

Ministère des enseignements  
Secondaire, supérieur et de  
La recherche scientifique  
Université de Bamako



Année Universitaire 2007/2008

République du Mali  
Un peuple- Un But- Une Foi



Thèse N° : .....



**TITRE**

**CONNAISSANCES, ATTITUDES ET ROLE  
DES ACCOMPAGNATEURS FACE AU VIH/SIDA  
EN MILIEU HOSPITALIER DE BAMAKO**

Présentée et soutenue publiquement le ..... devant la Faculté de Médecine, de  
Pharmacie et d'Odontostomatologie (F.M.P.O.S.)  
Pour obtenir le grade de docteur en Médecine  
(Diplôme d'Etat)

Par :

**Mr. KAJEU OUADJEMOM Patrick-Joël**

**JURY**

**Président du jury : Professeur SAHARE FONGORO**

**Membre du jury : Docteur SAMBA DIOP**

**: Docteur COULIBALY SOULEYMANE**

**Directeur de thèse : Professeur SOUNKALO DAO**

## **ADMINISTRATION**

**DOYEN** : ANATOLE TOUNKARA – PROFESSEUR

**1<sup>er</sup> ASSESSEUR** : **DRISSA DIALLO** – MAITRE DE CONFERENCES

**2<sup>ème</sup> ASSESSEUR** : **SEKOU SIDIBE** – MAITRE DE CONFERENCES AGREGE

**SECRETARE PRINCIPAL**: **YENIMEGUE ALBERT DEMBELE** – MAITRE DE CONFERENCES AGREGE

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

## **LES PROFESSEURS HONORAIRES**

M. Alou BA	: Ophtalmologie
M. Bocar SALL	: Orthopédie Traumatologie Secourisme
M. Souleymane SANGARE	: pneumo-phtisiologie
M. Yaya FOFANA	: Hématologie
M. Mamadou L. TRAORE	: Chirurgie générale
M. Balla COULIBALY	: Pédiatrie
M. Mamadou DEMBELE	: Chirurgie Générale
M. Mamadou KOUMARE	: Pharmacognosie
M. Ali Nouhoum DIALLO	: Médecine Interne
M. Aly GUINDO	: Gastro-Entérologie
M. Mamadou M. KEITA	: Pédiatrie
M. Siné BAYO	: Anatomie-Pathologie-Histologie
M. Sidi Yaya SIMAGA	: Santé Publique, Chef de D.E.R.
M. Abdoulaye Ag RHALY	: Médecine Interne

## **LISTE DU PERSONNEL ENSEIGNANT PAR D.E.R. ET PAR GRADE**

### **D.E.R. CHIRURGIE ET SPECIALITES CHIRURGICALES**

#### **1. PROFESSEURS**

M. Abdel Karim KOUMARE	: Chirurgie Générale
M. Sambou SOUMARE	: Chirurgie Générale
M. Abdou Alassane TOURE	: Orthopédie Traumatologie, <b>Chef de D.E.R</b>
M. Kalilou OUATTARA	: Urologie
M. Amadou DOLO	: Gynéco-obstétrique
M. Alhousseni Ag MOHAMED	: O.R.L.
Mme Sy Assitan SOW	: Gynéco-obstétrique
Mr Salif DIAKITE	: Gynéco-obstétrique
Mr Abdoulaye DIALLO	: Anesthésie-Réanimation

#### **2. MAITRES DE CONFERENCES**

M. Abdoulaye DIALLO	: Ophtalmologie
M. Djibril SANGARE	: Chirurgie Générale
M. Abdel Kader TRAORE dit DIOP	: Chirurgie Générale

M. Gangaly DIALLO	: Chirurgie Viscérale
M. Mamadou TRAORE	: Gynéco-obstétrique
M. Filifing SISSOKO	: Chirurgie Générale
M. Sékou SIDIBE	: Orthopédie –Traumatologie
M. Abdoulaye DIALLO	: Anesthésie –Réanimation
M. Tiéman COULIBALY	: Orthopédie – Traumatologie
Mme TRAORE J. THOMAS	: Ophtalmologie
M. Mamadou L. DIOMBANA	: Stomatologie
Mme DIALLO Fatimata S. DIABATE	: Gynéco-obstétrique
M. Nouhoum ONGOIBA	: Anatomie et chirurgie Générale
M. Sadio YENA	: Chirurgie Générale et Thoracique
M. Youssouf COULIBALY	: Anesthésie –Réanimation

### **3. MAITRES ASSISTANTS**

M. Issa DIARRA	: Gynéco- Obstetrique
M. Samba Karim TIMBO	: O.R.L.
Mme TOGOLA Fanta KONIPO	: O.R.L.
M. Zimogo Zié SANOGO	: Chirurgie Générale
Mme Diénéba DOUMBIA	: Anesthésie –réanimation
M. Zanafon OUATTARA	: Urologie
M. Adama SANGARE	: Orthopédie –Traumatologie
M. Sanoussi BAMANI	: Ophtalmologie
M. Doulaye SACKO	: Ophtalmologie
M. Ibrahim ALWATA	: Orthopédie –Traumatologie
M. Lamine TRAORE	: Ophtalmologie
M. Mady MACALOU	: Orthopédie –Traumatologie
M. Aly TEMBELY	: Urologie
M. Niani MOUNKORO	: Gynéco- Obstétrique
M. Tiemoko D. COULIBALY	: Odontologie
M. Souleymane TOGORA	: Odontologie
M. Mohamed KEITA	: Oto- Rhino- Laryngologie
M. Bouraima MAIGA	: Gynéco- Obstétrique

## **D.E.R. DE SCIENCES FONDAMENTALES**

### **1. PROFESSEURS**

M. Daouda DIALLO	: Chimie Générale et Minérale
M. Amadou DIALLO	: Biologie
M. Moussa HARAMA	: Chimie Organique
M. Ogobara DOUMBO	: Parasitologie –Mycologie
M. Yénimégué Albert DEMBELE	: Chimie Organique
M. Anatole TOUNKARA	: Immunologie, Chef de D.E.R.
M. Bakary M. CISSE	: Biologie
M. Abdourahmane S. MAIGA	: Parasitologie
M. Adama DIARRA	: Physiologie
M. Massa SANOGO	: Chimie Analytique
M. Mamadou KONE	: Physiologie

## **2. MAITRES DE CONFERENCES**

M. Amadou TOURE	: Histo- embryologie
M. Flabou BOUGOUDOGO	: Bactériologie- Virologie
M. Amagana DOLO	: Parasitologie
M. Mahamadou CISSE	: Biologie
M. Sékou F. M. TRAORE	: Entomologie médicale
M. Abdoulaye DABO	: Malacologie, Biologie Animale
M. Ibrahim I. MAIGA	: Bactériologie-Virologie

## **3. MAITRES ASSISTANTS**

M. Moussa Issa DIARRA	: Biophysique
M. Kaourou DOUCOURE	: Biologie
M. Bouréma KOURIBA	: Immunologie
M. Souleymane DIALLO	: Bactériologie-Virologie
M. Cheik Bougadari TRAORE	: Anatomie-Pathologie
M. Lassana DOUMBIA	: Chimie Organique
M. Mounirou BABY	: Hématologie
M. Mahamadou A. THERA	: Parasitologie
M. Mangara M. BAGAYOKO	: Entomologie Moléculaire Médicale
M. Guimogo DOLO	: Entomologie Moléculaire Médicale
M. Abdoulaye TOURE	: Entomologie Moléculaire Médicale
M. Djibril SANGARE	: Entomologie Moléculaire Médicale
M. Mouctar DIALLO	: Biologie-Parasitologie
M. Boubacar TRAORE	: Immunologie

## **4. ASSISTANTS**

M. Bokary Y. SACKO	: Biochimie
M. Mamadou BAH	: Biologie, Parasitologie, Entomologie Médicale
M. Moussa FANE	: Parasitologie, Entomologie

## **D.E.R. DE MEDECINE ET SPECIALITES MEDICALES**

### **1. PROFESSEURS**

M. Mamadou K. TOURE	: Cardiologie
M. Mahamane MAIGA	: Néphrologie
M. Baba KOUMARE	: Psychiatrie, Chef de D.E.R.
M. Moussa TRAORE	: Neurologie
M. Issa TRAORE	: Radiologie
M. Hamar A. TRAORE	: Médecine Interne
M. Dapa Aly DIALLO	: Hématologie
M. Moussa Y. MAIGA	: Gastro-Entérologie Hépatologie
M. Somita KEITA	: Dermato-Leprologie

## **2. MAITRES DE CONFERENCES**

M. Toumani SIDIBE	: Pédiatrie
M. Bah KEITA	: Pneumo-Phtisiologie
M. Boubakar DIALLO	: Cardiologie
M. Abdel Kader TRAORE	: Médecine Interne
M. Siaka SIDIBE	: Radiologie
M. Mamadou DEMBELE	: Médecine Interne
Mme SIDIBE Assa TRAORE	: Endocrinologie
M. Mamady KANE	: Radiologie
M. Saharé FONGORO	: Néphrologie
M. Bakoroba COULIBALY	: Psychiatrie
M. Bou DIAKITE	: Psychiatrie
M. Bougouzié SANOGO	: Gastro-Entérologie
M. Sounkalo DAO	: Maladies Infectieuses
M. Adama D. KEITA	: Radiologie

## **3. MAITRES ASSISTANTS**

Mme TRAORE Mariam SYLLA	: Pédiatrie
Mme Habibatou DIAWARA	: Dermatologie
M. Daouda K. MINTA	: Maladies Infectieuses
M. Kassoum SANOGO	: Cardiologie
M. Seydou DIAKITE	: Cardiologie
M. Arouna TOGORA	: Psychiatrie
Mme DIARRA Assétou SOUCKO	: Médecine Interne
M. Boubacar TOGO	: Pédiatrie
M. Mahamadou TOURE	: Radiologie
M. Idrissa CISSE	: Dermatologie
M. Mamadou B. DIARRA	: Cardiologie
M. Anselme KONATE	: Hépto-Gastro-Entérologie
M. Moussa T. DIARRA	: Hépto-Gastro-Entérologie
M. Souleymane DIALLO	: Pneumologie
M. Souleymane COULIBALY	: Psychologie
M. Cheïck Oumar GUINTO	: Neurologie

## **D.E.R. DES SCIENCES PHARMACEUTIQUES**

### **1. PROFESSEURS**

M. Boubacar Sidiki CISSE	: Toxicologie
M. Gaoussou KANOUTE	: Chimie Analytique, Chef de D.E.R.

### **2. MAITRES DE CONFERENCES**

M. Ousmane DOUMBIA	: Pharmacie Chimique
M. Drissa DIALLO	: Matière Médicales

M. Boulkassoum HAIDARA : Législation  
M. Elimane MARIKO : Pharmacologie  
M. Alou KEITA : Galénique  
M. Benoît KOUMARE : Chimie Analytique

