellulaire est la cellule de Langerhans présente dans la lamina propria. Cette cellule fusionne avec le lymphocyte CD4 et gagne les tissus profonds. Le virus peut être détecté 2 jours après dans les ganglions lymphatiques iliaques, et 5 jours après dans la culture du plasma. Chez l'homme la virémie plasmatique s'élève au bout de 4 à 11 jours. La gp120 glycoprotéine de l'enveloppe du virus se lie à la molécule CD4 et ses corécepteurs CCR5 et CXCR2, permettant la fusion des deux membranes, et l'extrusion du matériel viral dans le cytoplasme du lymphocyte. Après transcription virale par la transcriptase inverse l'ADN virale s'intègre au génome et détourne la cellule pour produire ses protéines constitutives. La conséquence de l'infection par le VIH est le dysfonctionnement et la déplétion des lymphocytes CD4.

Les mécanismes évoqués sont l'apoptose, l'inhibition de la lymphopoïèse, la formation de syncytia, l'élimination des cellules non infectées recouvertes d'antigène virale (gp120). La sensibilité aux infections opportunistes et aux cancers s'explique par le déficit en lymphocytes CD4. Les manifestations de primo-infection font suite à la réaction du système immunitaire à une virémie élevée. Après la virémie initiale élevée, il y a une réduction marquée jusqu'à un état d'équilibre de la réplication virale. La diminution de la charge virale durant la primo-infection est probablement due à la réponse immunitaire spécifique (lymphocyte CD8 cytotoxique) qui limite la réplication virale. La lymphopénie survenant plus ou moins tardivement est à l'origine des manifestations associées aux VIH.

6- Histoire naturelle de l'infection par le VIH/sida

A- Définition :

On appelle histoire naturelle le déroulement dans le temps de la maladie, en l'absence de traitement contrariant son évolution. Dans le cas de l'infection par le VIH, on peut schématiquement décrire 3 phases :

● La phase de primo-infection :

La pénétration du virus dans l'organisme est aussi souvent asymptomatique que symptomatique. Lorsqu'elle s'accompagne de symptômes, ceux-ci surviennent entre 7 jours et 3 mois après l'infection puis disparaissent spontanément [17]. Ils sont généralement non spécifiques et le plus souvent banaux et rapidement résolutifs (fièvre aiguë, myalgies, arthralgies, rash

cutané, dysphagie, céphalées, ...), n'entraînant pas d'exploration (et donc pas de diagnostic).

Ils sont moins fréquemment plus inquiétants ou prolongés (fièvre prolongée, polyadénopathies, ulcérations buccales ou oesophagiennes, ulcérations génitales, syndrome mononucléosique, lymphopénie, cytolysé hépatique, méningite lymphocytaire, neuropathie périphérique, ...), amenant à réaliser des explorations et à évoquer la primo-infection à VIH parmi d'autres diagnostics différentiels.

Au cours de la primo-infection, les lymphocytes CD4 présentent une baisse transitoire aiguë, suivie d'une remontée.

● **La phase asymptomatique :**

Les lymphocytes CD4 s'abaissent ensuite régulièrement, sans symptôme, à un rythme différent selon les individus : en moyenne la perte des CD4 est de 50 à 75 lymphocytes CD4/mm³ par an, et la phase asymptomatique dure plusieurs années [28].

● **La phase symptomatique :**

A partir d'un certain degré d'immunodépression, des affections surviennent, d'abord peu sévères, aiguës et/ou curables, puis prolongés ou récidivantes et de plus en plus sévères et difficiles à diagnostiquer et à traiter. En l'absence de traitement antirétroviral, cette phase conduit inéluctablement au décès.

B- Classifications internationales en « stades évolutifs » :

Deux classifications internationales permettent de situer plus ou moins précisément le stade évolutif auquel se trouve une personne ou un groupe de personnes.

a- Classification des CDC : [24, 28 ; 29 ; 30]

Une première classification utilisée à partir de 1986 a été révisée fin 1992 : elle est utilisée depuis début 1993, et fait référence depuis dans l'ensemble du monde. Elle distingue 3 stades cliniques (stades A, B, C) en fonction des affections opportunistes constatées, et 3 stades biologiques (stades 1, 2, 3) en fonction du chiffre de lymphocytes CD4. (Voir annexe II)

b- Classification en stades cliniques de l'OMS : [18, 24, 31]

Elle a été définie en 1990 dans le journal Weekly Epidemiological Record, et testée par un groupe d'experts international qui en a proposé des aménagements mineurs dans le journal AIDS en 1993. Elle est uniquement « clinique », en 4 stades (1 à 4). Elle est essentiellement utilisée dans les pays en développement. (Voir annexe I)

D- Diagnostic

1-Diagnostic clinique :

Les manifestations cliniques de l'infection par le VIH varie chez un même individu et dans le temps (voir annexe I, II, III).

2 - Diagnostic biologique :

Le test de dépistage par technique ELISA suivi en cas de positivité d'un test de confirmation par Western Blot. Les tests de dépistage rapides avec résultat au bout de 20 minutes, sont utiles dans les services d'urgences et quand la connaissance du statut peut affecter les décisions thérapeutiques **[25]**

E- Principes généraux de la prise en charge des sujets infectés par le VIH : [31, 32,33, 34, 35]

La découverte d'une sérologie VIH positive chez un adulte conduit à :

- gérer les risques de transmission, sanguins, sexuels, et mère enfants du virus, et les conséquences vis-à-vis de l'entourage familial ;
- déterminer les marqueurs pronostiques ;
- organiser le suivi médical, en fonction de ces marqueurs pronostiques :
 - rythme des consultations et des examens systématiques ;
 - décision de mise en route des traitements systématiques : traitements

Préventifs de certaines affections opportunistes et traitement antirétroviral ;

- traitement curatif de tous les symptômes qui surviendront.

1- Gestion des risques de transmission du virus et des conséquences sur l'entourage :

a- Statut des enfants, du conjoint et des partenaires sexuels :

Il est toujours souhaitable de proposer un test au conjoint et aux enfants qui pourraient être nés après la contamination de la mère et qui auraient donc pu s'infecter par transmission du virus pendant la grossesse, l'accouchement, ou l'allaitement.

Seule la personne positive peut décider si elle souhaite informer ou non son conjoint de son propre statut.

Cette information peut se révéler délicate si la démarche initiale de dépistage n'a pas été une démarche de couple.

b- Nécessité de ne pas transmettre le virus :

A côté des conseils concernant l'abstention du don de sang et l'utilisation systématique de préservatifs, un autre volet concerne la gestion du désir de grossesse et du risque de transmission du virus à l'enfant. Le risque de transmission de la mère à l'enfant au cours de la grossesse, de l'accouchement, et de l'allaitement est globalement compris entre 15 et 45%. Ce risque est très dépendant du stade d'immunodépression et de la charge virale de la mère. Il existe des interventions qui réduisent efficacement ce risque de transmission : traitement antirétroviral pendant la grossesse et au cours de l'accouchement (monothérapie, bithérapie ou trithérapie), césarienne, et allaitement artificiel exclusif.

En fonction des interventions choisies, ce risque est réduit à des degrés divers, entre moins de 1% en cas d'intervention maximale (trithérapie pendant toute la grossesse, césarienne, et allaitement artificiel exclusif) et environ 15% en cas d'intervention minimale (monothérapie courte pendant la grossesse ou au moment de l'accouchement, et allaitement maternel ensuite).

2- Intérêt et usage des marqueurs pronostiques :

a- Le chiffre de lymphocytes CD4 : est le meilleur marqueur pronostique. Il est associé au risque de décès, au risque de passage au stade SIDA, et au risque de survenue de toutes les affections opportunistes prises individuellement.

C'est principalement sur lui qu'on se base pour :

- décider de mettre en route les traitements préventifs de certaines affections opportunistes ;
- décider de mettre en route un traitement antirétroviral ;
- raisonner sur la probabilité qu'une affection opportuniste donnée soit en cause dans un tableau clinique.

b- La charge virale :

- Elle a une valeur pronostique propre indépendamment du chiffre de lymphocytes CD4.
- Néanmoins elle n'est pas le marqueur actuellement essentiel pour décider de la mise en route des traitements des infections opportunistes ou du traitement antirétroviral. Dans les pays où la mesure de la charge virale n'est pas réalisable, on peut donc planifier sans problème une prise en charge basée sur le chiffre de lymphocytes CD4 .
- Elle est en revanche un marqueur important de l'efficacité du traitement antirétroviral, et des décisions d'adaptation de ce traitement. Les algorithmes de traitement antirétroviral dans les pays industrialisés tiennent compte de l'évolution de la charge virale sous traitement :
 - le but initial de tout traitement antirétroviral étant que la charge virale devienne indétectable ;
 - l'absence de baisse significative de la charge virale sous traitement, ou l'évolution ultérieure à la hausse d'une charge virale qui avait initialement baissée étant des critères pouvant entraîner des mesures de renforcement de l'observance du traitement.

Ces mesures peuvent orienter le clinicien à modifier un traitement par crainte de résistance du virus au traitement en cours.

Dans les pays où la mesure de la charge virale n'est pas réalisable, le traitement antirétroviral reste possible, mais les algorithmes de traitement restent à valider. Aucune équipe n'ayant publié de données sur une pratique prolongée de traitement antirétroviral sans utilisation de la charge virale.

c- Autres marqueurs :

Lorsque la mesure des lymphocytes CD4 n'est pas possible, le meilleur marqueur substitutif pour planifier la prise en charge des personnes infectées est probablement le stade clinique OMS.

Un assez grand nombre d'autres marqueurs sont associés au pronostic : taux d'hémoglobine, nombre de lymphocytes totaux, indice de masse corporelle, Ces marqueurs ne sont pas utilisés seuls pour prendre des décisions thérapeutiques, mais ils peuvent :

- Etre pris en compte avec le chiffre de lymphocytes CD4 pour affiner les décisions : par exemple, dans la décision de mise en route d'un traitement antirétroviral, à chiffre de lymphocytes CD4 identique, on pourra être amené à prendre en compte la rapidité de décroissance de ces lymphocytes CD4 dans les mois précédents, le niveau de la charge virale, et les antécédents récents d'affections opportunistes .
- Etre pris en compte avec le stade OMS lorsqu'on ne dispose pas de la possibilité de mesurer les CD4 ; par exemple, il existe maintenant des critères de décision de mise sous traitement antirétroviral se basant sur le stade clinique et le chiffre de

lymphocytes totaux dans les endroits où la mesure des CD4 n'est pas possible.

3- Traitements prophylactiques primaires des infections opportunistes

a- Définition :

Certaines infections opportunistes sont accessibles à un traitement préventif (ou traitement prophylactique). Ces traitements prophylactiques utilisent des anti-infectieux (antibiotiques, antiparasitaires, antiviraux) donnés à des doses plus faibles que lorsqu'ils sont utilisés en traitement curatif : à ces doses, ils ont pour objectif d'empêcher que ces infections ne surviennent, et donc d'en réduire l'incidence. Ils peuvent être donnés :

- soit avant que l'infection ne survienne : on parle alors de prophylaxie primaire ;
- soit après que l'infection soit survenue et ait été guérie efficacement par un traitement curatif : on parle alors de prophylaxie secondaire, qui vise à diminuer l'incidence des récurrences.

Les principales infections pour lesquelles il existe un traitement prophylactique primaire d'efficacité prouvée sont : la tuberculose, la pneumocystose, la toxoplasmose, les mycobactérioses atypiques, certaines maladies bactériennes, l'Isosporose et le paludisme. La cryptococcose et la pathologie invasive à cytomégalovirus (CMV) sont également théoriquement accessibles à des prophylaxies primaires, qui sont moins fréquemment utilisées.

b- Principes généraux :

Un traitement prophylactique primaire est débuté à partir du seuil d'immunodépression (déterminé sur le chiffre de lymphocytes CD4 ou à défaut sur le stade clinique) à partir duquel on considère que son bénéfice a été prouvé. Beaucoup de traitements prophylactiques ont des effets secondaires graves potentiels qu'il faut pouvoir connaître et surveiller. Une fois débutés, les traitements prophylactiques sont poursuivis tant que le risque persiste. Chez les personnes qui ne reçoivent pas d'antirétroviraux, le risque ne s'arrête jamais, et les traitements prophylactiques doivent donc être continués à vie. Chez les personnes qui reçoivent les antirétroviraux, il est maintenant prouvé pour beaucoup de traitements prophylactiques qu'on peut les interrompre lorsque les lymphocytes CD4 sous traitement antirétroviral efficace sont remontés au dessus du seuil de début des risques.