### **3. MAITRES ASSISTANTS**

M. Ababacar MAIGA : Toxicologie  
M. Yaya KANE : Galénique  
Mme Rokia SANOGO : Pharmacognosie  
M. Saïbou MAIGA : Législation  
M. Ousmane KOITA : Parasitologie Moléculaire

### **4. ASSISTANTS**

## **D.E.R. DE SANTE PUBLIQUE**

### **1. PROFESSEUR**

M. Sanoussi KONATE : Santé Publique

### **2. MAITRES DE CONFERENCES**

M. Moussa A. MAIGA : Santé Publique  
M. Mamadou Sounkalo TRAORE : Santé Publique

### **3. MAITRES ASSISTANTS**

M. Bocar G. TOURE : Santé Publique  
M. Adama DIAWARA : Santé Publique  
M. Hamadoun SANGHO : Santé Publique  
M. Massambou SACKO : Santé Publique  
M. Alassane A. DICKO : Santé Publique  
M. Samba DIOP : Anthropologie Médicale  
M. Seydou DOUMBIA : Epidémiologie

### **4. ASSISTANTS**

M. Oumar THIERO : Biostatistique  
M. Seydou DIARRA : Anthropologie Médicale

## **CHARGES DE COURS ET ENSEIGNANTS VACATAIRES**

M. N’Golo DIARRA	: Botanique
M. Bouba DIARRA	: Bactériologie
M. Salikou SANOGO	: Physique
M. Boubacar KANTE	: Galénique
M. Souleymane GUINDO	: Gestion
Mme DEMBELE Sira DIARRA	: Mathématiques
M. Modibo DIARRA	: Nutrition
Mme MAIGA Fatoumata SOKONA	: Hygiène du milieu
M. Mahamadou TRAORE	: Génétique
M. Yaya COULIBALY	: Législation
M. Lassine SIDIBE	: Chimie Organique

## **ENSEIGNANTS EN MISSION**

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

# DEDICACES ET REMERCIEMENTS

---

## DEDICACES

Nous dédions ce travail :

☞ **A DIEU Tout Puissant, Clément et Miséricordieux.**

Père très saint, tu m'as toujours couvert de grâces multiples.

En dépit de mes infidélités, tu es resté attentif et patient.

Tu es mon seul recours et demeure mon unique secours.

Seul tes promesses sont fermes et sûres.

Chaque jour qui passe est une occasion de te dire merci.

J'aimerai en ce jour t'exprimer de façon exponentielle mon éternel reconnaissance.

☞ **A ma tendre mère, regretté NDZEKO Pauline :**

Fier fruit de tes entrailles.

Je veux rendre hommage à ton engagement sans faille.

Malgré ton passage bref en cette vie, tu as réussi à nous transmettre les vertus de la persévérance dans l'effort. L'amour du prochain, le désir d'apaiser les souffrances et le souci permanent de l'excellence qui te caractérisait ont éclairé chaque jour mes décisions et orientations.

Je serai fidèle aux vertus de la famille que tu m'as inculquées.

Je sais combien tu es comblé de ce qui se passe ce jour.

De là où tu te trouves, reçoit ce modeste témoignage de mon affection.

☞ **A mon chère père, OUADJIEMOM Claude :**

Exemple de courage, de perspicacité et de témérité.

Tu es sans doute l'homme le plus fort et le plus grand du monde.

Pour avoir porté toute ta vie une agonie, tu as travaillé et braver les obstacles pour qu'on ne manque de rien. Chaque conseil que tu m'as donné est resté gravé dans ma tête. Les valeurs du travail et de l'innovation que tu nous as transmises m'ont guidé et m'ont permis de réaliser ce travail. C'est un vieux rêve qui se réalise. Ce travail est le tien et je souhaite qu'il couronne tes sacrifices.

☞ **A mon adorable maman, Mme NYATT née NJAMEN Augustine :**

La bonté de ton cœur et les immenses sacrifices que tu as consentis toute ta vie pour notre bien être ne sont pas quantifiable.

Toi qui m'as tout appris depuis les premiers jours.

Toi qui me connais mieux que quiconque.

Toi qui ferais tout pour que je réussisse.

Trouve dans ce travail l'aboutissement d'une éducation que tu auras su construire avec un amour sublime et un art singulier.

☞ **A mon papa bien aimé, Mr NYATT Jean :**

Au terme de ma mission, j'ai le plaisir et la fierté de te remettre cette thèse.

Je ne puisse m'empêcher de te dédier ce travail qui pour moi est aussi le tien.

J'ai grandi à tes coté, tu m'as initié à l'école de la vie.

Toi qui jusque là assure avec efficacité ta mission, que le seigneur te couvre de ses bénédictions. Merci papa pour ton soutien incommensurable. Tu es un exemple de la force de la fratrie. Trouve ici l'expression de ma reconnaissance, de mon amour.

☞ **A mes tantes, maman NGASSAM Manette et maman TCHUINGWA Cores :**

Les mots me manquent pour exprimer votre place et grandeur dans ma vie.

Les énormes sacrifices que vous faites, les risques que vous encourez nuits et jours pour subvenir à nos besoins me laissent les larmes aux yeux.

Famille modeste que nous sommes, votre engagement nous a permis de comprendre qu'en se serrant les coudes on peut y arriver.

Par amour vous avez soutenu ce travail depuis les premiers instants.

Par amour je vous dédie le résultat.

Vous avez cru en moi et grâce à vous je suis docteur.

En l'absence de mines d'or et de trésors, recevez ici toute ma gratitude.

Que le seigneur Dieu Tout Puissant vous protège.

☞ **A mon grand frère, NGASSAM William:**

Tu as été le premier à me donner, précocement, le goût de la science.

Tu as été l'initiateur de mon séjour au Mali.

Bien que longtemps distant physiquement, saches que pendant tout ce temps l'affection, l'estime et le respect que j'ai pour toi et pour les valeurs que tu incarnes n'ont cessé de grandir. Tu as toujours été un modèle et ton souci permanent de me voir réussir m'a habité tout au long de ce travail. Il atteste la preuve de la justesse de ta décision de m'envoyer au Mali pour mes études universitaires et médicales. Trouve ici ta satisfaction.

☞ **A mes grandes sœurs chéries, NDJAMGA Judith et Mme AYDIN née OUAMEGNI Yolande :** Les mots ne suffiraient pas à vous témoigner mon amour et ma reconnaissance. Dieu Seul sait les sacrifices que vous faites pour que je sois instruis. Ce travail est aussi la récompense de vos attentions d'aînées. Puisse-t-il vous combler de bonheur. Nos parents nous ont appris les valeurs de la famille. Restons soudés, on y arrivera. Je vous aime.

☞ **A mes grand parents, NDEMEN Elisabeth et regretté PETNGA François :**

Vous avez toujours œuvré pour l'amour et l'impartialité dans la famille. Grand-mère, tu restes notre facteur d'union, notre patrimoine. Que Dieu t'Accorde longue vie pour que tu puisses jouir pleinement des fruits de ton travail. Grand père, repose en paix.

☞ **A mon oncle PETNGA GUY et son épouse NGABIA Edine (Mimi De Paris) :** Je vous remercie pour votre confiance, pour l'amour et le soutien constant.

☞ **A Isabelle CŒUR, Emmanuel TCHADA, Ilkay AYDIN :** Vous qui partagez notre quotidien, nos souffrances et nos instants de bonheur, on ne peut s'empêcher de penser à vous en ces moments.

☞ **A mes frères et sœurs, TCHANGA Franklin, NDEMEN Gaëlle, WANDJI Liliane, NJUMBE Daniel, ETOKA Diane, NJAMEN Dorine, PANDO Patrick, NYATT Achille, NDEMEN Doris, NDZEKO Larissa, NDZEKO Joseline, FOPEUSSI Christelle, PETNGA Landry, PETNGA Kévin, PETNGA Audrey, PETNGA Yvan, MBOYO Audrey, NGASSAM Pauline, MBANKEU Serges, EFAUSSI Annette, Sophie, TCHAMBA Emmanuel, NONKEU Jean-Marie, NKUIMI Mélanie, TCHAMI Sylvie :** Pour votre amour et vos incessantes prières, puisse ce travail vous inspirer.

☞ **A toutes les familles frappés par le VIH :** Dieu Seul sait combien elles sont nombreuses de part le monde. Pour vaincre ensemble unissons nous contre ce fléau. Puisse ce travail vous donner une lueur d'espoir car « *la lutte continue* ».

## REMERCIEMENTS

☞ **Au Cameroun** : Berceau de nos ancêtres, ma chère patrie, ma terre chérie, pays que j'aime tant.

☞ **Au Mali** : Ma patrie d'adoption. Terre d'accueil et d'hospitalité. Grâce à vous l'intégration africaine est une réalité. Les fruits de mon passage chez vous seront à jamais graver en moi.

☞ **A tous mes maîtres de la FMPOS de Bamako** : Pour la qualité des enseignements qui nous ont été prodigués et surtout pour l'humilité dont vous faites preuve au quotidien.

☞ **A ETONGUE Edith Flore** : Fleur de beauté et de bonté. La belle flamme qui est née de notre rencontre est éternelle. Ta loyauté et ta fidélité ont été pour moi une vive source d'inspiration. Nous avons aujourd'hui la preuve que l'amour peut résister au temps et à l'espace. Des mots ne suffiraient pas à te témoigner ma reconnaissance et mon affection.

☞ **A mes frères du Mali, KUETCHE Patrick, DAKAYI Claude, NAOUSSI Christian, Mahamadou DABOU TRAORE dit Pif** : Nous avons fait connaissance de façon tout à fait spontanée et d'emblée nous nous sommes découvert une forte affinité. Cette relation faite de hauts et de bas, de rires et de pleurs, nous a solidement uni. Des personnes qui s'acceptent mutuellement, se respectent réciproquement et s'aiment profondément. Entre les mains du Seigneur je remets cette amitié afin que les graines qui ont germé ici puissent donner de beaux fruits partout ailleurs.

☞ **A mes amies et sœurs du Mali, Dr FOALENG Sonia, METIEGAM Ariane, FONDJO Armelle, TADIE Minette, KWABONG Dorvale, NDJOKO Xaviéra, KUIDJEU Judith** : Vous avez fait preuve de beaucoup de compréhension et patience à mon égard car je n'ai pas toujours été facile à vivre. Je vous en remercie et vous en serai toujours reconnaissant. Je vous remercie pour ces moments de partage fraternel. Que l'Eternel vous Bénisse.

☞ **A notre promotion SO.SERE** : **DAKAYI Claude, KUETCHE Patrick, Dr DJOMO Irène, MOGUE Tidiane, DOMCHE Xavier, DIKONGUE Fred, WANDJI Serges, Dr TAMGA Denise, TSITOL Alice, Dr TCHOUPA Micheline, NKOUMOU Arnaud, Dr FOTSO Bertrand, Dr NGO LISSOM Marlyse, Dr FOKAM Olive, Dr LOWE Yolande,**

**MEKIEJE Pamela, TCHIENGUE Thierry, ZE Jean Philippe, Loïc NLOM, DISSO Carole, FOTSO Serges, ATIKATOU Djibrilla, Mr. NYOBE John** : Une bibliothèque ne suffirait pas à résumer tout ce qu'on a vécu ces huit dernières années. Nous avons partagé tellement d'émotions, nous avons fait preuve de solidarité, de maturité et d'innovation. Je sais que le meilleur reste à venir.

Je vous aime tous.

**Mention spéciale à Irène et Tidiane** : Avec qui j'ai toujours travaillé. J'ai passé des semaines et des mois avec vos cours et vous avez continué à m'en donner à chaque fois avec la même spontanéité. Je vous ai souvent mis en retard dans le travail mais on a continué ensemble. En vous se cachent de cœurs grands comme le monde.

Simplement merci.

☞ **Aux Dr, NGASSA Patrick, NDJEUKAM Christian, FOAPON Thierry Lamaré et à Mlle EDIMO Rachelle** : Vous qui m'avez reçu dans ce pays, qui avez guidé mes premiers pas et avez facilité mon intégration. C'est grâce à vous que j'ai pu réaliser ce parcours. Je vous remerci pour votre légendaire disponibilité et votre sens du partage. Mille fois merci.

☞ **A mes aînés de Bamako, Dr KENFACK, Dr TAKAM, Dr KAMLEU, Dr AKWO, Dr TSACHOUA, Dr DJEUTCHEU, Dr TINE, Dr NGOKA, Dr TOUKO, Dr EPOK, Dr MAGADJI, Dr TALLA, Dr FOTSING, Dr BOTORO, Dr SIMO, Dr EBELLE, Dr KAHAM, Dr TEDOGMO, Dr MOGUE, Dr TJEEGA, Dr KOUGUE, Dr YOUCHE, Dr FOKUI, Dr TCHONKO, Dr KAMSI, Dr NDJOUFACK, Dr TABETH Hilaire, Dr SOB, Dr SIMO, Dr NJAPOUOP** : Je vous remercie pour vos conseils et pour votre soutien indéfectible.

☞ **A mes amis du Cameroun, LIBAM, MOUSSANGO, TAKAM, TAMEHE, DJEUMENI, SOUMA, NJOUNDA, ASSECK, ABESOLO, AKOPE, ENGOME et à tous mes camarades du lycée bilingue de Limbé** : En ce jour je pense fort à vous et à tous les instants passés ensemble.

☞ **A mes amis de Bamako, DIKONGUE Fred, DOMCHE Xavier, TALA Yannick, NJAPOM Léopold, MALONGTE Yannick, TAYEM Patrick, OBAM Serges, Tidiane BAKAYOKO, Dantouma KOITA, Moussa DABO, Youssouf, Radical, Nouhoum NGUINDO** : Pour les instants de partage.

☞ **A mes collègues du SMIT : Kalil DICKO, Oumar N'DAO, Nampouzanga DEMBELE, Sall BAH, Dr Damissa COULIBALY, Youssouf TRAORE, DOLO, CISSE, Carine KOUNDE, Cheick DIOUF, Dr Massahoudou ALLA-SENE, TABOUE Géraldine, Stéphanie, AKONDE Noé, Charles KONE, Robert DIARRA, Tidiane MOGUE, Rachida SOULEY : Bonne chance à vous tous.**

☞ **A mes cadets de Bamako, MATIP Christian, TAPOKO Franck, Eric, Joël, Clarisse, Martine, Claire, Thierry, Rodrigue T, Rodrigue D, Jean-Odilon, Parfait, Guy Bertrand, Dauphin, Pamela : Afin que ce travail vous inspire.**

☞ **A l'Association des élèves, étudiants et stagiaires camerounais au Mali : Tu nous a permis de nous épanouir durant ce long séjour. Je te souhaite longue vie afin que tu puisses servir les générations à venir.**

☞ **Aux promotions de l'AEESCM :**

- **FAMILLE +, LSE, ASPRO, PREMIUM : Nos chers aînés.**
- **ASTRA : TCHOMTCHOUA, KOUDJOU, WEMBE, SIGHOKO, NGNIPOHO**
- **SATRE : TCHEYIEP, NGADJEU, KAMKUMO, WAMBO, MOYO, IROUME, EKOUMELON**
- **SEGALEN : Ariana NJANJA, SIMO, TONSI, BENA, MAKOUNGANG, MENTZ, TCHAWA, Pélagie**
- **PRADIER : Christelle NANA, FOUELEFACK, BILONG, SIMO Hervé, SIMO Brice, Stéphanie, Migranche, Chanceline, Natacha, EKENG**
- **CESAR : Fady, Corine, Laurelle, Michella, PIDJEU**
- **DEGAULE : Richard, Gwladys,**
- **SPARTE**

☞ **A la grande famille RASERE : Je porterai partout le témoignage de vos valeurs et de vos actions. Comme vous le dites si bien : « la parole n'est que la parole, la puissance réside dans l'action ». *Aw ni ce kosebe !***

Exercice difficile que de faire des remerciements sans oublier certaines personnes. Je voudrais ici remercier tous ceux qui de près ou de loin m'ont soutenu durant ces années. Sachez que je vous porte tous dans mon cœur.

# HOMMAGES AUX MEMBRES DU JURY

---

A Notre maître et président du jury : Professeur SAHARE Fongoro

- Spécialiste en Néphrologie et en Hémodialyse
- Maître de conférence à la FMPOS
- Chevalier national du mérite de la santé

*Cher maître,*

*Votre disponibilité, votre curiosité scientifique, votre endurance sont là quelques unes des qualités, qui nous ont forcé l'admiration.*

*Plus qu'un maître, vous êtes pour nous un modèle et un exemple d'humilité.*

*Merci pour les journées et soirées entières consacrées pour l'amélioration de ce travail.*

*Trouvez ici l'expression de notre gratitude.*

A notre maître et juge : Docteur Samba DIOP

- Maître Assistant à la FMPOS
- Diplômé en Anthropologie médicale, en Science de la Vie, de la Nature et de la Terre.
- Chercheur au programme de recherche du SEREFO

*Cher Maître,*

*C'est plus qu'un honneur que vous nous faites en acceptant de juger ce travail.*

*Vos qualités d'homme de science, votre esprit de recherche, votre simplicité nous ont impressionné.*

*Vos critiques et suggestions ont largement amélioré la qualité de ce travail.*

*Cher Maître, c'est du fond de cœur que nous vous remercions.*

A notre maître et juge : Docteur Souleymane COULIBALY

- Maître assistant à la FMPOS
- Spécialiste en Psychologie

*Cher maître,*

*C'est un plaisir pour nous d'avoir eu des moments d'entretiens, de partages avec vous pour ce travail.*

*Vous êtes resté disponible, les bras ouverts pour nous et cela malgré vos multiples occupations. Homme chaleureux, simple, aimant le travail ordonné trouvez ici cher maître nos sincères remerciements.*

A notre maître et directeur de thèse : Professeur Soukalo DAO

- Praticien hospitalier au SMIT
- Diplômé des maladies infectieuses et tropicales
- Maître de conférence à la FMPOS
- Chercheur au programme de recherche du SEREFO et NIAD/NIH/FMPOS

*Cher Maître,*

*Nous n'avons pas de mots pour traduire nos sentiments.*

*Plus que le Maître, vous représentez pour nous un frère.*

*Vos qualités humaines et surtout votre rigueur scientifique ont fait de vous un homme apprécié par tous que nous tenterons de ressembler.*

*Ces qualités couplées à votre modestie nous ont impressionné.*

*Vous avez cultivé en nous l'esprit du travail bien fait, la méthode et la précision.*

*Nous sommes fiers d'avoir été parmi vos étudiants.*

*Veillez recevoir, Cher Maître, nos remerciements sincères et notre reconnaissance.*

<b><u>SOMMAIRE</u></b>	
	<b><u>Pages</u></b>
<b>LEXIQUE DES ABREVIATIONS ET SYMBOLES</b>	<b>3</b>
<b>INTRODUCTION</b>	<b>4</b>
<b>OBJECTIFS</b>	<b>7</b>
<i>1) Objectif général</i>	<b>7</b>
<i>2) Objectifs spécifiques</i>	<b>7</b>
<b>GENERALITES</b>	<b>8</b>
<i>1) Historique</i>	<b>8</b>
<i>2) Epidémiologie</i>	<b>9</b>
<i>2.1) Agent pathogène</i>	<b>9</b>
<i>2.2) Structure du VIH</i>	<b>10</b>
<i>2.3) Génome et variabilité génétique du VIH</i>	<b>11</b>
<i>2.4) Cycle répliatif des VIH</i>	<b>12</b>
<i>2.5) Cellules cibles des VIH</i>	<b>13</b>
<i>2.6. Histoire naturelle du VIH</i>	<b>14</b>
<i>2.7) Situation au Mali</i>	<b>17</b>
<i>2.8) Transmission du VIH</i>	<b>18</b>
<i>2.9) Diagnostic biologique de l'infection</i>	<b>19</b>
<b>3) Physiopathologie.</b>	<b>20</b>
<i>3.1) Mécanisme des troubles immunologiques</i>	<b>20</b>
<i>3.2) Mécanisme des troubles cliniques</i>	<b>21</b>
<b>4) Infections opportunistes au cours du SIDA</b>	<b>21</b>
<i>4.1) Atteintes pulmonaires</i>	<b>22</b>
<i>4.2) Atteintes digestives</i>	<b>23</b>
<i>4.3) Atteintes neurologiques</i>	<b>24</b>
<i>4.4) Atteintes cutanées</i>	<b>25</b>
<i>4.5) Ophtalmologique</i>	<b>26</b>
<i>4.6) Hématologique et oncologique</i>	<b>26</b>

<i>4.7) Rénale, cardiaque, endocrinienne, rhumatologique</i>	<b>27</b>
<i>4.8) Les infections opportunistes les plus fréquentes au cours du SIDA</i>	<b>27</b>
<i>4.9) Traitement des infections opportunistes (IO)</i>	<b>28</b>
<b>5) Traitement antirétroviral selon le protocole de prise en charge national du Mali</b>	<b>29</b>
<i>5.1) Principes du traitement ARV</i>	<b>29</b>
<i>5.2) Protocoles thérapeutiques antirétroviraux chez l'adulte et l'adolescent</i>	<b>30</b>
<b>6. Notion sur la solidarité familiale en Afrique</b>	<b>39</b>
<i>6.1) Les personnes impliquées dans le soutien</i>	<b>41</b>
<b>MATERIEL ET METHODE</b>	<b>43</b>
<b>RESULTATS</b>	<b>47</b>
<b>COMMENTAIRES ET DISCUSSIONS</b>	<b>70</b>
<b>CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS</b>	<b>77</b>
<b>REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES</b>	<b>79</b>
<b>ANNEXES</b>	<b>84</b>