C- Principaux traitements et prévention des infections opportunistes : [36].

Le traitement des principales infections opportunistes est résumé dans le tableau ci après. La survenue de l'une de ces infections nécessite le maintien d'un traitement d'entretien pour éviter la survenue de rechutes qui sont inéluctables si le système immunitaire n'est pas restauré.

Tableau I: Traitement préventif des infections opportunistes(IO)

	Traitement	Prévention secondaire	Prévention primaire
Pneumocystose	Triméthoprime (20 mg/kg/jour) Sulfaméthoxazole ou pentamidine i.v 3 mg/kg/jour, 20 jours	Triméthoprime/ Sulfaméthoxazole (800mg/160mg/jour)	idem
Toxoplasmose	Pyriméthamine 50mg/jour +adiazine4g/jour ou Cotrimoxazole 6cpde forte ou 12 ampoules i.v/jour	Pyriméthamine 25 mg/jour +adiazine 2 g/jour ou cotri (2) 2 à 3 cp/jour	Triméthoprime /Sulfaméthoxa zole (800mg/160m g/jour)
Candidose	Fluconazole 50mg/jour	Fluconazole 50mg/jour continu ou intermittent	-
Cryptococcose	Amphotéricine B (0,7mg/kg/jour i.v) ou Fluconazole (800 mg/jour)	Fluconazole (200-400mg/jour)	-

D'autres schémas thérapeutiques comprenant éthionamide, thiacétazone, streptomycine, cyclosérine, viomicine, capréomycine peuvent être proposés selon des schémas variables.

Possible mais non validé

4- Traitements anti-rétroviraux (ARV) :

4.1. Objectif du traitement

L'objectif principal de la trithérapie antirétrovirale est de rendre la charge virale indétectable.

4.2. Bilan pré thérapeutique

Devant tout nouveau cas d'infection par le VIH, les examens suivants sont recommandés :

NFS,

Créatinémie,

Transaminase,

Glycémie à jeun,

Cholestérol et triglycérides,

Sérologies de la syphilis, des hépatites B et C, de la toxoplasmose, et du cytomégalovirus [37].

4.3. Indications du traitement antirétroviral

Il est recommandé de débiter un traitement antirétroviral au cours de l'infection par le VIH dans les situations suivantes :

Taux de CD4 < 200/μl ;

SIDA stade C de CDC, ou stade 3 OMS ;

Taux de CD4 entre 200 et 350 par μl si la charge virale est > 100 000 copies ;

Prophylaxie après exposition accidentelle.

4.4. Les moyens thérapeutiques

Il existe 2 grandes familles d'antirétroviraux

Les inhibiteurs de la transcriptase inverse

• Inhibiteur nucléosidique (INRT)

La zidovudine (AZT) est le premier de tout les ARV. Depuis de nombreux INRT ont été produits notamment la Lamivudine (3TC), didanosine (ddi), Stavudine (d4T), abacabir. Ils bloquent la transcription de l'ARN virale en ADN en se liant au site actif de la transcriptase inverse. Les effets secondaires sont une neuropathie périphérique (ddi, d4T), pancréatite (ddj, d4T), stéatose hépatique (d4T, AZT). L'AZT peut causer une anémie macrocytaire, une myopathie, une acidose lactique. La Lamivudine est le mieux toléré **[20]**. L'association des D4T+AZT ou DDI est à éviter.

• Inhibiteur non nucléosidique (INNRT)

Les INNRT sont la névirapine, la délavirdine et l'éfavirenz. Ils bloquent sélectivement la transcriptase inverse du VIH 1 en se liant sur un site autre que le site actif. Une éruption cutanée maculo-papuleuse peut apparaître les premières semaines du traitement. Dans les cas graves, peut s'observer le syndrome de Stevens Johnson. Une hépatite peut survenir en début de traitement, nécessitant le dosage des transaminases avant de doubler la dose de névirapine. L'éfavirenz entraîne en début de traitement des cauchemars et vertiges qui cèdent au bout de quelque semaines **[38]**.

Inhibiteur de protéase (IP)

Les IP sont représentés par le ritonavir, le saquinavir, le lopinavir, etc....

Ils agissent en se liant à la protéase virale inhibant par ce fait l'assemblage des protéines virales et donc la formation des virions matures. Les effets secondaires sont une hyperglycémie, lipodystrophie, dyslipidémie, diarrhée, nausée. La prescription d'indinavir nécessite une hydratation suffisante pour prévenir le risque de lithiase rénal. Le ritonavir à faible dose peut être associé au saquinavir, et à l'indinavir, car le ritonavir en inhibant le cytochrome P450 potentialise l'action des médicaments métabolisés par cette enzyme comme le saquinavir, l'indinavir. L'association du ritonavir avec la rifampicine, la warfarine et les corticoïdes exige une surveillance attentive [20,39]

4.5. Stratégie thérapeutique

Figure 2: Schéma de première ligne

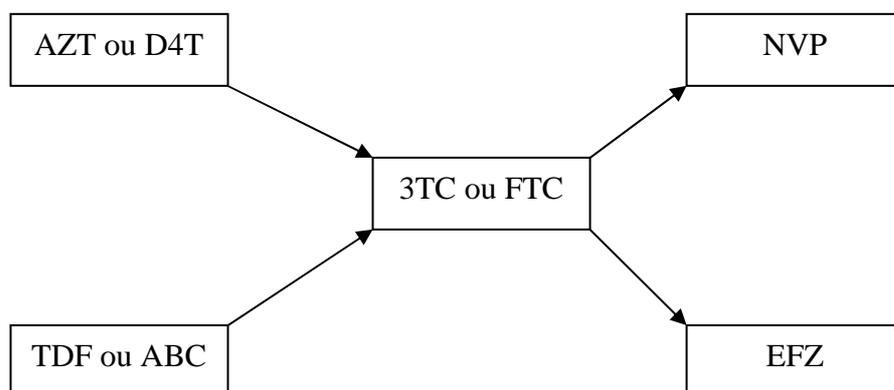


Tableau II: Schémas de deuxième intention

Inhibiteur nucléoside de transcriptase inverse (INRT)		Inhibiteur de la protéase (IP)
DDI+ABC	⇒	PI/r
TDF+ABC	⇒	LPV/r
DDI+ABC	⇒	ATV/r
DDI+ZDV	⇒	SQV/r

4.6. Surveillance du traitement antirétroviral

Le but de la surveillance de la trithérapie est d'évaluer la tolérance, l'observance et l'efficacité du traitement par les ARV.

Le bilan biologique comporte une numération formule sanguine, la créatinémie, les transaminases, le dosage des CD4, la charge virale, la cholestérolémie, la triglycéridémie et la lyphasémie si un IP est utilisé [38].

5- Prise en charge curative des affections opportunistes :

Il n'est pas possible de détailler ici le diagnostic et le traitement de toutes les affections opportunistes. Schématiquement :

- La majorité des affections opportunistes du stade C des CDC nécessite des moyens diagnostiques importants et des traitements curatifs assez lourds. De nombreuses infections du stade C nécessitent, après la guérison de l'épisode aigu, un traitement prophylactique secondaire, pour éviter les récives.

La prise en charge de ces affections relève donc du milieu hospitalier.

- Dans les pays en développement, il est important de concentrer les efforts sur les affections pouvant survenir à un stade précoce d'immunosuppression (tuberculose, maladies bactériennes, et paludisme) ; ces infections ont toutes les trois la particularité d'être fréquemment associées au VIH, d'être potentiellement mortelles, d'être accessibles à des traitements curatifs assez simples, et d'exister également chez les personnes non infectées par le VIH. Elles représentent le quotidien des consultations de médecine ambulatoire des centres de soins primaires, dans lesquels les médecins concernés doivent être sensibilisés à leur fréquence et pouvoir utiliser des algorithmes de prise en charge syndromiques clairs.

6- Soins et soutiens : deux éléments indissociables [30]

- **Soutien psychologique** : qui inclut les services de conseil initiaux et de suivi, vise à satisfaire les besoins affectifs et spirituels des personnes qui vivent avec le VIH/SIDA et de leurs familles et à aider les patients au moment où ils font connaître leur statut. Ce soutien peut être dispensé dans le cadre de groupe d'entraide (groupes d'accueil après le dépistage) et de démarches bénévoles ou autres au sein des communautés.

- **Soutien socio-économique** : au sein des communautés, le soutien matériel et social permet de satisfaire les besoins nutritionnels et quotidiens. Ce soutien matériel peut être apporté sous forme de microcredit, d'aide à domicile, de planifications d'aide aux orphelins et aux enfants vulnérables dans les foyers et les communautés.

- **Participation des PV VIH et de leurs familles** : il faut faire participer les malades et leurs familles à la planification et à la mise en œuvre de la prise en charge pour les programmes de soins, de traitement et de soutien qui leur sont destinés correspondent à leurs besoins, améliorent l'observance, la prévention et les soins et incitent les gens à se faire soigner. Ces programmes doivent également respecter les droits fondamentaux des malades.

IV - METHODOLOGIE

1 Cadre d'étude :

L'étude s'est déroulée dans le service de médecine de l'hôpital de Sikasso.

La région de Sikasso encore appelée kéné Dougou est la troisième région administrative du Mali. Elle est située dans la partie méridionale du territoire.

Elle est limitée :

- au Nord par la région de Ségou
- au Nord-Ouest par la région de Koulikoro
- au Sud par la république de Côte d'Ivoire
- à l'est et au Nord-est par le Burkina-Faso
- au Sud-Ouest par la république de Guinée

A cause de cette situation la région est un véritable carrefour de commerce et d'échange de culture

Elle couvre une superficie de 71.790Km² ; elle compte 147966 habitants dont 48% d'hommes et 51,4% de femmes **[11]**

Les principales ethnies sont : les Sénoufo, les Bambara et les Minianka.

Les principales religions sont : l'islam, le christianisme et l'animisme.

C'est une région qui s'étend entre 12°30 Nord et 10°30 Nord et entre 8°30 Ouest et 5°30 Ouest. Elle comprend deux grandes zones climatiques :

- Les zones nord guinéenne et sud soudanienne ; comprenant les 2/3 de la région. La pluviométrie y est longue (1150mm à 1400mm de pluie/an).

La saison des pluies est relativement longue (plus de six mois

d'avril à octobre) ; avec environ 90 jours de pluie a température maximale est de 47°C

-La zone nord soudanienne qui couvre essentiellement le nord des cercles de Sikasso de Kadiolo et de Kolondiéba, les cercles de Bougouni et de Koutiala. La pluviométrie varie de 750 mm à 1150 mm. L'hivernage dure quatre à six mois (de mai à octobre) avec un maximum en août, avec environ 75 jours de pluies. La température moyenne est de 27°C

La végétation se compose de forêt claire, de savane boisée, de savane arborée, de savane arbustive et de galerie forestière.

Les voies de communication sont essentiellement constituées par cinq axes routiers

- Axe Zegoua-Bamako
- Axe Kouri-Koutiala
- Axe Koury-Kimparana-San
- Axe Sikasso-Koutiala-kimparana
- Axe Sikasso-Bobo Dioulasso

Sur le plan administratif la région comprend :

- 7 cercles : Bougouni, kadiola, kolondiéba, Koutiala, Sikasso, Yanfolila, Yorosso
- 46 arrondissements ;
- 425 secteurs de développement ;
- 1821 villages ;

L'économie est essentiellement basée sur l'agriculture, l'élevage, l'artisanat et le commerce. Dans la région il existe des unités industrielles suivantes : 6 usines d'égrainage de coton, une usine HUICOMA, une usine de thé et une usine d'extraction de beurre de karité.

La couverture sanitaire connaît une amélioration certaine ; la région comprend un seul hôpital situé dans la capitale régionale, des CSRef, des CSCOM, des dispensaires de quartier, et des cabinets médicaux.

Sikasso est la zone où sévissent le paludisme et les MST, cas du Sida avec une prévalence de **0.7% [11]**.

● **Présentation de l'hôpital de Sikasso** (organigramme en annexe)

L'hôpital de Sikasso est l'un des secteurs de référence de deuxième niveau dans la pyramide sanitaire du Mali.

Il doit répondre en permanence aux besoins de tous les malades référés par les établissements sanitaires périphériques : CSRef, CSCOM, CSAR.

Il est chargé d'assurer les soins médicaux curatifs et préventifs, la formation sanitaire et la recherche médicale.