## LEXIQUE DES ABREVIATIONS ET SYMBOLES

ADN :	Acide désoxyribonucléique
ARN :	Acide Ribonucléique
CDC :	Center of Diseases Control
CD4:	Cluster of Differentiation 4
CMV :	Cytomegalovirus
Cp:	Comprimé
DCI :	Dénomination commune internationale
EDSIII :	Troisième enquête démographique et de santé au Mali
Gél :	Gélule
IMAARV	Initiative malienne d'accès aux antiretroviraux
INNTI :	Inhibiteur non nucléosidique de la transcriptase inverse
INTI :	Inhibiteur nucléosidique de la transcriptase inverse
IP :	Inhibiteur de Protéase
IO :	Infection opportuniste
J :	Jour
LCR :	liquide céphalorachidien
Kg:	Kilogramme
OMS:	Organisation mondiale de la santé
ONU :	Organisation de nations unies
PVVIH :	Personnes vivant avec le virus de l'immunodéficience humain
TME :	Transmission mère-enfant
SIDA :	Syndrome immunodéficience acquise
SMIT :	Service de maladies infectieuses et tropicales
SNC :	Système nerveuse central
VIH :	Virus de l'immunodéficience humain
% :	Pourcentage

# INTRODUCTION

## INTRODUCTION

Le SIDA est un défi majeur pour le système de santé mondial, crise extraordinaire par son caractère à la fois urgent (première cause de mortalité d'origine virale) et par son impact social et économique à long terme. Malgré les moyens financiers croissants et une implication politique de plus en plus large, l'épidémie continue à avancer plus vite que la riposte mondiale. Aucune région du monde n'est épargnée. L'épidémie reste dynamique et change de caractère au fur et à mesure que le virus explore de nouvelles modalités de transmission [1]. En 1981, les premiers cas de SIDA ont été diagnostiqués aux USA chez les homosexuels [2]. En 1985, le premier cas d'infection à VIH a été décrit au Mali à l'Hôpital Gabriel Touré.

Selon le rapport sur l'épidémie mondiale du SIDA 2007 (ONUSIDA 2007 et OMS), le nombre de personnes vivant avec le VIH/SIDA est de 33,2 millions dont 22,5 millions vivent en Afrique. Le continent africain qui ne contient que 10% de la population mondiale est le plus touché avec plus de 68% des cas. La majorité des malades sont des femmes. C'est aussi le continent qui a le moins de possibilités et de moyens thérapeutiques [3]. Toujours selon ce même rapport, on a noté 2,5 millions de nouvelles infections en 2007 et 2,1 millions de décès dus au SIDA la même année.

On note des chiffres hallucinants :

- Une contamination toutes les six secondes [3]
- Plus de 6 800 nouvelles infections chaque jour [3]
- Une personne meurt du VIH/SIDA toutes les onze secondes [3]
- Presque 5 700 décès chaque jour [3]
- Diminution de 13 ans de l'espérance de vie en Afrique [1]
- La mortalité due au VIH/SIDA en Afrique est 20 fois plus élevée que dans les pays riches [1]

-Botswana et Swaziland : Prévalence record de 35% (espérance de vie effondrée à 35 ans) [1].

-Afrique de l'ouest : Prévalence moindre avec moins de 2% dans plusieurs pays [3]

-Femmes très exposées (13 infectées pour 10 hommes) : surtout les jeunes (45 femmes infectées pour 10 hommes au Kenya et au Mali) [1].

Au Mali, la prévalence des personnes infectées par le VIH/SIDA est de 1,3% selon l'enquête démographique et de santé (EDS IV) en 2006 [22]. Par ailleurs 65% des jeunes ont eu leur premier rapport sexuel avant l'âge de 18 ans, près de 20% des garçons ont eu plus de trois partenaires sexuels dans les douze derniers mois précédents l'enquête, près de la moitié des jeunes n'utilisaient pas le condom par confiance en leur partenaire, enfin deux jeunes interrogés sur trois ne croyaient pas en l'existence du SIDA [4].

Au Mali, le traitement ARV est devenu accessible à tous grâce à l'Initiative malienne d'accès aux antirétroviraux (IMAARV) depuis 2001 et gratuit pour tous les patients infectés par le VIH depuis juin 2004.

La mise sous traitement aux ARV chez les patients infectés par le VIH nécessite une compliance stricte du malade au traitement et dont la participation des aidant naturels (père, mère, frère, tante, cousin, conjoint, ...).

Si l'hospitalisation s'avère nécessaire du fait de l'apparition d'infections opportunistes majeures (altération de l'état du malade) ou si le traitement directement observé ne peut être assuré en ambulatoire, les aidant naturels deviennent des accompagnateurs.

Le recours à la solidarité familiale était d'ailleurs conseillé comme réponse partielle ou totale face aux besoins des personnes infectées par le VIH bien avant que l'on évoque le traitement ARV. En 1994, les difficultés de la prise en charge du SIDA conduisaient l'OMS à déclarer : « *La famille dont les liens*

*s'appuient sur l'amour, la confiance, le ressourcement et l'ouverture sont les mieux placés pour protéger les membres de l'infection et apporter compassion, soins et soutien à ceux qui sont infectés par le VIH ou malades du SIDA » [5].*

La prise en charge communautaire fait désormais l'objet de toute une rhétorique des organismes internationaux qui considèrent la famille comme les « *ressources humaines* » sans lesquelles l'épidémie de VIH ne pourrait être gérée [5].

Le soutien psychologique et moral suppose l'acceptation du statut du patient et le respect de la confidentialité. L'absence de stigmatisation, de rejet ou de condamnation morale des individus, est considérée par le patient comme une manifestation de solidarité qui est encore plus importante à ses yeux que toute forme de soutien financier. Le soutien économique devrait s'accompagner d'autres formes de soutien car, certains patients peuvent bénéficier d'un soutien matériel considérable et se sentir moralement rejetés. D'autres n'ont pas de soutien économique mais perçoivent une remarquable solidarité morale. [5]

C'est ainsi qu'une étude faite dans le service de pneumologie du CHU de Cocody à Abidjan (Cote d'Ivoire) montre que 88% des accompagnateurs dorment à l'hôpital auprès du malade [39]. Quels sont les risques encourus par ces accompagnateurs en terme d'exposition au VIH, d'abandon du malade après connaissance de sa séropositivité, et en terme de vulgarisation du secret médical ?

Cet aspect n'a pas encore été évalué à ce jour au CHU du Point G, d'où la pertinence de ce travail.

## **OBJECTIFS**

### ***1) Objectif général***

Evaluer le niveau de connaissance des accompagnateurs de malades, ainsi que leurs attitudes face à l'infection à VIH /SIDA

### ***2) Objectifs spécifiques***

- 1- Analyser le niveau de connaissance des accompagnateurs sur l'infection VIH /SIDA,
- 2- Analyser l'attitude des accompagnateurs face à leur malade séropositif connu,
- 3- Identifier la nature des différents actes effectués par les accompagnateurs de malades,
- 4- Répertorier les différents problèmes rencontrés par les accompagnateurs de malades au cours de leurs séjours à l'hôpital,
- 5- Evaluer la relation personnelle « accompagnateur – malade » et « accompagnateur - soignant ».

# GENERALITES

---

## GENERALITES

### *1. Historique*

En 1958, le premier sérum positif pour le VIH fut recueilli à *posteriori* et les premiers cas vraisemblables ont été vus en 1977 dans cette même localité [6].

En 1981, ce fut la récupération du premier cas lorsque le docteur Michael GOTTLIEB de l'université de Californie à Los Angeles eut la surprise d'observer en un mois quatre malades d'une trentaine d'année souffrant tous d'une pneumonie à *Pneumocysti cariénii* et ayant un effondrement de leur système immunitaire.

C'est le 5 juin 1981 que le premier cas de ce qui sera dénommé par la suite « Syndrome d'Immunodéficience acquise » sera rapporté par le « *Center for Diseases Control* » (CDC) d'Atlanta dans *The Mortality and Morbidity Weekly Report*.

Dans les années qui suivent cette découverte, les affections dites opportunistes comme le syndrome de Kaposi, des tumeurs rarissimes chez les jeunes furent observés. Alors l'accent à été mis sur le caractère déficitaire de cette maladie [7]. En 1982, on passa de GRID (*Gay Related Immunodeficiency Syndrome*) la désignation commune de l'infection à celle d'AIDS (*Acquired Immunodeficiency Syndrome*) qui est aujourd'hui celle unanimement adaptée.

En 1983, le virus fut isolé sous le nom de LAV (*Lymphadénopathy Associated Virus*) dans les cultures de lymphocytes T provenant d'un patient atteint de syndrome de lymphadénopathies à l'Institut Pasteur par l'équipe du professeur Luc MONTAGNIER [8, 9].

En 1984, SAFAI-GALLO et son équipe reconnaissent 100% des patients atteint de SIDA positif pour l'anticorps anti-HTLV-3 (*Human T Lymphotropic Virus*) qui fut identifié au LAV et rebaptisé VIH [7].

En 1985, l'activité de la Zidovudine (AZT) fut confirmée et le mois suivant on assiste à la commercialisation du premier test de dépistage sérologique. La classification du virus du SIDA fut donnée par le CDC d'Atlanta en 1993.

En 1995, le développement des bithérapies et la mesure de la charge virale ont eu lieu. Ce fut ensuite l'avènement de la trithérapie dans la prise en charge médicale du SIDA. Depuis, les découvertes n'ont cessé de croître. Cependant de gros efforts restent à fournir pour comprendre la complexité du VIH et de promouvoir la recherche vaccinale [6].

## ***2. Epidémiologie***

### ***2.1. Agent pathogène***

Le Virus de l'immunodéficience humaine appartient à la famille des retroviridae qui est divisée en 3 sous familles en accord avec WEISS et Coll. [10, 11] : Les oncovirus, les lentivirus, les spumavirus. Ils comprennent 2 types : le VIH-1 et le VIH-2 ; tous deux des particules virales de forme sphérique d'environ 100nm de diamètre enveloppées. Ces rétrovirus ont en commun certaines caractéristiques :

- Leur matériel génétique est constitué d'Acide Ribonucléique (ARN) ;
- Ils possèdent tous une enzyme : La transcriptase inverse ou reverse.

Cette enzyme a une variabilité génétique très complexe de telle sorte que deux souches de VIH ne sont jamais semblables et que chez un même individu le virus est présent sous forme de « micro-variants » génétiquement reliés les uns aux autres. Cette variabilité a des conséquences tant sur le plan épidémiologique, diagnostique, thérapeutique que vaccinal pour le VIH-1. En revanche l'impact des différents sous types de VIH-2 n'est pas encore très bien élucidé [12]. Le VIH est inactivé par la plupart des procédés physiques et chimiques utilisés en vue de désinfection ou stérilisation [7]. Cette inactivation après dessiccation est complète en 3 à 7 jours.

Le VIH est un virus thermosensible, inactivé également par chauffage à 56° C pendant 30min, en moins de 15min et à une température supérieure à 100° C ou autoclave [13]. Il peut survivre en solution aqueuse, plus de 15 jours à température ambiante (23-27° C) et plus de 11 jours à 37° C dans le milieu extérieur. Cependant le virus résiste aux radiations ionisantes quelque soit la dose utilisée [13]. Certains désinfectants comme l'eau de javel, les aldéhydes inactivent le virus à des concentrations différentes. Concernant les antiseptiques, l'éthanol et l'alcool à 70%, la povidone iodée agissent suivant le temps. D'autres agents chimiques actifs peuvent être cités : produits iodés à 10%, le phénol, l'eau oxygénée, le formaldéhyde à 0,1%.

## ***2.2. Structure du VIH***

L'organisation génomique du VIH est schématisée sur la figure ci-dessous. Comme tous les lentivirus, le VIH est un virus à ARN simple brin positif. L'ADN polymérase ARN-dépendante, ou transcriptase inverse, est empaqueté dans le nucléoïde du virion, et elle est responsable de la réplication du génome de l'ARN simple brin en un ADN intermédiaire double brin, qui à son tour s'intègre dans le génome de la cellule hôte pour former le provirus. Les principales protéines de structure de la partie centrale du VIH-1 sont la protéine p24 de la capsid et la protéine p17 de la matrice, indiquées sur la figure ci-dessous. Une enveloppe comportant une double couche de lipides, qui entoure les structures protéiques de la partie centrale du virus, dérive de la membrane limitante externe de la cellule hôte quand le virus néoformé par réplication sort de la cellule hôte par bourgeonnement, en s'entourant d'un fragment de cette membrane. Les glycoprotéines d'enveloppe gp120 et gp41 criblent cette membrane virale externe ; elles sont codées par des gènes spécifiques du virus, et elles sont responsables de l'attachement du virus à la cellule, et sa pénétration dans celle-ci. [20]

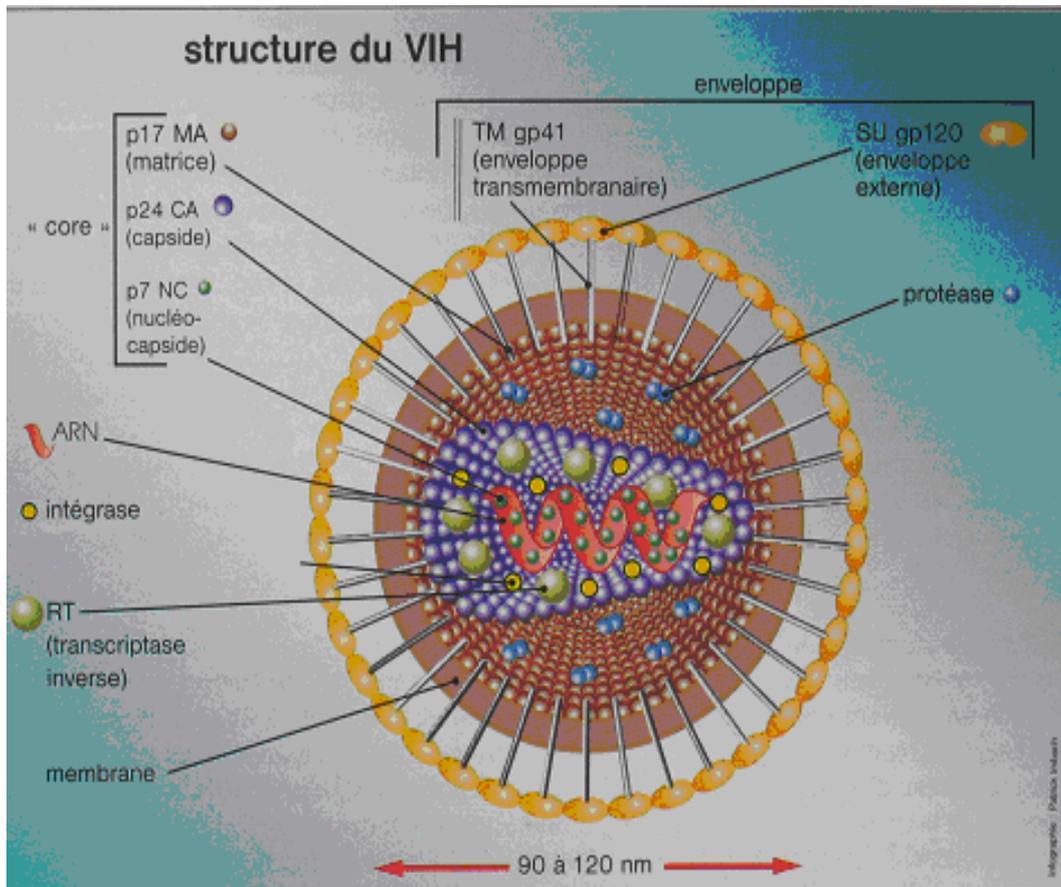


Figure 1 : Structure du VIH

### 2.3. Génome et variabilité génétique du VIH

Il existe de très nombreux virus VIH génétiquement très proches. Pour le VIH1, nous avons deux groupes distincts : M et O. Le groupe M (majoritaire) regroupe 9 sous-types (A, B, C, D, F, G, H, J, K). En France et dans les pays occidentaux, le sous type B prédomine, et dans le reste du monde c'est le sous-type C qui domine. Le VIH est par ailleurs caractérisé par une grande variabilité génétique à l'intérieur même des sous-types. Le taux de ces mutations est d'environ 1 pour 10 000 virus produits. [19]

Des phénomènes de recombinaison génétique chez les sujets co-infectés par des sous types distincts de VIH1 sont également à l'origine de nouveaux virus recombinants. Les VIH.1 du groupe O (Outlier) identifiés au Cameroun et au Gabon sont plus rares. Il en est de même des infections au VIH1 du groupe N identifié au Cameroun. Les phylogénétiques récemment établies entre les virus N et des SIV de chimpanzés indiquent que des évènements d'anthropozoonose pourraient être à l'origine de l'infection VIH1.

#### 2.4. Cycle répliatif des VIH

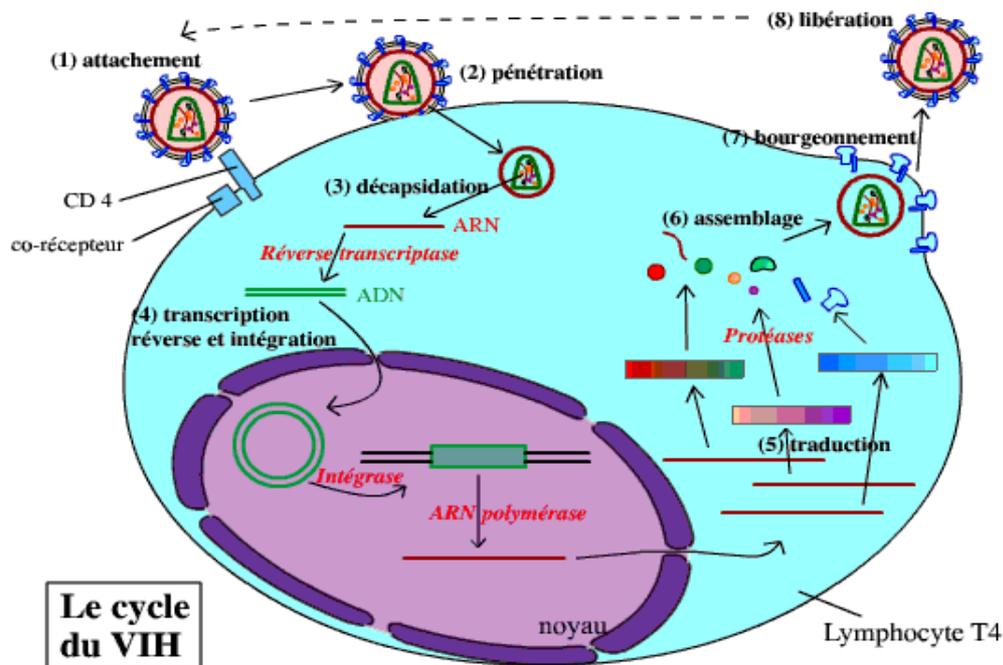


Figure 2: Le cycle du VIH

<i>Légende</i>	
<b>(1) attachement</b> Le virus se fixe sur le lymphocyte T4, par reconnaissance entre la protéine virale gp120 et la protéine CD4 du lymphocyte (ainsi qu'un co-récepteur).	<b>(5) traduction</b> Après avoir été transcrits par l'ARN polymérase de la cellule, les ARN messagers viraux sont traduits en trois précurseurs protéiques. Ces précurseurs sont clivés par des protéases, pour donner les différentes protéines du virus.
<b>(2) pénétration</b> Les deux membranes (du virus et du lymphocyte) fusionnent, ce qui permet la pénétration de la nucléocapside (les deux capsides + le matériel génétique, etc.) du virus dans le cytoplasme.	<b>(6) assemblage</b> Les protéines virales et l'ARN viral (transcrit par ailleurs) sont associées pour reformer des virus (sans la membrane). Les protéines virales membranaires sont intégrées à la membrane du lymphocyte.
<b>(3) décapsidation</b> Les deux capsides se dissocient, libérant l'ARN viral dans le cytoplasme.	<b>(7) bourgeonnement</b> Le virus bourgeonne, emportant un fragment de la membrane plasmique du lymphocyte (qui contient uniquement les protéines membranaires virales).
<b>(4) réverse transcription et intégration</b> Grâce à la réverse transcriptase virale, l'ARN viral est rétro transcrit en ADN double brin. Cet ADN pénètre dans le noyau, où il s'intègre au génome du lymphocyte. Il est ensuite transcrit en ARN.	<b>(8) libération</b> Les nouveaux virus sont libérés dans le milieu intérieur. Ils peuvent infecter de nouveaux lymphocytes T4.

Les principales étapes du cycle répliatif du VIH sont communes à tous les rétrovirus. Leur connaissance est essentielle à la compréhension de la physiopathologie de l'infection au VIH, et surtout chacune de ces étapes constitue une cible potentielle pour une thérapeutique antirétrovirale. Plusieurs évènements marquent la réplication du VIH. Ce sont des étapes précoces que sont la reconnaissance et l'entrée du virus dans la cellule hôte, la rétrotranscription du génome viral et son intégration dans le génome de la cellule. Les évènements tardifs de la réplication du virus sont constitués des étapes transcriptionnelles et post-transcriptionnelles dans lesquelles intervient la machinerie cellulaire, mais également des protéines de régulation des VIH. Il en résulte la formation de nouveaux virions.