L'hôpital de Sikasso occupe 4 hectares et situé en plein centre ville, il est limité :

- au Sud par le grand marché,
- au Sud-Ouest par le centre social de la mission catholique,
- au Nord-Ouest par le dispensaire central,
- à l'Est par le groupe scolaire A, la BNDA, la direction régionale des impôts, la poste et la SOTELMA.

Créé depuis 1930, l'établissement a évolué sous plusieurs appellations :

- Assistance médicale indigène (AMI)
- Assistance médicale africaine (AMA),
- Hôpital secondaire et Hôpital régional en 1972,
- Etablissement publique à caractère hospitalier (EPH)

Ces différents changements de nom n'ont pas été suivis d'investissements conséquents, raison pour laquelle l'hôpital est constitué en grande partie de bâtiment datant des temps coloniaux. L'hôpital comprend :

- un bâtiment abritant : le bureau des entrées, le secrétariat général, le bureau du directeur administratif, le service social, le bureau du surveillant, la salle de staff, la pharmacie d'urgence,
- un bâtiment pour le service des urgences médicochirurgicales,
- un pavillon pour l'ORL,
- un pavillon d'hospitalisations de médecine,
- deux pavillons d'hospitalisation de chirurgie,
- un pavillon pour la pédiatrie,
- un pavillon d'hospitalisation VIP,
- un bâtiment pour la 3^{eme} salle d'hospitalisation de gynéco obstétrique, le bureau du directeur général adjoint et le bureau du médecin responsable de la formation des étudiants,
- un pavillon pour l'orthopédie,
- un bâtiment pour le pavillon d'odontostomatologie et le pavillon de gynéco obstétrique,
- un bâtiment (nouveau pavillon) pour : l'hospitalisation de première catégorie, le service de kinésithérapie, le bureau des gestionnaires, le bureau du statisticien, le bureau de l'anesthésiste, la salle de consultation du chirurgien chinois, la des internes,
- un bâtiment pour : le bureau du directeur général, son secrétariat particulier, et sa salle de consultation, un magasin, une salle pour les psychologues sociaux, le pavillon d'ophtalmologie,
- un bâtiment abritant la pharmacie et le laboratoire,

- un bâtiment pour : la radio, le bloc opératoire et la réanimation,
 - un bâtiment pour : l'archivage, la salle des gardiens et la salle des chauffeurs,
 - un bâtiment pour le logement de l'équipe chinoise,
 - un bâtiment pour l'abri des accompagnants,
 - une cuisine,
 - des toilettes et WC,
 - une buanderie,
 - une construction pour l'incinération,
 - un bâtiment abritant la morgue et le garage,
- L'hôpital est dirigé par un Directeur Général, son adjoint et d'un surveillant général.

• **Le service de médecine :**

Situé au nord par le bâtiment abritant le service des archives, le bureau des chauffeurs et gardiens ; à l'ouest par la pédiatrie ; au sud par le Bloc des urgences. C'est un bâtiment du model colonial qui laisse à décrire d'Ouest en Est :

- Le bureau du médecin chef et celui du chef d'unité des soins
- Deux grandes salles d'hospitalisations pour femme et homme contenant chacune 10 lits
- Une salle de garde des infirmiers
- Une salle unique servant d'isolement pour les pathologies contagieuses
- Le bureau du médecin cubain
- Les annexes sont situées du coté nord et Est du service et comprennent l'abri des accompagnants, bâtis au cours du déroulement de notre étude
- Les toilettes pour accompagnants et patients

-Les toilettes du personnel

L'entretien du service est assuré par le personnel d'un groupement d'intérêt économique de la place.

Le service de médecine est dirigé par un médecin généraliste supplié par le médecin cubain.

Les visites et les consultations externes sont assurées suivant un calendrier de rotation qui inclut trois autres médecins qui ont leur bureau au niveau du bloc des urgences.

2- Type et durée de l'étude :

Notre étude était transversale à visée qualitative et s'est déroulée de mai à décembre 2007

3 - Population d'étude :

L'effectif était constitué des personnes vivant avec le VIH/SIDA hospitalisées dans le service de médecine

3.1-Critères d'inclusion :

Etaient inclus dans notre étude :

Les PV-VIH hospitalisés ou référés dans Le service ayant 15 ans ou plus

Les PV-VIH qui étaient consentant à l'étude

3.2- Critères de non inclusion :

Etaient exclus de notre étude :

- Les PV-VIH ayant moins de 15 ans

-Les PV-VIH dont l'état clinique ne permettait pas de répondre au questionnaire de l'enquête

-Les PV-VIH décédées au cours du déroulement de l'enquête sans être interrogées

Les PV-VIH qui n'étaient pas consentant à notre étude

3.3 Taille de l'échantillon :

L'échantillon a été exhaustif et a porté sur 71 patients.

3.4 Variables étudiées :

Tous nos patients ont été colligés en fonction :

- Des caractéristiques socio-démographiques
- Des données cliniques et para cliniques : site de dépistage, type de Entomologie Moléculaire, taux de CD4 initial, connaissance du mode d'emploi et effets secondaires des ARV, ponctualités et difficultés liées à la ponctualité, dispensation en médicament (IO et ARV), réalisation des examens para cliniques
- Leur opinion sur la qualité de l'accueil, la confidentialité, les groupes de parole, la décentralisation des sites et leur satisfaction.

4. Technique de collecte :

Les données ont été collectées à partir d'un questionnaire adressé aux PV VIH.

5- Traitement et analyse des données

La saisie des données a été faite sur Epi info version 6.0 FR, le traitement de texte avec Word/Windows 2003 et les graphiques illustratives avec Excel/Windows.

6- Aspects éthiques :

Les règles éthiques en matière de VIH/SIDA prévoient que la communication du résultat sérologique à l'entourage du patient doit être réalisée par le patient lui-même **[10]**.

La participation aux enquêtes a été volontaire. Des mesures ont été prises pour assurer le respect de la dignité et la liberté des PV/VIH dans l'anonymat.

Un accent particulier a été mis sur l'importance d'obtenir :

- Consentement éclairé, sollicité avant l'interview

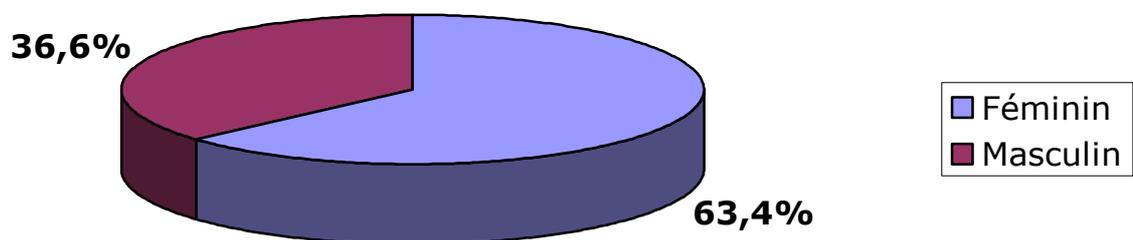
- Un accord du Directeur de l'hôpital
- Un accord du Médecin chef du service de médecine
- La diffusion des résultats

V - RESULTATS :

De mai à décembre 2007, sept cent quatre (704) patients ont été hospitalisés dans le service de médecine. Parmi eux, cent dix sept (117) étaient infectés par le VIH, soit une prévalence de 16.62 %. Ils étaient soixante onze (71) à satisfaire nos critères d'inclusion. Sur cet échantillon 27 patients étaient sous ARV.

Caractéristiques socio-demographiques :

Figure 3: Répartition de l'effectif selon le sexe



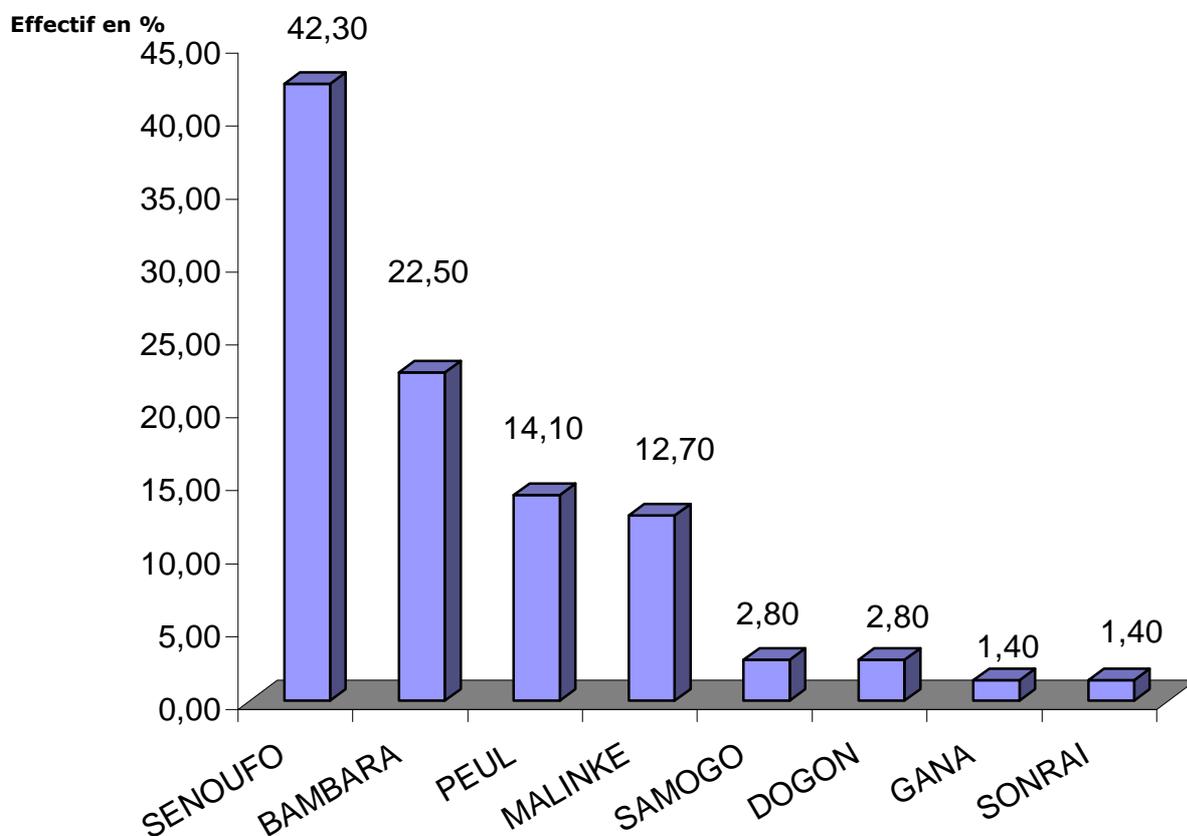
Un effectif total de 71 patients suivis ont été enquêtés dont 45 femmes soit 63,4% % de l'échantillon

Tableau III: Répartition de l'effectif selon la tranche d'âge

AGE (ans)	Effectif	%
15-24	6	8.45
25-34	25	35.21
35-44	23	32.4
45-54	13	18.3
55 -64	4	5.63
Total	71	100.0

La tranche d'âge de 25-34 ans a été la plus représentative avec 35,21% et des extrêmes allant de 15 à 64 ans.