### **2.5. Cellules cibles des VIH**

Les cellules sensibles à l'infection VIH sont principalement celles qui expriment à leur surface le récepteur CD4 et un des co-récepteurs nécessaire à la pénétration du virus dans la cellule. Ces cellules cibles du VIH constituent la clé

de voûte du système immunitaire et leur destruction progressive conduit à une immunodépression majeure. Il s'agit de la sous population des lymphocytes TCD4+ helper (ou auxiliaire), mais aussi des monocytes, macrophages ou des cellules de la même origine telles que les cellules dendritiques et les cellules de Langherans ainsi que les cellules microgliales du cerveau. Dans d'autres cellules, les virus sont simplement emprisonnés sans pouvoir se répliquer. C'est le cas des cellules folliculaires dendritiques présentes dans les centres germinatifs des ganglions. [33]

## ***2.6. Histoire naturelle du VIH***

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

- *La primo infection* : S'effectue en 10 à 15 jours chez 20%, le plus souvent silencieuse, elle peut se traduire par une fièvre, un syndrome mononucléosidique, un rash morbiforme, une méningite lymphocytaire ou méningoencéphalite aiguë, une neuropathie périphérique ou rarement des troubles digestifs.

Ces symptômes peuvent manquer, passer inaperçus surtout en milieu tropical, ou être tout simplement confondus avec un syndrome grippal ou syndrome mononucléosidique [14].

- *La phase chronique ou phase asymptomatique* : A une durée variable de 4 à 10 ans pour le VIH-1 et de 20 à 25 ans pour le VIH-2 [11]. Il s'agit d'une phase clinique latente mais biologiquement active. La symptomatologie peut se réduire à un syndrome lymphadénopathique chronique qui ne constitue pas un facteur de mauvais pronostic [14, 15].

- *La phase finale symptomatique ou SIDA* : Elle correspond à un ensemble de manifestations infectieuses opportunistes ou tumorales liées le plus souvent à une déplétion profonde de l'immunité cellulaire. Le degré d'immunodépression conditionne le risque de survenue des infections opportunistes.

L'introduction de prophylaxies primaires, en particulier contre la pneumocystose et la toxoplasmose, l'augmentation de la survie liée aux progrès thérapeutiques effectués au cours des dernières années ont modifié le profil de la maladie VIH chez un traité efficacement, même à un stade avancé de l'immunodépression [19].

**Tableau I : Classification selon les signes cliniques (OMS) [21]**

Groupe	Sous groupe	Manifestations cliniques
I		Primo-infection symptomatique ou asymptomatique
II	A	Séropositifs asymptomatiques sans anomalies biologiques
	B	Séropositifs asymptomatiques avec anomalies biologiques
III	A	Lymphadénopathies chroniques sans anomalies biologiques
	B	Lymphadénopathies chroniques avec anomalies biologiques
IV	A	Fièvre
		Diarrhée
		Amaigrissement inexplicé
	B	B1 : Symptômes neurologiques centraux : encéphalite, démence, myélite
		B2 : Symptômes neurologiques périphériques : polynévrite
	C	Infections opportunistes
	D	Sarcome de Kaposi
Lymphomes malins		
E	Autres manifestations	

**Tableau II : Classification selon les signes cliniques et le taux de CD4 [21]**

<b>CLASSIFICATION DE L'INFECTION A VIH POUR LES ADULTES ET LES ADOLESCENTS (CDC1993)</b>			
	Catégories cliniques		
	A	B	C
Nombre de lymphocytes CD4+	Patient asymptomatique ou primo-infection, ou lymphadénopathies persistantes généralisées	Patient symptomatique sans critère de A ou C	SIDA
> 500/ $\mu$ l ou >29 %	A1	B1	C1
200 à 499/ $\mu$ l ou 14 à 28%	A2	B2	C2
<200/ $\mu$ l ou à 14%	A3	B3	C3

### **Critères de la catégorie B**

- Angiomatose bacillaire
- Candidose oro-pharyngée
- Candidose vaginale persistante ou qui répond mal au traitement
- Dysplasie du col, carcinome in situ
- syndrome constitutionnel : fièvre > 38,5° ou diarrhée > 1 mois
- leucoplasie chevelue de la langue
- zona récurrent ou envahissant plus d'un dermatome
- purpura thrombocytopénique idiopathique
- salpingite, en particulier lors de complication par des abcès tubo-ovariens
- neuropathie périphérique

### **Critères de la catégorie C**

- candidose bronchique, trachéale ou pulmonaire
- candidose oesophagienne
- cancer invasif du col utérin
- coccidioïdomycose extra pulmonaire

- cryptosporidiose intestinal supérieur à 1 mois
- infection CMV autre que foie, rate ou ganglion
- rétinite à CMV avec perte de la vision
- encéphalopathie due au VIH
- infection herpétique, ulcères chroniques supérieurs à 1 mois, ou bronchique pulmonaire ou oesophagienne
- histoplasmosse disséminée ou extra pulmonaire
- isosporose intestinale chronique supérieur à 1 mois
- sarcome de Kaposi
- lymphome de Burkitt
- lymphome immunoblastique
- lymphome cérébral primaire
- infection à *Mycobacterium avium* ou *kansasii* disséminée ou extra pulmonaire
- infection à *Mycobacterium tuberculosis* quelque soit le site
- infection à mycobactérie, identifié ou non, disséminée ou extra pulmonaire
- pneumopathie à *Pneumocystis carinii*
- pneumopathie bactérienne récurrente
- leuco-encéphalite multifocale progressive
- septicémie à salmonelle non typhi récurrente
- toxoplasmose cérébrale
- syndrome cachectique dû au VIH

### ***2.7. Situation au Mali***

Le premier cas de SIDA déclaré au Mali a été observé en 1985. En l'an 2000, on estimait à plus de 100 milles le nombre de personnes porteuses de VIH. Le nombre de cas réels de SIDA notifiés à l'OMS était 6639 en 2001. La voie sexuelle s'avère le mode de transmission prédominant du VIH. Environ 90% des

personnes contaminées l'ont été par contact sexuel. Le taux de prévalence du VIH pour l'ensemble du Mali est de 1,7 % avec cependant des variations non négligeables par région. Bamako est la région la plus infectée avec un taux de 2,5% suivie de Ségou ; Kayes et Koulikoro avec respectivement 2% ; 1,9% ; 1,9%. [22]

## **2.8. Transmission du VIH**

La transmission du VIH se fait selon trois principaux modes :

*2.8.1) La transmission sexuelle* : Elle se fait par l'intermédiaire des muqueuses buccales, vaginales ou rectales lorsque celles-ci sont en contact avec les sécrétions sexuelles ou du sang contenant le virus. On distingue :

- La voie homosexuelle fréquente en occident, rare en Afrique
- La voie hétérosexuelle plus répandue dans le monde.

A l'échelle mondiale, 75 à 80% des infections par le VIH sont acquises à l'occasion des rapports sexuels non protégés, contre 5 à 10% chez les homosexuels [16]. En Afrique sub-saharienne et au Mali, près de 90% des cas sont imputables à une transmission hétérosexuelle

*2.8.2) La transmission sanguine* : Elle se fait par l'intermédiaire de sang contenant du virus :

- La transfusion de sang et dérivés
- La réutilisation des aiguilles non stérilisées [13] et en général d'objets souillés notamment le matériel médicochirurgical contaminé, les couteaux, etc. ...

*2.8.3) Transmission mère- enfant (TME)*

La TME a lieu surtout dans la période périnatale (fin de la grossesse, accouchement et allaitement). Ce risque varie de 15% en Europe à 30-40% en

Afrique en absence de mesures prophylactiques. La gravité de la maladie chez la mère et sa charge virale plasmatique influent sur le risque de la transmission.

Il existe d'autres modes de contamination : Il s'agit entre autre de la transplantation d'organes, de liquides infectés, etc.

*2.8.4) facteurs favorisant l'infection* : Cette transmission peut être favorisée :

Sur le plan sexuel par :

- Les rapports sexuels occasionnels non protégés [1, 13]
- Les partenaires connus séropositifs pour le VIH [1]
- Les infections ou lésions génitales chez le partenaire

Sur le plan sanguin il s'agit de :

- La transfusion de sang ou de dérivés
- La toxicomanie intraveineuse

Sur le plan vertical :

- Le portage par la mère du VIH
- L'exposition intense du fœtus aux liquides organiques infectés de la mère

## ***2.9. Diagnostic biologique de l'infection. [19]***

### ***2.9.1) Tests du diagnostic sérologique***

- La méthode immuno-enzymatique (ELISA), est utilisée en 1<sup>re</sup> intention. Tout test positif en ELISA doit être confirmé par une méthode de référence.
- Le Western Blot, est considéré comme positif lorsqu'il existe une protéine interne du virus (anti-p24) et un anticorps dirigé contre une protéine d'enveloppe (anti-gp41, anti-gp120 ou anti-gp160).

### ***2.9.2) Quantification du virus***

Cela se fait par la charge virale plasmatique, c'est un facteur prédictif de l'évolution de la maladie et aussi un élément fondamental de la surveillance thérapeutique.

### ***2.9.3) Le suivi biologique***

Le suivi biologique doit évaluer le nombre de lymphocyte CD4 (pourcentage et valeur absolue) et la charge virale plasmatique.

### ***2.9.4) Tests de résistance***

Les tests génotypiques, devenus une pratique courante dans les pays développés permettent de détecter les mutations associées à une résistance aux ARV. Leur intérêt principal est d'aider au choix thérapeutique de nouvelles molécules en cas d'échec thérapeutique.

## ***3. Physiopathologie.***

### ***3.1) Mécanisme des troubles immunologiques***

Dès la primo-infection, le virus se réplique activement, et dans l'organisme s'établit précocement des réservoirs viraux qui échappent à la reconnaissance du système immunitaire. Le VIH induit chez l'hôte récepteur des réponses immunes spécifiques qui contrôlent seulement partiellement l'infection. L'extrême variabilité du virus chez un même individu impose au système immunitaire une réadaptation constante de la réponse immune qui diminue cependant avec l'évolution de l'infection. Cette variabilité virale réduit en outre de façon majeure les possibilités d'immuno- intervention et de vaccination.

Ces réponses immunitaires sont :

- humorales : avec la production d'anticorps dirigés contre toutes les protéines du VIH. Ils sont détectés par ELISA et Western- Blot. Ils sont la preuve de l'infection VIH.