Figure 4: Répartition de l'effectif selon l'ethnie



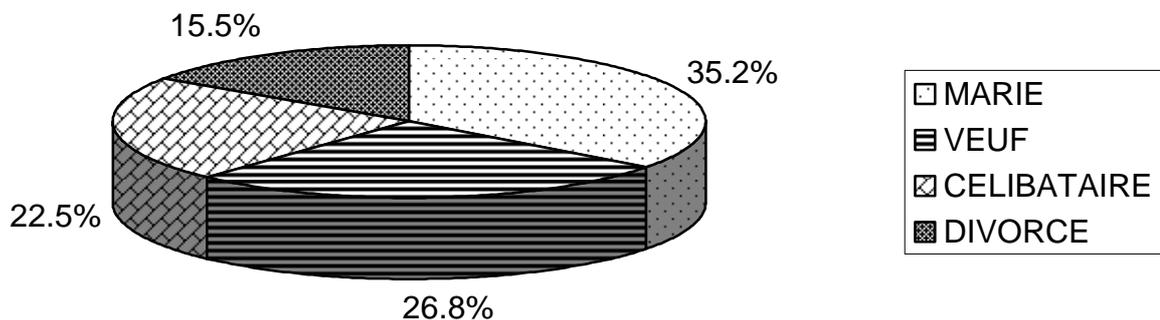
Les Senoufos ont représenté 42,3% de l'effectif

Tableau IV: Répartition de l'effectif selon la religion

Religion	Effectif	%
Musulman	66	93.0
Animiste	3	4.2
Chrétien	2	2.8
Total	71	100.0

La quasi-totalité des patients enquêtés était de confession musulmane

Figure 5: Répartition de l'effectif selon le statut matrimonial



.Les mariés ont représenté 35,2% de l'effectif

Tableau V: Répartition de l'effectif selon la provenance

Résidence	Effectif	%
Sikasso	56	78.9
Kadiolo	4	5.6
Bougouni	3	4.2
Autres régions	3	4.2
Koutiala	2	2.8
Autres pays	2	2.8
Kolondieba	1	1.4
Total	71	100.0

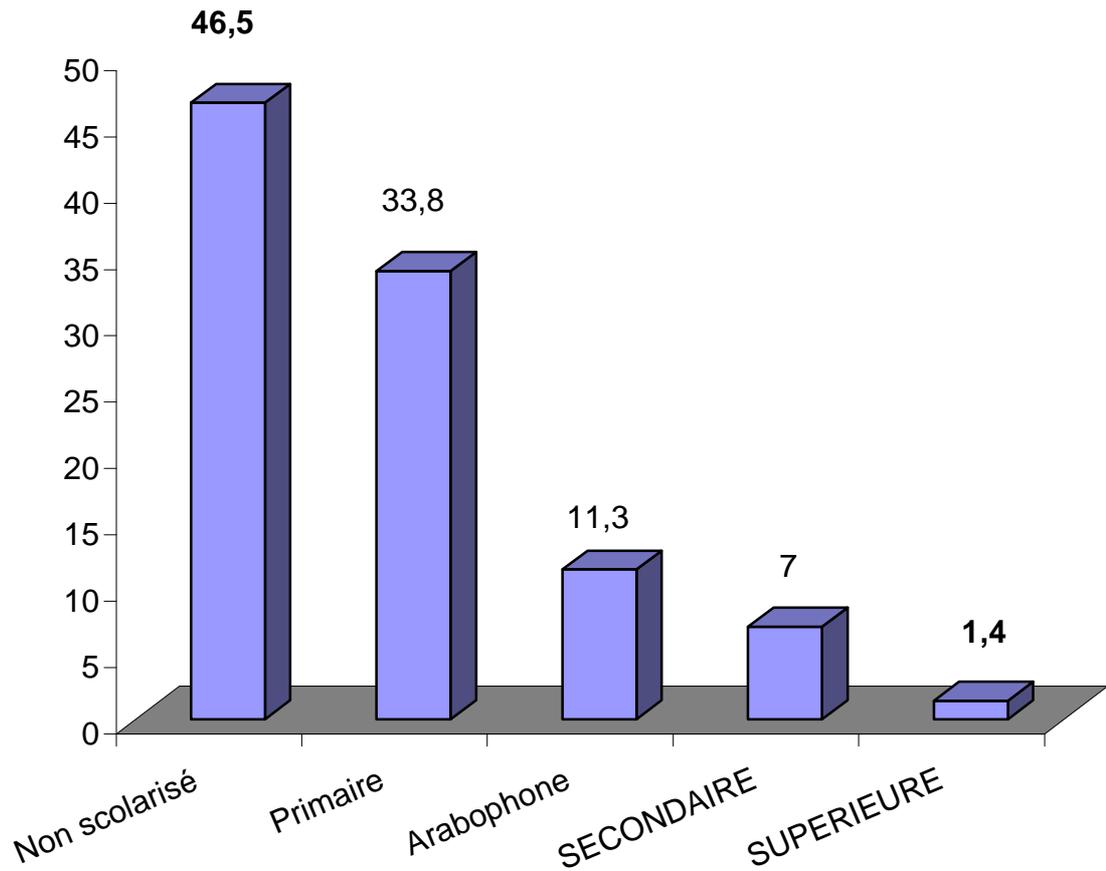
Les 78.9% de l'effectif provenaient de la préfecture de Sikasso

Tableau VI: Répartition de l'effectif selon le pays

Nationalité	Effectif	%
MALI	69	97.2
RCI	2	2.8
Total	71	100.0

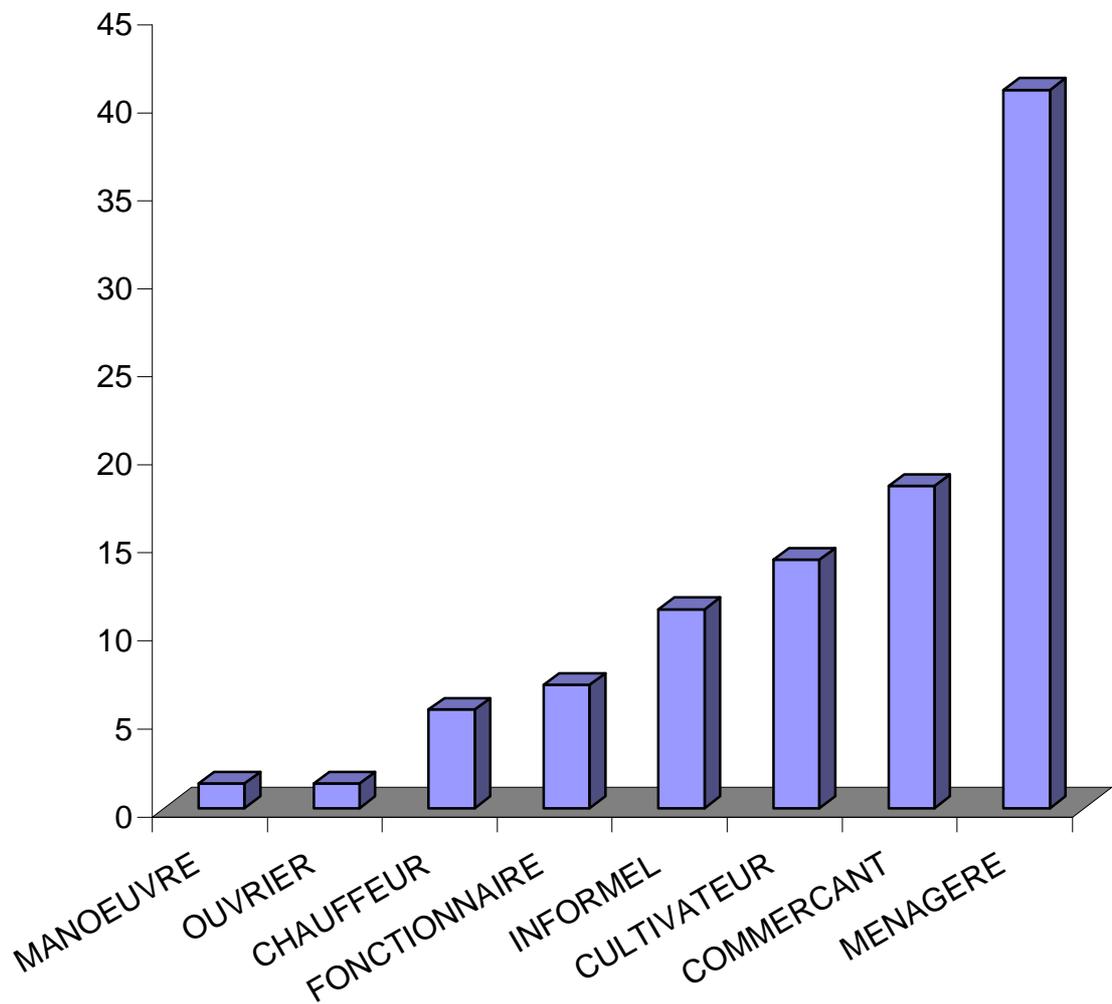
La presque totalité des patients était des Maliens avec 97,2%

Figure 6: Répartition de l'effectif selon le niveau d'instruction



.Les non scolarisés ont représenté 46,5% de l'effectif

Figure 7: Répartition de l'effectif selon la profession



Les 40% des personnes enquêtées étaient des ménagères, les commerçants et les cultivateurs ont représenté respectivement 18% et 14,3% de l'effectif.

B- Données cliniques

Tableau VII: Répartition de l'effectif selon le site de dépistage

Site de dépistage	Effectif	%
HOPITAL	44	62.0
CERKES	22	31.0
CSREF	2	2.8
AUTRES REGIONS	1	1.4
CSCOM	1	1.4
BAMAKO	1	1.4
Total	71	100.0

L'hôpital a été le site de dépistage le plus fréquenté avec 62%

Tableau VIII: Répartition de l'effectif selon le type de VIH

Type de VIH	Effectif	%
VIH 1	67	94.4
VIH2	0	00
VIH 1 ET 2	4	5.6
Total	71	100.0

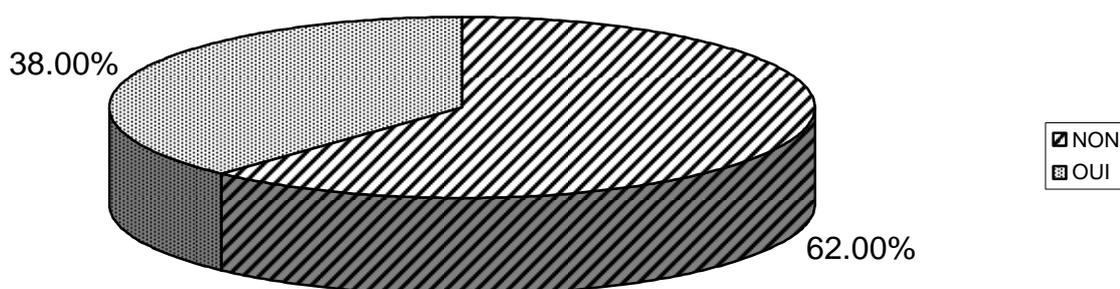
Le VIH1 a été le virus largement retrouvé chez les patients avec 67 cas, soit 94,4%

Tableau IX: Répartition de l'effectif selon le taux de CD4 initial

Taux de CD4	Effectif	%
SUP A 500	5	7.0
350-499	10	14.1
200-349	12	16.9
INF A 200	32	45.0
NON DETERMINE	12	16.9
Total	71	100.0

Près de la moitié des patients à l'entrée, avait un taux initial de CD4 inférieur à 200, soit 45% des patients enquêtés

Figure 8: Répartition de l'effectif selon la connaissance du mode d'emploi d'un ARV



Les 62% de l'effectif ne connaissaient pas le mode d'emploi d'un ARV

Tableau X: Effets secondaires chez les patients sous ARV

Effet secondaire des ARV	Effectif	%
Pas d'effets	2	7.40
Effets indésirables	25	92.6
Total	27	100.0

Sur 27 patients sous ARV, 25 ont signalé des effets secondaires causés par la prise des ARV.

Tableau XI: Facteurs influant sur l'observance thérapeutique

Facteurs	Effectif	%
Contraintes sociales	11	40.74
Effets secondaires	16	59.26
Total	27	100

La plupart des patients enquêtés ont fait cas de difficultés d'ordre social les empêchant de respecter les horaires de prise des ARV ou ont du interrompre la prise à cause des effets secondaires entraînés par les médicaments.

Tableau XII: Ponctualités des patients suivis au Rendez vous

Ponctualité	Effectif	%
Ponctuel	24	33.8
Pas ponctuel	47	66.2
Total	71	100.0

Les 66.2% de l'effectif n'étaient pas ponctuels

Tableau XIII: Difficultés liées au non respect des Rendez vous

Difficultés liées au non respect des Rendez vous	Effectif	%
Distance	20	42.55
Etat clinique	14	29.79
Indisponibilité des soignants	3	6.38
Manque de moyens	10	21.28
Total	47	100.0

Les 42.55% des patients ne respectaient pas les Rendez Vous à cause de la distance

Tableau XIV: Répartition de l'effectif selon la dispensation des médicaments contre les infections opportunistes (IO)

Médicaments IO	Effectif	%
non dispensés	47	66.2
dispensés	24	33.8
Total	71	100.0

Les 47 patients, soit 66,2% de l'effectif n'étaient pas dispensés en médicaments contre les infections opportunistes

Tableau XV: Répartition de l'effectif selon les causes de la non dispensation des médicaments contre les infections opportunistes

Causes de la non dispensation	Effectif	%
Horaire pharmacie	1	2.13
rupture	44	93.61
Visite non planifiée	2	4.26
Total	47	100.0

La rupture des médicaments contre les infections opportunistes représentait la cause la plus fréquente de la non dispensation soit 93.61%

Tableau XVI: Répartition de l'effectif selon la dispensation des ARV

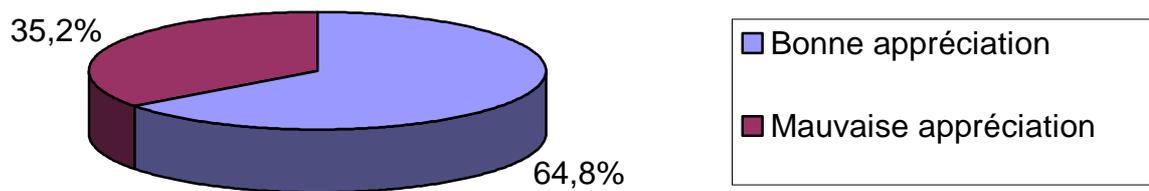
Dispensation des ARV	Effectif	%
dispensés	26	96.30
Pas dispensés	1*	3.70
Total	27	100.0

* non respect du délai de renouvellement

La quasi-totalité des patients sous ARV recevaient les médicaments. Un seul patient n'avait pas respecté son délai de renouvellement

C. Atouts et difficultés :

Figure 9: Répartition de l'effectif selon la qualité de l'accueil



Les 46 patients de l'effectif ont qualifié l'accueil de bon, soit 64.8%

Tableau XVII: cause du mauvais accueil

Causes	Effectif	%
Accès à l'hôpital	2	8
PERSONNEL SOIGNANT	10	40
STRUCTURE INADAPTEE	13	52
Total	25	100.0

Les 52% de l'effectif pensaient que les structures n'étaient pas favorables à un bon accueil

Tableau XVIII: Difficultés liées aux examens para cliniques

Difficultés	Effectif	%
signalées	71	100.0
Pas signalées	00	00.0
Total	71	100.0

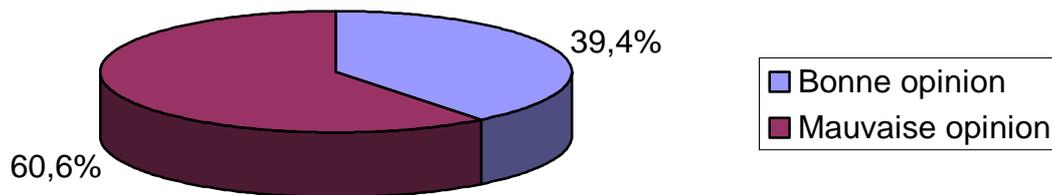
Tous les patients interrogés ont identifié des difficultés liées à la réalisation des examens para cliniques

Tableau XIX: Causes attribuables à la non réalisation des examens para cliniques

Causes de la non réalisation des examens	Effectif	%
Etat clinique	15	21.1
Horaire laboratoire	3	4.2
Personnel soignant	8	11.3
Tracasserie administrative	45	63.4
Total	71	100.0

Les 45 patients, soit 63,4% de l'effectif ont souligné comme difficulté les tracasseries administratives

Figure 10: Opinion sur l'éducation thérapeutique



Les 60.6% de l'effectif avaient une mauvaise opinion sur l'éducation thérapeutique

Tableau XX: Qualification du prestataire selon les patients

Qualification du prestataire	Effectif	%
MEDECIN	20	28.2
NE SAIT PAS	51	71.8
Total	71	100.0

Seuls 20 patients ont qualifié leur soignant, contre 51 qui ne connaissaient pas la qualification de leur soignant soit 71,8%.

Tableau XXI: Participation au groupe de parole

Participation	Effectif	%
Participe au groupe de parole	2	2.8
Ne participe pas qu groupe de parole	69	97.2
Total	71	100.0

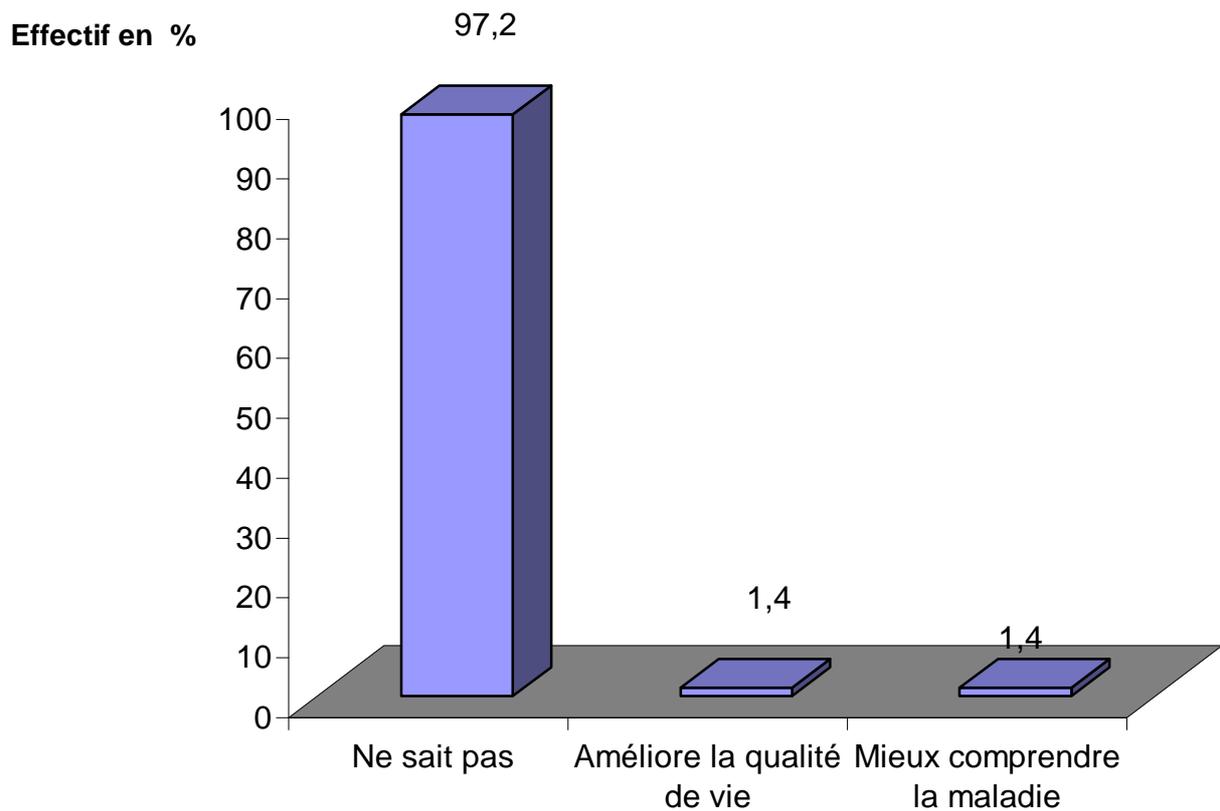
Les 69 patients, soit 97,2% de l'effectif ne participaient pas au groupe de parole contre 2,8%

Tableau XXII: Causes de la non participation au groupe de parole

Causes	Effectif	%
Je ne veux pas être connu	23	33.3
Pas au courant	40	57.9
Pas de temps	6	8.7
Total	69	100.0

Les 40 patients, soit 57,9% n'étaient pas au courant des groupes de parole

Figure 11: Avantages du groupe de parole



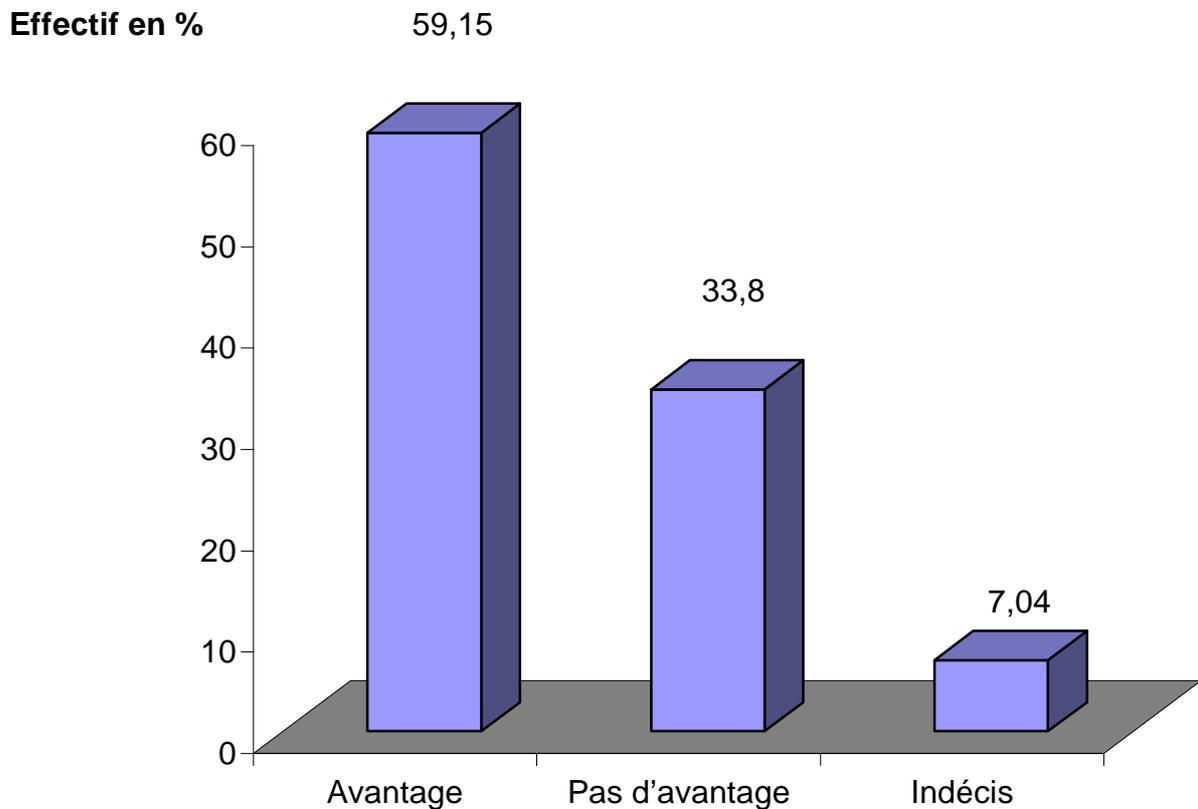
Les 97.2% de l'effectif n'ont pas répondu pour méconnaissance contre 2.8% qui reconnaissent comme avantages l'amélioration de la qualité de leur vie et la compréhension de leur maladie.

Tableau XXIII: Opinion sur la confidentialité

Opinions sur la confidentialité	Effectif	%
Confidentialité	24	33.8
Pas de confidentialité	47	66.2
Total	71	100.0

Les 66.2% de l'effectif pensaient qu'il existait pas de confidentialité dans la structure

Figure 12: Opinion des patients par rapport à la décentralisation de la prise en charge



Les 42 patients (59.15%) de l'effectif pensaient que la décentralisation des sites était une bonne approche contre 24 (33.80%) et 5 patients (7.04%) indécis

Tableau XXIV: Eléments clés énumérés en faveur de la décentralisation

Eléments en faveur de la décentralisation	Effectif	%
Proximité	27	33,75
Coût	28	35
Compliance	6	7,5
Améliore qualité de vie	11	13,75
Maîtrise de l'épidémie	3	3,75
Lève les tabous	2	2,5
Soutien communautaire	3	3,75
Total	80	100