- cellulaires : Elles sont médiées par les lymphocytes T CD4+ et par les lymphocytes T CD8+ cytotoxiques (CTL) qui représentent l'un des mécanismes principaux de lutte antivirale. [19]

### ***3.2) Mécanisme des troubles cliniques***

L'activation chronique du système immunitaire sans être capable de contrôler durablement l'infection, favorise la réplication du VIH. Celui-ci échappe progressivement aux défenses qui lui sont présentées et augmente progressivement sa charge virale suivant ainsi régulièrement son action immunosuppressive jusqu'au SIDA et à la mort. [19]

### ***4. Infections opportunistes au cours du SIDA***

Les infections opportunistes jouent un rôle essentiel dans l'aggravation clinique, biologique et dans la mortalité liée au sida. Elles sont la première cause de décès de la majorité des patients séropositifs et contribuent significativement à la pathogénie du SIDA. Malgré l'importance de l'état immunodéficient du patient séropositif, seuls quelques pathogènes sont capables de l'envahir. Par exemple, des 120 protozoaires et des 200 espèces fongiques pathogènes connues [37], seulement 12 espèces parasitaires et moins de 10 espèces fongiques sont capables d'infecter le patient séropositif, de se développer dans ses tissus et de déterminer une pathologie. Ceci suggère que même dans les circonstances de détresse extrême de l'immunité, seules les espèces pré adaptées seront capables d'exercer un parasitisme pathogène.

Ces organismes habituellement « non pathogènes » franchissent les barrières déficitaires de l'hôte et entraînent une pathologie souvent grave. Ces micro-organismes (virus, bactéries, champignons, et métazoaires) sont appelés « pathogènes opportunistes ».

Ces pathogènes opportunistes peuvent attaquer tous les systèmes, tous les appareils et tous les organes ; et avoir des répercussions importantes sur l'état général des patients.

#### ***4.1) Atteintes pulmonaires [30]***

L'atteinte pulmonaire, spécifiquement la pneumonie à *Pneumocystis carinii* (PPC), a été le premier mode d'expression reconnu de l'infection à VIH. Depuis les premiers groupes de cas de PPC rapportés en 1981, le système respiratoire a continué d'être un siège fréquent d'atteinte chez les personnes infectées par le VIH indépendamment du niveau d'immunodépression, bien que plus fréquentes chez les personnes dont l'immunodépression est avancée.

#### **La tuberculose**

La tuberculose est la cause la plus fréquente des manifestations pulmonaires du SIDA en Afrique. Elle peut survenir à n'importe quel stade de l'évolution du VIH. Son évolution est souvent sévère au cours du SIDA et elle tend à donner des formes extrapulmonaires (atteintes encéphaliques, digestives, cutanées et ganglionnaires). Le risque de tuberculose chez un patient infecté par le VIH est évalué à 8% par an. [34]. Au Mali 13% des patients infectés par le VIH font une tuberculose pulmonaire ou extra pulmonaire. [40]

**Tableau III: formes courantes de tuberculose extrapulmonaire**

<b>Forme</b>	<b>Diagnostic</b>
Lymphatique	Biopsie sur excision avec culture ; IDR à la PPD
Pleurale	Exsudat lymphatique ; recherche de BAAR
Gynéco- urinaire	Culture des urines ; biopsie et culture des masses et des curetages utérin
Articulaire	Biopsie à l'aiguille et aspiration des lésions rachidiennes, biopsie des synoviales et culture pour les articulations
Disséminé	Examen direct et culture des fluides, organe et mésothélial atteints, direct et culture d'urine
Méninges-SNC	LCR : ↑protéines et cellules ; ↓glucose, ↑pression
Péritonéale-gastro-intestinale	Biopsie laparoscopique idéale ; examen direct et culture de l'ascite
Péricardique	Silhouette cardiaque élargie ; Epanchement pleural gauche Microvoltage et anomalies du segment ST et l'onde T ; ↓bruit du cœur

#### **4.2) Atteintes digestives**

Le tractus gastro-intestinal est un site d'expression de l'infection à VIH particulièrement fréquent. Il représente un facteur de morbidité, de dénutrition. Beaucoup de ces complications sont dues à des infections opportunistes survenant seulement au stade avancé de l'immunodépression quand le taux de CD4 est inférieur à 200 cellules/mm<sup>3</sup> : *Candida albicans*, cytomégalovirus (CMV), Leucoplasie villeuse orale, *Mycobactérie avium*, *Salmonelle sp.*, *Clostridium difficile*, *Campylobacter sp.*, *Entamoeba histolytica*, *Gardia lamblia*, isospora, cryptosporidium, microsporidia. [23]

#### **4.3) Atteintes neurologiques [35]**

Les complications neurologiques de l'infection à VIH sont à la fois fréquentes et diverses. Il est rare, en vérité, que le système nerveux tant central que

périphérique des malades infectés par le VIH reste indemne tout au long de l'évolution. Il importe de souligner que l'identification de la cause de ces troubles est loin d'être un exercice académique car beaucoup d'entre eux peuvent être amendés, stabilisés ou même guéris, par un traitement spécifique. Un certain nombre de processus physiopathologiques peuvent entraîner une atteinte neurologique à la phase tardive de l'infection à VIH.

**Tableau IV: Classification physiopathologique des complications neurologiques de l'infection à VIH au stade tardif.**

Processus sous-jacent	Exemples
Infections opportunistes	Toxoplasmose cérébrale Méningite cryptococcique Leucoencéphalopathie multiple progressive Encéphalite, polyradiculite, à CMV
Néoplasmes opportunistes	Lymphome primaire du SNC Lymphome métastatique
Affections possiblement liées au VIH Lui-même	Complexe démentiel du SIDA Méningite aseptique Polyneuropathie à prédominance sensitive
Complications métabolique et Vasculaire d'une atteinte systémique	Encéphalopathies hypoxiques ou d'origine septicémique Attaque (endocardite thrombotique non bactérienne, coagulopathies)
Réactions toxiques	Neuropathies dues à la didésoxyinosine, à la didésoxycytidine Myopathie due à l'AZT
Troubles fonctionnels psychiatriques	Angoisses Dépression psychotique

#### **4.4) Atteintes cutanées**

Les symptômes et les signes cutanés du SIDA augmentent en fréquence et en gravité à mesure que la maladie évolue. Cependant l'infection par le VIH peut déterminer une éruption maculeuse rubéoliforme transitoire. Des infections et

des néoplasies deviennent plus fréquente avec le progrès de l'infection à VIH (dermatophytoses extensives, molluscum contagiosum, sarcome de Kaposi, condylomes, zona, histoplasmosse, cryptococcose, mycobactérioses...) [27].



Figure 3 : **Image de la maladie de kaposi.**

**[http://fr.wikipedia.org/wiki/image:sarcome\\_kaposi.jpg](http://fr.wikipedia.org/wiki/image:sarcome_kaposi.jpg)**

#### ***4.5) Ophtalmologique***

L'incidence des complications ophtalmologiques de la rétinite à CMV (cytomégalovirus) la plus fréquente (20 à 40%) des malades dues au VIH au USA aux autres infections oculaires ont été rapportés : les neuropathies optiques, les uvéites antérieures, les kératites, les maladies de la conjonctive et des annexes.[28]

#### ***4.6) Hématologique et oncologique***

Des anomalies hématologiques sont fréquentes lors de l'infection au VIH et la pathogénie est souvent multifactorielle. Des cytopénies limitent souvent le traitement anti-infectieux et anti-néoplasique des patients ayant une maladie liée au VIH. L'infection à VIH détermine essentiellement au cours de l'évolution la baisse du nombre de cellule lymphocyte CD4. D'autres cytopénies sont cependant également fréquentes : l'anémie étant rapportée chez 60% de patient ayant le SIDA, la thrombopénie chez 4% et la neutropénie chez 50%. Ces cytopénies surviennent en association avec la détérioration progressive de la fonction immunitaire et elles sont fréquentes aux stades précoces de l'infection à VIH. La thrombopénie fait exception car elle peut être une manifestation à VIH lors des phases asymptomatiques de celui-ci. [29]

Des néoplasies, en particulier le sarcome de Kaposi et le lymphome B sont fréquents chez les patients infectés par le VIH. Leur développement démontre la présence d'une relation entre la fonction immunitaire et la suppression de certains évènements oncogéniques et il fournit un modèle pour l'étude de la pathogénie de ces tumeurs. La prise en charge clinique des néoplasies lors du SIDA est complexe, car le traitement optimal doit viser et les infections opportunistes éventuelles aussi bien que les tumeurs.

#### 4.7) Rénale, cardiaque, endocrinienne, rhumatologique

Les atteintes rénales, cardiaques, endocriniennes et rhumatologiques liées à l'infection à VIH ont une présentation insidieuse. La survie des individus infectés par le VIH s'améliore globalement et les modalités thérapeutiques deviennent plus sophistiquées. Alors le praticien rencontre indubitablement des atteintes des ces derniers systèmes avec une fréquence croissante.

#### 4.8) Les infections opportunistes les plus fréquentes au cours du SIDA

**Tableau V : les infections opportunistes [19]**

Agents	Localisations préférentielles	
Parasites	<i>Pneumocystis carinii</i> <i>Toxoplasma gondii</i> <i>Cryptosporidium</i> <i>Isospora belli</i> <i>Microsporidies</i>	Poumon SNC, rétine, poumon Tube digestif, voies biliaires Tube digestif Tube digestif, urines, sinus
Champignons	Candida <i>Cryptococcus néoformans</i> Histoplasmoses (rare) Aspergillose (rare)	Bouche, œsophage SNC, poumon ou disséminée Disséminée Poumon ou disséminée
Bactéries	<i>Mycobacterium tuberculosis</i> <i>Mycobacterium avium intracellulare</i> <i>Salmonella non typhi</i>	Poumon, ganglions, disséminée Sang, ganglions, tube digestif, disséminée Bactériémie
Virus	Cytomégalovirus Herpès virus Varicelle, zona Papovavirus	Rétine, tube digestif, SNC, poumon Peau, muqueuses, poumon, tube digestif Peau, système nerveux Encéphalite multifocale progressive

#### 4.9) Traitement des infections opportunistes (IO)

Dose quotidienne pour le traitement des infections opportunistes, parasitaires, fongiques, bactériennes et virales.