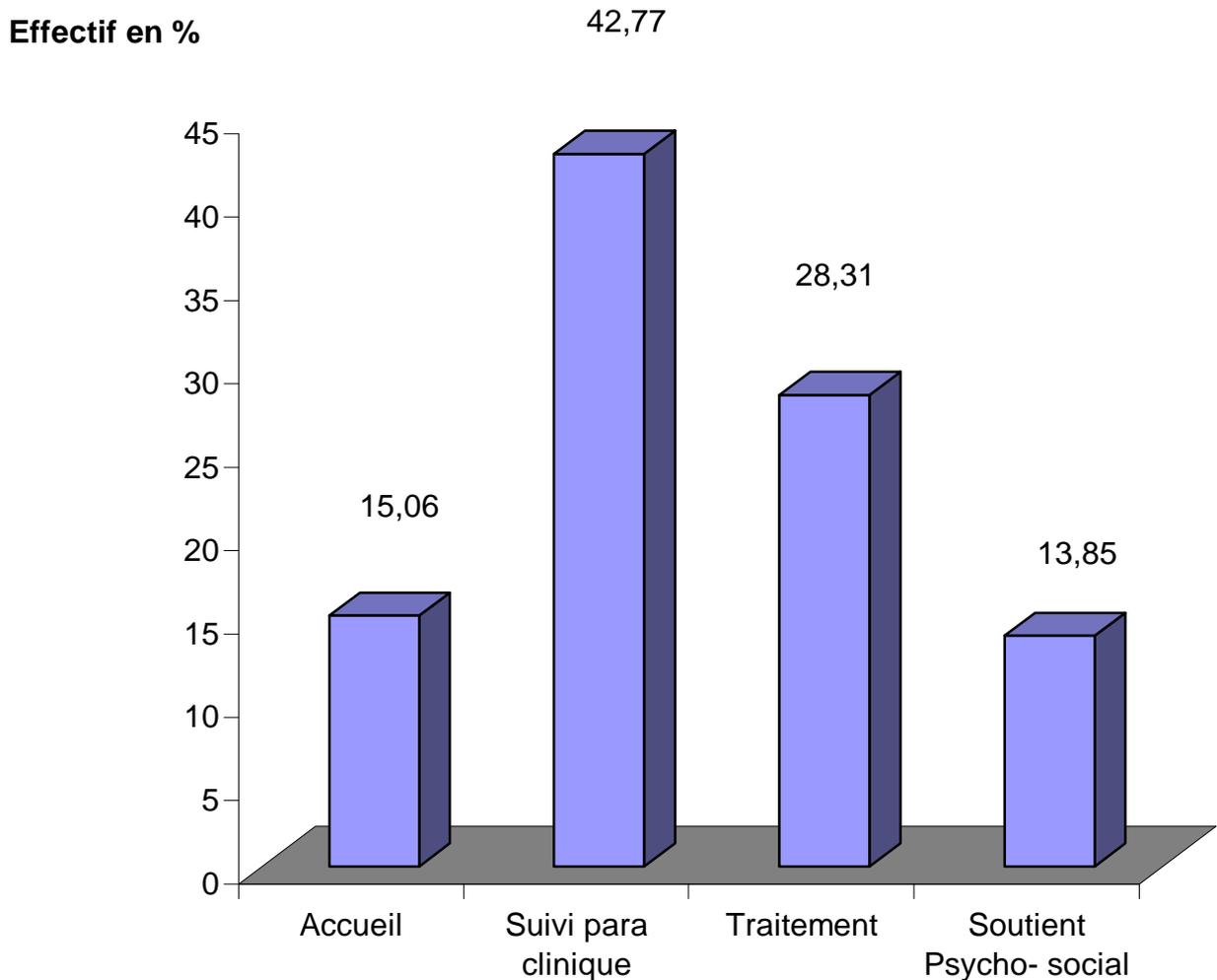
La réduction des coûts de la prise en charge et les soins de proximité étaient les 2 variables largement citées (respectivement 35% et 33.75%) en faveur de la décentralisation de la prise en charge.

Tableau XXV: Inconvénients de la décentralisation

Inconvénients de la décentralisation	Effectif	%
Trop politique	3	8,10
Stigmatisation	4	10,81
Rupture de médicament IO	50	2,70
Plateau technique faible	29	78,37
Total	86	100

La faiblesse du plateau technique et la stigmatisation étaient les variables largement citées (respectivement 78.37% et 10.81%) comme inconvénients majeurs de la décentralisation de la prise en charge.

Figure 13: Souhaits émis pour la satisfaction selon les patients



Les 42.77% des patients estimaient que pour leur satisfaction il fallait améliorer le suivi para clinique, plus de la moitié ont attiré l'attention sur l'aspect thérapeutique, l'accueil et le soutien psychosocial.

VI - COMMENTAIRES- DISCUSSION :

De mai à décembre 2007 nous avons mené une enquête portant sur :

A – Caractéristiques sociodémographiques :

Les Senoufos ont représenté **42.3%** de l'échantillon et la quasi totalité **93%** de l'effectif pratiquait l'islam comme religion.

L'échantillon était majoritairement constitué par les non scolarisés **46.5%**. et les mariés **35.2%**. Plusieurs facteurs peuvent contribuer à cet état de faits à savoir l'ignorance, l'oppression socioculturelle et le caractère féminin de la pandémie. **Diall G [7]** rapportait dans son étude **45.7%** d'analphabètes.

Les commerçants et les chauffeurs qui s'inscrivaient dans les groupes à risque **[10]** semblent être moins affectés. Contrairement à **Diall G** qui rapportait une prédominance élevée **35.6%** dans ce groupe, dans notre série **40.8%** de ménagères étaient infectées. Ce résultat est superposable à celui de **TOURE [40]** qui trouvait une prédominance des ménagères à **29.31%**.

Dans notre série, la tranche d'âge la plus affectée a été celle de **25-34 ans (35.21%)** avec des extrêmes allant de **15-64 ans**. L'âge moyen était de **39.5**. Cette prédominance d'adultes jeunes semble en rapport avec leur vie sexuelle active. Ce résultat est superposable à ceux qui ont été rapportés par **Saliou** au Mali ; **Catherine** en RCI et **Ouedraogo** au Burkina qui ont respectivement trouvé **35 ; 37 ; 37.5 ans** d'âge moyen **[41, 42, 43]**.

Le sexe féminin représentait **63.4%** avec un sex. ratio de **1.7**. Cette prédominance féminine peut s'expliquer :

- D'une part physiquement plus exposées, les femmes sont souvent économiquement, socialement, émotionnellement ou culturellement dans l'impossibilité d'exiger la protection de leurs rapports sexuels
- D'autre part les femmes sont plus nombreuses dans notre société que les hommes.

Ce résultat est comparable à ceux de **GORE** et **Diall G [7]** qui ont respectivement rapportés un sex. ratio de **1.9** et **1.8** en faveur du sexe féminin.

Contrairement à **Diall G** qui trouvait que **70%** de son effectif vivaient hors de la préfecture du site d'étude, dans notre série **78.9%** vivaient dans la préfecture de Sikasso. Ce résultat est superposable à celui de **Keita J [44]** qui rapporta **72.9%**. Et **97.2%** de notre effectif étaient des maliens contre **2.8%** d'Ivoiriens. Vu l'instabilité politique que connaît la RCI depuis 2002 il est vraisemblable que la réduction du trafic sous régional a un impact sur le flux migratoire.

B – Données cliniques :

L'analyse a porté sur les aspects qualitatifs et quantitatifs.

Avec la vulgarisation des sites de prise en charge , les CSRef , les CSCom, les associations des PV VIH doivent jouer leur partition dans la gestion des pathologies chroniques en intégrant dans leurs activités une approche communautaire plus active .

Dans notre étude, **62%** de l'effectif ont été dépistés positifs à l'hôpital contre seulement **31%** au CERKES. Ce résultat peut s'expliquer d'une part par le rôle central que joue l'hôpital et d'autre part une sous information de la communauté à l'usage de notre pyramide sanitaire.

La prévalence par type de VIH a montré une fréquence de **94.4%** pour le VIH1 contre **5.6%** pour la double séropositivité. Dans notre série aucun cas de VIH2 n'a été enregistré. Nos résultats sont comparables à ceux de **Simaga A [45]** qui rapportent **93.2%** de VIH1 et **6.8%** de double séropositivité. Par contre selon l'étude de **Kanouté F [45]**, l'infection au VIH était due au VIH1 dans **68%**, VIH2 dans **21%** et l'association VIH1 et VIH2 dans 11% des cas.

Près de la moitié de l'effectif avait un taux initial de CD4 inférieur à **200** soit **45%** et **62%** des enquêtés ne connaissaient pas le mode d'emploi d'un ARV. Ce constat est un signal fort et interpelle tous les acteurs impliqués dans la prise en charge depuis le conseling pré test jusqu'à la mise sous traitement ARV si nécessaire. Les études menées par **Takougang G** en 2003 [46] et **Kaba M** en 2006 [47] au centre hospitalier universitaire du Point G rapportaient que la majorité des patients admis avaient un taux de **CD4 inférieur à 200**.

Diall G [7] dans son étude a rapporté que **57.5%** des patients avaient une connaissance moyenne sur les ARV.

C - Difficultés et atouts :

D'une manière générale, **64.8%** de l'effectif ont qualifié l'accueil de bon, **66.2%** pensent qu'il n'existe pas de confidentialité dans le service. Tous les enquêtés ont souligné des difficultés liées à la réalisation des examens para cliniques et seuls **20%** ont pu qualifier leur prestataire. A l'analyse de ces difficultés nous touchons à l'aspect qualitatif lié à l'organisation et aux processus de soins. Compte tenu de l'état clinique altéré de la plus part des patients à l'entrée, les salles d'hospitalisation du service ne

confèrent pas la commodité escomptée. Quant aux examens para cliniques, dans un but de rationnement en terme de coût pour l'hôpital, seuls le Directeur ou son adjoint valident la réalisation d'un cliché de radiographie en apposant leur signature.

La non dispensation des médicaments contre les infections opportunistes signalées chez **66.2%** dont la cause principale identifiée est la rupture à la pharmacie (**71.8%**;) ; la multiplicité et la fréquence des infections opportunistes chez les PV-VIH liées à la lenteur administrative quant à la mobilisation des ressources sont des inquiétudes pour le dynamisme d'une prise en charge de qualité. Par contre tous les patients sous ARV étaient dispensés à temps plein et aucun cas de rupture n'a été signalé.

Une autre inquiétude est la méconnaissance des groupes de parole (**97.2%**) et **60.6%** de l'effectif ont émis l'idée de ne pas bénéficier d'une éducation thérapeutique. Ceci peut s'expliquer par des attitudes d'auto exclusion car **42%** de notre effectif pour ne pas être connu ou par manque de temps ne participaient pas au groupe de parole.

Par rapport à la décentralisation des sites de prise en charge, **59.15%** de l'effectif pensaient que c'est une bonne approche et les soins de proximité, la réduction des coûts, la faiblesse du plateau technique et la stigmatisation en sont les corrélares pour une bonne intégration. Et pour leur satisfaction générale, la totalité des patients estimaient qu'il faut renforcer l'accueil, le suivi clinique et para clinique, le traitement et le soutien psychosocial.

VII- CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS :

A. Conclusion :

Nous avons mené une étude de type transversal à visée qualitative dans le service de médecine à l'hôpital de Sikasso de mai à décembre 2007. Au terme de cette étude portant sur 71 patients séropositifs nous pouvons affirmer que les PV-VIH étaient bien accueillis. Il s'agissait d'une population d'adultes jeunes avec une moyenne d'âge de 39.5 ans et un sex ratio de 1.7 en faveur du sexe féminin. Dans notre **série 62%** ont été dépistés positifs au VIH à l'hôpital et **45%** des patients avaient un taux initial de CD4 inférieur à 200 avec une prévalence du VIH1.

Malgré le bon accueil **66.2%** pensaient qu'il n'y avait pas de confidentialité dans le service.

La rupture des médicaments contre les infections opportunistes, la méconnaissance des groupes de parole et la mauvaise opinion sur l'éducation thérapeutique étaient les difficultés majeures identifiées contre le dynamisme de la prise en charge de qualité.

Quant à la décentralisation des sites de prise en charge **59.15%** de l'effectif pensaient que c'était une bonne approche et pour leur satisfaction la quasi-totalité des patients mettaient l'accent sur le renforcement du plateau technique et du soutien psychosocial.

B. Recommandations :

La prise en charge des PV-VIH doit être globale, intégrant des aspects thérapeutiques, psychologiques, préventifs et sociaux.

Au terme de cette étude certaines recommandations sont proposées et s'adressent :

Au Ministère de la Santé :

Désengorger les hôpitaux en renforçant les capacités des réseaux mobilisant l'ensemble des acteurs concernés, y compris les associations de malades et les usagers du système de santé

A l'hôpital :

- Adapter l'offre de soins au contexte des pathologies chroniques
- Motiver et promouvoir la formation du personnel de médecine
- Renforcer les capacités de la cellule psychosociale

A la population du Kenedougou :

Le vih/sida est aussi proche de moi que de toi, alors ensemble occupons tout l'espace pour l'éloigner hors de nos terres fertiles en :

- Participant activement aux questions de VIH/SIDA
- Soutenant les actions entreprises par tous les réseaux de prise en charge

VIII - RÉFÉRENCES:

- 1-DONABEDIAN A.:** The criteria and standards of quality, in Explorations in quality assessment and monitoring, vol II. Health Administration Press, Ann. Ann., Michigan, 1982, chap.8
- 2- OMS :** Soins novateurs pour les affections chroniques ; Genève 2003
- 3- Yeni P :** Prise en charge médicale des personnes infectées par le VIH/SIDA, France : Médecine Sciences Flammarion 2006 p348
- 4- Sogoba M, Diallo B, Dembélé O, Sidibé F :** Protocole d'évaluation de la qualité des soins hospitaliers. Bamako : ANEH Mars 2007
- 5- Sogoba M, Diallo B, Dembélé O, Sidibé F :** Evaluation de la qualité des soins à l'hôpital de Sikasso. Bamako ; ANEH .Janvier 2006
- 6- Alexandra G :** Evaluation Médicale des soins hospitaliers. Paris : Ed.Economia 1992, p213
- 7- Diall B G :** Etude des connaissances, attitudes et pratiques de 600 personnes infectées par le VIH/SIDA à Bamako ; Thèse Med. Bamako, 2006, N°47
- 8- Gentilini M. :** Médecine Tropicale. Paris : Ed.Science-Flammarion.1993, p928
- 9- OMS :** Directives conjointes OIT/OMS sur les services de santé et le VIH/SIDA, Genève 2005
- 10- Ministère de la santé du Mali :** Enquête démographique et de santé 2001 (EDSMIII) CPS/MS, DNSI, Bamako, juin 2002,

11-FOMBA S : Qualité de la surveillance prénatale et de l'accouchement au centre de santé Miproma de Magnambougou Bamako en commune VI du district de Bamako d'avril à juillet 2002. Thèse Méd., Bamako- Mali 2003, N°64

12- Ministère de la Santé du Mali : Résultats préliminaires Enquête Démographique et de Santé, 2006

13-Haut conseil national de lutte contre le sida : Normes et procédures de conseil et dépistage volontaire du VIH au Mali, Janvier 2006

14- Jacqueline Brun : Qualité des soins. Paris ; collection H, 1996 p156

15-Kamissoko M. : Qualité de la surveillance prénatale au centre de santé communautaire de Kalabancoro Zone périurbaine de Bamako ; Thèse Med, Bamako Mali 2003 N°87

16- Traoré C. : Evaluation de la qualité de l'anesthésie à l'hôpital Gabriel Touré ; Thèse Med, Bamako Mali 2006 N°98

17- Dozon. J. : Comprendre le VIH/SIDA. Paris : Flammarion Medecine-Sciences, 2003, pp. 231- 305

18- PICARD C. : VIH. Et maladies opportunistes, PARIS Malmaison, 2000. p505

19- ONUSIDA : Analyse situationnelle de la discrimination et stigmatisation envers les Personnes Vivant avec le VIH/sida en Afrique de l'Ouest et du Centre. Paris 2002/05 p47.

20 Faucy AS, Clifford L H : Infection par le virus de l'immunodéficience humaine VIH : SIDA et maladies associées. Harrison. Principes de médecine interne .15 Ed. Médecine Sciences . Paris : Flammarion ; 2002 ; p1852-1913

21. ONUSIDA/OMS : Le point sur l'épidémie du SIDA.

Genève 2002 :

<http://www.itg.be/itg/generalSite/Activies/Downloads/mdc.pdf>

22. Leport C; Longuet P; Lacassin F: Manifestations cliniques et thérapeutiques de l'infection par le VIH

Encycl. Méd. Chir. Maladies Infection 8-050-B10-1996 ; 16p

23. Girard PM; Katlama CH Pialoux G:VIH Ed Doin, Paris.2001, 541p

24 Mohamed Abdoulatif H: Etude comportementale face à la sexualité et à l'observance aux antirétroviraux au CHU du Point G ; Thèse médecine , Bamako, 2007, numéro 182

25- Hammer SM : Management of newly diagnosed .HIV infection N Engl J Med 2005; 353: 1702-10

26. James O. Kahn, M.D, and Bruce D. Walker, M.D: Acute human Immunodeficiency Virus type 1 infection N Engl J Med, 1998; 339:33-39

27. Cassuto J.P; Pesce A; Quaranta J. F: SIDA et infection par le VIH .Abrégé de Maladies Infectieuses, 3e Ed. Masson; Paris,p199

28- Julle. D.: Prise en charge thérapeutique des personnes infectées par le VIH. Paris : Flammarion Medecine-Sciences, 2002, pp. 263-275.

29- Meyer. L. : Vivre avec le VIH/sida. Zurich : Aides Suisse contre le sida, 2005, 48p.

30 -OMS ; ONUSIDA : Guide du conseil et du dépistage du VIH à l'initiative du soignant dans les établissements de Santé
Mai 2007, Suisse

31- IMAARV (Initiative Malienne d'Accès aux Anti-Rétroviraux). Plan d'action, Atelier, Bamako, Janvier 2001.

32- OMS : Améliorer l'accès aux traitements antirétroviraux dans les pays à ressources limitées Révision Genève 2003.

33- Kamsi N. A. : Etude épidémiologique, clinique et économique du VIH/sida dans le Service des maladies infectieuses de l'HNPG à propos de 71 cas Thèse de médecine, Bamako 2004 , n°65

34- Bonnet. D. et collaborateurs. : Refuser d'allaiter pour protéger son enfant. La marginalité des femmes séropositives en Afrique. : Allaitements en marge ; PARIS, l'Harmattan. 2003, p. 342-350.

35- Arha. D. Prévention de la transmission du VIH par l'allaitement : obstacles Socioculturels et propositions stratégiques. Transcriptase Sud, 2002, n°6, p. 27-31.

36 Pichard E : Manuel de Maladies Infectieuses pour l'Afrique (MalinTrop Afrique) Paris : Edition eurotext 2002, p589

37- Katlama C, Pialoux G, Girard P-M : Traitements antirétroviraux In : GIRARD PM, KATLAMA C, PIALOUX G.

VIH. Paris : Doin ,2004; p 299-326

38- Raffif, Hoeb. : Initiation d'un traitement antirétroviral et surveillance. In: GIRARD PM, KATLAMA C, PIALOUX G. VIH, 6e Ed. Paris: Doin, 2003; p 339-342.

39-Dariosecq JM, Girard PM : Antirétroviraux Mémento Thérapeutique. In: GIRARD PM, KATLAMA C, PIALOUX G. VIH, 6em Ed. Paris: Doin 2004, p401-405

40- Touré. S.K: A propos de la prise en charge des personnes vivant avec le VIH : cas de l'Initiative Malienne d'Accès aux anti-rétro viraux (IMAARV).Thèse, Pharmacie, BAMAKO, 2002. N° 51.

41 – Saliou M : Suivi clinique et biologique des patients sous ARV à l'hôpital du Point G ; Thèse Med, Bamako 2004 N° 27

42- Catherine S; Anglare X; Doukouri-Dogbo N; Salomon R : Etude de la morbidité des adultes infectés par le VIH recevant un traitement ARV dans la cohorte 1203 ANRS Abidjan, RCI in CISMA, Burkina Faso.

December 10th-13th, 2001. Abstract WDT3-1

43 -Ouedraogo M, Bambara M, Zoudba AZ, Ouedraogo SM, Birba E et Al : Intérêts et contraintes des traitements ARV dans un pays en voie de développement Med Trop 2001 ; 48 : 321-324

44-Keita J : Le circuit d'approvisionnement des antirétroviraux et les problèmes liés à leur utilisation à l'hôpital Gabriel Touré. Thèse Pharmacie, BAMAKO, 2004, N° 70, 80p.

45 Kanouté F : Aspects cliniques du SIDA à Bamako ; These médecine, Bamako, 1991, N°11

46- Takougang G : Les manifestations psychiatriques chez les PVVVIH dans les services de médecine interne et maladies infectieuses au CHU du Point G; Thèse médecine 2003, N°11

47- Kaba M :Prévention des infections opportunistes au cours du Sida dans le service des maladies infectieuses au CHU du Point G de 2004-2006 ;Thèse médecine Bamako 2006, N°179

|

ANNEXES

ANNEXE I : Classification OMS révisée de l'adulte et de l'adolescent *

= toute personne séropositive de 15 ans et plus.

Stade clinique 1

- ⇒ Patient asymptomatique.
- ⇒ Lymphadénopathie persistante généralisée.

Stade clinique 2 :

- ⇒ Perte de poids modérée inexplicquée (inférieure à 10% du poids présumé ou mesuré).
- ⇒ Infections respiratoires récurrentes (infections des voies aériennes, sinusites, bronchites, otites moyennes, pharyngites).
- ⇒ Zona.
- ⇒ Perlèche.
- ⇒ Ulcérations orales récurrentes.
- ⇒ Prurigo.
- ⇒ Dermatite séborrhéique.
- ⇒ Infections fongiques des ongles onychomycoses.

Stade clinique 3 :

Affections pour lesquelles le diagnostic présomptif peut être fait sur la base des signes cliniques ou d'examens simples

- ⇒ Perte de poids sévère (> 10% du poids corporel présumé ou mesuré).
- ⇒ Diarrhée chronique inexplicquée de plus de 1 mois.
- ⇒ Fièvre prolongée inexplicquée (intermittente ou constante) de plus de 1 mois.
- ⇒ Candidose orale.
- ⇒ Leucoplasie chevelue de la langue.
- ⇒ Tuberculose pulmonaire diagnostiquée au cours des deux années précédentes.
- ⇒ Infections bactériennes sévères (ex : pneumonies, pyomyosite, infection articulaire ou osseuse, méningites ...)
- ⇒ Stomatite / gingivite / périodontite aigue ulcéro- névrosante.

Affections pour lesquelles le diagnostic doit être confirmé

- ⇒ Anémie inexplicquée (< 8 g /dl et / ou neutropénie (< 500 / mm³) et/ ou thrombocytopénie (< 50 000 / mm³) pendant plus d'un mois.

Stade clinique 4 :

Affection pour lesquelles le diagnostic présomptif peut être fait sur la base des signes cliniques ou d examens simples

- ⇒ Syndrome cachectique.
- ⇒ Pneumonie à Pneumocystis.
- ⇒ Pneumonie bactérienne, récurrente sévère ou radiologique.
- ⇒ Herpès chronique (orolabial, génital, anorectal de plus d'1 mois)
- ⇒ Candidose de l'œsophage.
- ⇒ Tuberculose extra pulmonaire.
- ⇒ Sarcome de Kaposi.
- ⇒ Toxoplasmose cérébrale.
- ⇒ Encéphalopathie par le VIH.

Affection pour lesquelles le diagnostic doit être confirmé.

- ⇒ Cryptococcose extra pulmonaire y compris méningite.
- ⇒ Infection disséminée à mycobactéries non tuberculeuse.

- ⇒ Candidose de la trachée, des bronches ou des poumons.
- ⇒ Cryptosporidiose.
- ⇒ Isosporidiose.
- ⇒ Infection herpétique viscérale.
- ⇒ Infection à cytomégalovirus (rétinite ou d'un organe autre que le foie, la rate ou les ganglions).
- ⇒ Leucoencéphalopathie multifocale progressive.
- ⇒ Mycose disséminée (ex : histoplasmosse, coccidioidomycose, pénicilliose,).
- ⇒ Septicémie récurrente à salmonella non typhique.
- ⇒ Lymphome (cérébral ou non Hodgkinien à cellule B).
- ⇒ Cancer invasif du col utérin.
- ⇒ Leishmaniose viscérale.

ANNEXE II : Classification CDC de l'infection VIH pour les adultes et les adolescents

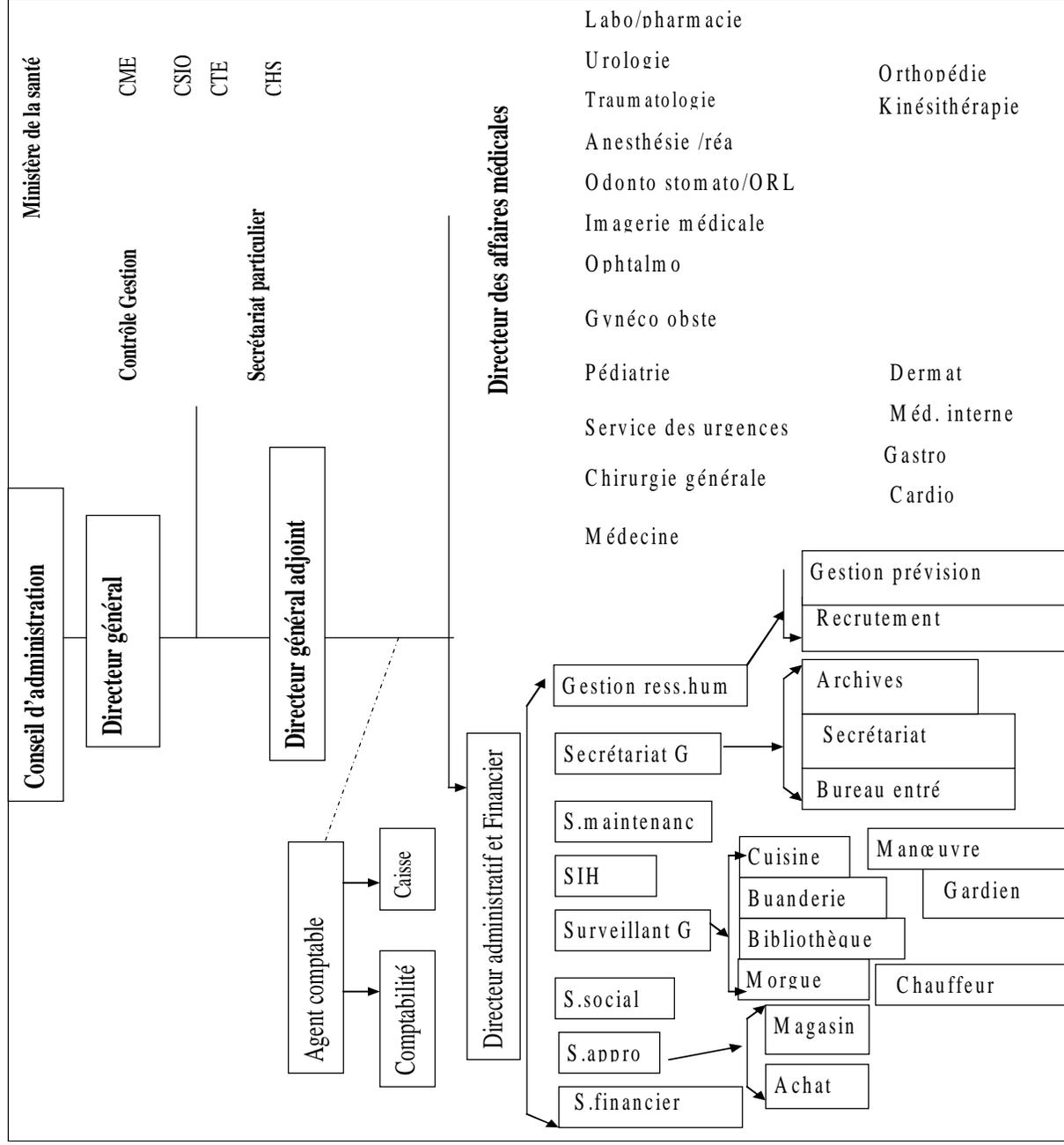
Catégories cliniques		
	(A)	(B)
Nombre de (C) Lymphocytes SIDA TCD4+ LGP	Asymptomatique primo-infection	symptomatique sans critère de (A) ou (C)
>500/mm ³ C1	A1	B1
200-499/ mm ³ C2	A2	B2
<200/ mm ³ C3	A3	B3
Définition du SIDA EN Europe en 1993(C1, C2, C3)		
Définition du SIDA CDC aux Etats-Unis en 1993(A3, B3, C1, C2, C3)		

ANNEXE III : Catégories cliniques selon les nouvelles classifications et définition du SIDA, 1993.

Catégorie A	Catégorie B	Catégorie C
<p>Un ou plusieurs des critères listés ci-dessous chez un adulte ou un adolescent infecté par le VIH, s'il n'existe aucun des critères des catégories B et C :</p> <ul style="list-style-type: none"> - infection VIH asymptomatique ; - Lymphadénopathie persistante généralisée (LPG) - primo-infection symptomatique 	<p>Manifestations cliniques chez un adulte ou un adolescent infecté par le VIH ne faisant pas partie de la catégorie C et qui répondent au moins à l'une des conditions suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> -angiomatose bacillaire ; -candidose oropharyngée ; -candidose vaginale persistante ; fréquentes ou qui répond mal au traitement ; -dysplasie du col (modérée ou grave), carcinome in situ ; -syndrome constitutionnel : fièvre (>38,5°C) ou diarrhée supérieure à 1 mois ; -leucoplasie chevelue de la langue ; -zona récurrent ou envahissant plus d'une dermatose ; -purpura thrombocytopénique idiopathique ; -salpingite, en particulier lors de complications par des abcès tubo-ovariens ; -neuropathie périphérique. <p>Cette catégorie est hiérarchique, c'est-à-dire qu'un sujet classé dans la catégorie B ne peut passer dans la catégorie A lorsque les signes cliniques ont disparu.</p>	<p>Cette catégorie correspond à la définition du SIDA chez l'adulte. Lorsqu'un sujet a présenté une des pathologies de cette liste, il est classé définitivement dans la catégorie C :</p> <ul style="list-style-type: none"> - candidose bronchique, trachéale ou pulmonaire ; -candidose oesophagienne ; - Cancer invasif du col ; -Coccidioïdomycoses, disséminée ou extra pulmonaire ; - Cryptococcose extra pulmonaire ; - Cryptosporidiose intestinale supérieure à 1 mois ; - Infection à CMV (autre que le foie, rate ou ganglions) ; - Rétinite à CMV (avec altération de la vision) ; - Encéphalopathie due au VIH ; - Infection herpétique, ulcères chroniques, supérieures à 1 mois, infection bronchique, pulmonaire ou oesophagienne ; -Histoplasmose disséminée ou extra pulmonaire ; - Isosporose intestinale chronique (plus d' 1 mois) ; - Sarcome de Kaposi ; - Lymphomes de Burkitt ; - Lymphome immunoblastique ; - Lymphome cérébrale primaire ; -Infection à mycobactérium Avium ou Kanarese, disséminée, ou extra pulmonaire ; - Infection à mycobactérium tuberculosis, quelque soit le site (pulmonaires ou extra pulmonaires) - Infection à mycobactérie, identifiée ou non, disséminée ou extra pulmonaires ; - Pneumopathie bactérienne récurrente; - Leuco-encéphalite multifocale progressive ; - Septicémie à salmonelle non typhi récurrente ; -Toxoplasmose cérébrale ; - Syndrome cachectique dû au VIH. <p>Nouvelles pathologies ajoutées en 1993.</p>

ANNEXE IV

**ORGANIGRAMME DE
L'EPH DE SIKASSO**



Fiche d'enquête :

Numéro d'identification _____\

Sexe : /____/ 1-Féminin 2-Masculin

Age : /____/ 1-15 à 24 2-25 à 34 3-35 à 44 4- 45 à 54 5- 55 -64

Ethnie : /____/ 1-Bambara 2-Peulh 3- Senoufo 4-Dogon 5-Malinké 6-Miakan
7-Bobo 8- Sonrai

Religion : /____/ 1-Musulman 2-Chrétien 3-Autres

Situation matrimoniale : /____/ 1- Marié(e) 2-Divorcé (e) 3-Célibataire
4-Veuf (ve) 5-Concubinage 6- Indéterminé

Résidence : /____/ 1-sikasso 2-Kadiolo 3-Koutiala 4-Yanfolila 5- Yorosso 6- Kolondieba
7-Bougouni 8 Autres

Nationalité : / / 1-Mali 2- Autres 3-indeterminé

Niveau d'instruction : /____/ 1-Niveau primaire 2- Secondaire 3-Supérieur 4-Non scolarisé
5- Arabophone

Profession : /____/ 1-Ménagère 2-Commerçant 3-Cultivateur 4-
Fonctionnaire 5-Manœuvre 6-informel 7- Autres

Type de VIH : /____/ 1-VIH1 2-VIH2 3-VIH1 et VIH2

Charge virale : / /

CD4 : / / 1-inf 200 ; 2- 200 à 349 ; 3- 350 à 499 ; 4- sup. 500 ; -
5- non déterminé

Connaissez-vous le mode d'emploi de votre traitement : /____/ 1-Oui
2-Non

Vous respectez les RDV : /____/ 1-Oui 2-Non

Si non / / 1-distance 2- manque de moyens 3- état clinique 4- indisponibilité des soignants

Est-ce que vous recevez tous les médicaments pour les Infections opportunistes : /____/
1-Oui 2-non

Si non / / 1-rupture fréquente 2-horaires pharmacie 3- difficultés socioculturelles 4-manque de médicaments 5- autres

Est-ce que vous recevez tous vos ARV : / / 1-Oui 2-Non

Si non / / 1-manque de médicament 2- rupture 3-indisponibilité des soignants

Est-ce que vous avez des Effets secondaires ? /_____/ 1-Oui 2-Non

Est-ce que vous supporter le traitement ? : /_____/ 1-Oui 2-Non

Est-ce que vous êtes bien accueilli ici : /_____/ 1-Oui 2-Non

Si non / / 1- structures inadaptée ; 2- personnel soignant ; 3- Autres

Avez-vous été dépisté ici : /_____/ 1-Oui 2-Non

Si non / / 1- Cseréf ; 2- Cerkes ; 3- CSCom ; 4- centre l'éveil ; 5- Autres

Avez-vous bénéficié d'une éducation thérapeutique : /_____/ 1-Oui 2-Non

Qui suit votre observance ici : /_____/ 1-Medecin 2-Dispensateur 3-Psychologue 3-Autres

Est-ce que vous connaissez les modes de prévention du SIDA ? _____\ 1-Oui 2-Non

Est-ce que vous participez au Groupe de parole ? /_____/ 1-Oui 2-Non

Si non pourquoi ? /_____/ 1-Pas au courant ; 2-pas de temps ; 3-je ne veux pas être connu ; 4- autres

Si oui quels sont les avantages du groupe de parole dans votre PEC ?

Pensez-vous qu'il existe la confidentialité au niveau de la structure ? /_____/ 1-Oui 2-Non

Si non / / 1- Pvvih facilement identifiée ; 2-Contact avec personnel spécifique ; 3- gratuité des médicaments ; 4-delivrance des ordonnances

Quels sont les avantages de la décentralisation selon vous ?

Est-ce que vous avez des difficultés dans la décentralisation de la PEC des PV VIH-SIDA ?

/_____/ 1-Oui 2-Non

Si oui les quelles ?

--Quels sont vos souhaits par rapport à la décentralisation

-Quels sont vos souhaits pour votre satisfaction dans la PEC ?

MERCI POUR VOTRE DISPONIBILITE ET SACHEZ NOUS SOMMES DE CŒUR AVEC VOUS

FICHE SIGNALITIQUE.

Nom : BARRY

Prénom : Djibril

Titre de la Thèse : Qualité de la prise en charge des personnes vivant avec le VIH/SIDA dans le service de médecine de l'hôpital de Sikasso

Année Universitaire : 2007-2008.

Ville de soutenance : Bamako

Pays d'origine : Mali

Lieu de dépôt : Bibliothèque de la Faculté de Médecine de Pharmacie et d'Odontostomatologie de Bamako.

Secteur d'intérêt : santé publique, Infectiologie.

Nous avons mené une étude de type transversal à visée qualitative dans le service de médecine à l'hôpital de Sikasso de mai à décembre 2007 dont le but principal était de contribuer à l'amélioration de la qualité de la prise en charge des personnes vivant avec le VIH/SIDA. Au terme de cette étude portant sur 71 patients séropositifs nous pouvons affirmer que les PV-VIH étaient bien accueillis. Il s'agissait d'une population d'adultes jeunes avec une moyenne d'âge de 39.5 ans et un sex ratio de 1.7 en faveur du sexe féminin. Dans notre **série 62%** ont été dépistés positifs au VIH à l'hôpital et **45%** des patients avaient un taux initial de CD4 inférieur à 200 avec une prévalence du VIH1.

Malgré le bon accueil **66.2%** pensaient qu'il n'y avait pas de confidentialité dans le service.

La rupture des médicaments contre les infections opportunistes, la méconnaissance des groupes de parole et la mauvaise opinion sur l'éducation thérapeutique étaient les difficultés majeures identifiées contre le dynamisme de la prise en charge de qualité.

Quant à la décentralisation des sites de prise en charge **59.15%** de l'effectif pensaient que c'était une bonne approche et pour leur satisfaction la quasi-totalité des patients mettaient l'accent sur le renforcement du plateau technique et du soutien psychosocial.

Mots clés : VIH/ SIDA, Séropositivité, Qualité

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'honoraires.

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

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

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

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

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