**Tableau VI : Traitement des infections opportunistes [19]**

	Traitement	Alternative	Traitement d'entretien
<b>Parasites</b>			
<i>P. carinii</i>	Triméthoprime (20mg/ kg) +Sulfaméthoxazole (100mg/kg) per os ou IV x 20j	Pentamidine IV (3mg/kg) IV Pentamidine aérosol (300mg), Trimetrexate (45mg/m <sup>2</sup> /j), Atovaquone (750mg x 2/j) + ac folinique (20mg/m <sup>2</sup> /8h)	Cotrimoxazole F- 1cp/2j Dapsone (100mg)
Microsporidies	Albendazol (400mg)	Fumagilline (Bienusi)	
<i>T. gondii</i>	Pyriméthamine (50mg) + Sulfadiazine (4g) x 4 à 6 sem	Pyriméthamine (50mg/j) + clindamycine (2,4 à 3,6g/j) Atovaquone (750mg x 4)	Pyriméthamine (25mg/j) + Sulfadoxine (2mg/j) ou Clindamycine (1-2g/j) + ac. Folinique (50 mg/sem)
<i>I.belli</i>	Triméthoprime (7mg/kg) + Sulfaméthoxazole 35mg/kg	Pyriméthamine (50mg)	
Cryptosporidies	Nitrazoxamide (2g/j)	Paromomycine (3g)	
<b>Mycoses</b>			
<i>C. néoformans</i>	Amphotéricine B (0,7mg/kg)	Fluconazole (400mg)	Flucytosine (25mg/kg x 4)
Candida	Amphotéricine B (locale) Nystatine (locale)	Fluconazole (50mg) Kétoconazole (200mg) Itraconazole (200mg)	
<b>Bactéries</b>			
<i>M. tuberculosis</i>	Isoniazide (5mg, kg) Rifampicine (10mg/kg) Ethambutol (15mg/kg) Pyrazinamide (25mg/kg)	Streptomycine (1g) IM Ofloxacine (400mg x 2/j) Sparfloxacine (200mg/j)	
<i>M.avium</i>	Ansamycine (300mg) Clarithromycine (1g) Ethambutol (20mg/kg)	Amikacine (10mg/kg/j) Ciprofloxacine (750mg x2/j) Azithromycine (600mg) Clofazimine (100mg/j)	
Salmonelles	Quinolones per os	Triméthoprime (7mg/kg) per os	
<b>Virus</b>			
CMV	Ganciclovir (10mg/kg) Foscarnet (90mg/kg x2)		Cidofovir (5 mg/kg/semaine)
<i>Herpes simplex</i>	Aciclovir (1g) per os x 5j		Foscarnet 90mg/kg x 2/j
Virus varicelle zona	Aciclovir (30 à 45mg/kg) IV x 10j Valaciclovir (1g x 3/j) x 7j Famciclovir (500mg x 3/j) x 7j		

## ***5) Traitement antirétroviral selon le protocole de prise en charge national du Mali [31]***

### ***5.1) Principes du traitement ARV***

#### ***5.1.1) Objectif :***

L'objectif du traitement ARV est de rendre la charge virale indécélable et au mieux de restaurer l'immunité, permettant d'augmenter la durée et la qualité de vie des patients.

#### ***5.1.2) Principes :***

- ✓ C'est un traitement à vie, qui nécessite une excellente observance de la part des patients et un suivi intensif de la part des personnels soignants.
- ✓ Le traitement antirétroviral est une trithérapie associant généralement deux inhibiteurs nucléosidiques de la transcriptase inverse (INTI) à un inhibiteur non nucléosidique de la transcriptase inverse (INNTI) ou à un inhibiteur de protéase (IP).
- ✓ Les combinaisons thérapeutiques fixes doivent être privilégiées pour favoriser l'observance et diminuer le coût de la prise en charge pour les pays.
- ✓ les molécules utilisées doivent figurer sur la liste des médicaments essentiels du Mali et seront nécessairement pré-qualifiées par l'OMS (organisation mondiale de la santé).

## ***5.2) Protocoles thérapeutiques antirétroviraux chez l'adulte et l'adolescent***

### *5.2.1) Indication du traitement*

L'indication du traitement sera fonction de l'état clinique et immunologique du patient.

Pour les patients asymptomatiques ou peu symptomatiques ayant un taux de lymphocytes CD4 entre 200 et 350/mm<sup>3</sup>, le traitement sera discuté en fonction de :

- ✓ l'évolution clinique
- ✓ la rapidité de la baisse des lymphocytes CD4 (comptage CD4 trimestriel)
- ✓ la motivation du patient.

Pour les patients asymptomatiques avec des CD4 > 350/mm<sup>3</sup>, le traitement n'est pas recommandé et l'on surveillera les lymphocytes CD4 tous les 6 mois.

Si la numérotation des lymphocytes CD4 n'est pas disponible, on se basera sur la clinique et le taux de lymphocytes totaux.

- . Stade IV et III de l'OMS quelque soit le taux des lymphocytes totaux
- . Stade II OMS avec un taux de lymphocytes totaux < 1200/mm<sup>3</sup>

Les patients asymptomatiques (stade I) ne doivent pas être traités en l'absence de numération des lymphocytes CD4.

### 5.2.2) Schémas thérapeutiques

#### **Bilan pré-thérapeutique :**

- **Jour 1 :** On procède à l'examen clinique incluant le poids, la recherche d'une grossesse chez une femme en l'âge de procréer, l'éducation thérapeutique du patient, NFS ou hématicrite si utilisation AZT, les transaminases, la créatinémie, et la glycémie en fonction des ATCD personnels et familiaux et l'utilisation des IP, la radiographie pulmonaire en cas de symptômes pulmonaires, et la numération des CD4 si disponible.
- **Jour 15 :** l'examen clinique inclut le poids, l'évaluation de l'observance et de la tolérance, les transaminases en cas de signes d'appel sous Névirapine.
- **Mois 1 :** l'examen clinique inclut le poids, l'évaluation de l'observance, la NFS ou l'hématicrite en cas d'utilisation d'AZT, les transaminases en utilisation INNTI/DDI ou de signes d'appel. Après le 1<sup>er</sup> mois de traitement, le suivi clinique sera maintenu à un rythme mensuel jusqu'au bilan du douzième mois.
- **Mois 3 :** l'examen clinique inclut le poids, l'évaluation de l'observance, l'examen biologique en cas de signes cliniques d'appel.
- **Mois 6, Mois 12, Mois 18, Mois 24 :** l'examen clinique inclut le poids, l'évaluation de l'observance, la tolérance, l'efficacité clinique et immuno-virologique, la glycémie et le bilan lipidique si utilisation d'IP.

**Tableau VII : Les molécules antirétrovirales [19]**

DCI	Nom de spécialité	Posologie (nombre total de gélule par jour)
<b>Inhibiteurs nucléosidiques de la transcriptase inverse</b>		
Didanosine (DDI)	Videx	1gél. à 400mg x 1 / jour
Lamivudine (3TC)	Epivir	1gél. à 150mg x 2 / jour
Stavudine (D4T)	Zérit	1gél. à 40mg x 2 / jour
Zalcitabine (DDC)	Hivid	1gél. à 0.75mg x3/j
Zidovudine (AZT, ZDV)	Retrovir	1cp. à 300mg x2/j
Abacavir (ABC)	Ziagen	1cp à 300mg x2/j
Ténofovir (TNV)	Ténofovir	1cp à 300mg x1/j
<b>Inhibiteurs non nucléosidiques de la transcriptase inverse</b>		
Delavirdine (DLV)	Rescriptor	2gél.à 200mg x3/j
Névirapine (NFV)	Viramune	1gél.à 200mg x2/j
Efavirenz (EFV)	Sustiva ou Stocrin	3gél.à 200mg x1/j
<b>Inhibiteurs de la protéase</b>		
Indinavir (IDV)	Crixivan	2gél. à400 mg x 3/j
Nelfinavir (NFV)	Viracept	5gél. à 250mg x 2/j
Ritonavir (RTV)	Norvir	6gél. à 100mg x 2/j
Saquinavir (SQV)	Invirase	3gél. à 200mg x3/j
Amprénavir (AMP)	Agenerase	8gél. à 150mg x2/j
Lopinavir (LPV)	Kaletra	3gél. à 133/33mg x2/j

**C.I.S.I.H. PITIE SALPETRIERE**  
 Services des MALADIES INFECTIEUSES et TROPICALES ( F. BRICAIRE ) et de PHARMACIE ( A. THUILLIER )

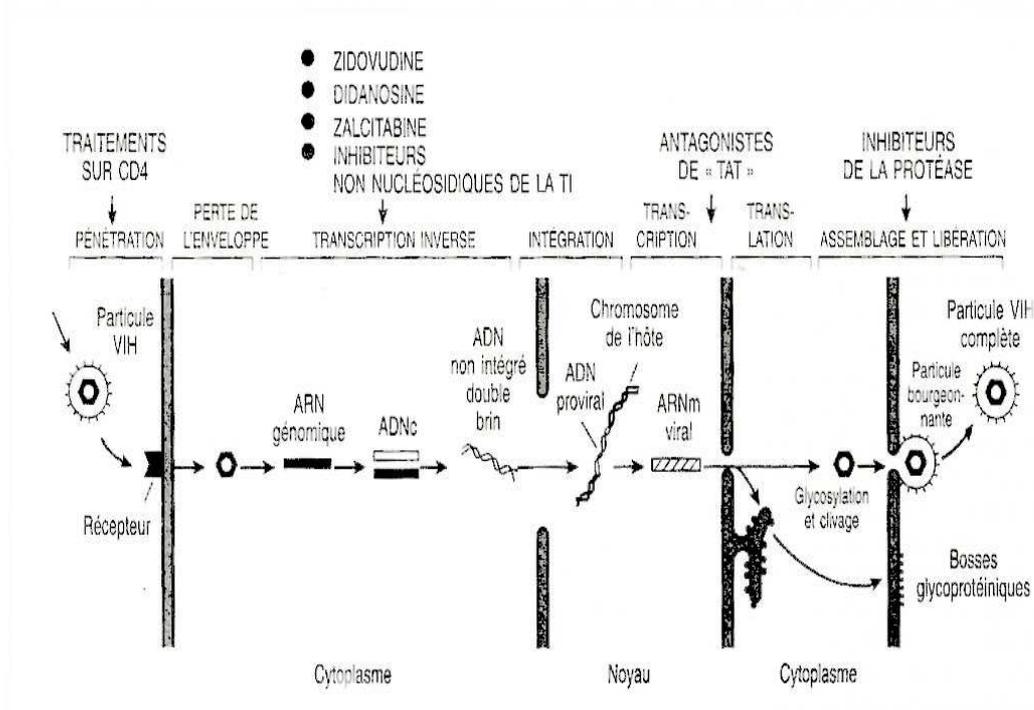
	MOLECULES	PRESENTATIONS	POSOLOGIES USUELLES	
NRTI	RETROVIR® 250 mg		250 mg x 2 / j	
	( AZT ) 300 mg		300 mg x 2 / j	
	VIDEX® 250 mg		250 mg / j < 60 kg	
	( DDI ) 400 mg		400 mg / j > 60 kg	
	HIVID®(DDC)0.75 mg		0.75 mg x 3 / j	
	EPIVIR® 150 mg		150 mg x 2 / j	
	( 3TC )			
	ZERIT® 30 mg		30 mg x 2 / j	
	( D4T ) 40 mg		40 mg x 2 / j	
	COMBIVIR® ( AZT 300 mg + 3TC 150 mg )		1 cp x 2 / j	
ZIAGEN® 300 mg ( ABACAIR )		300 mg x 2 / j		
TRIZIVIR® ( AZT 300 mg + 3TC 150 mg + ZIAGEN 300 mg )		1 cp x 2 / j		
NNRTI	VIRAMUNE® 200 mg ( NEVIRAPINE )		1 cp / j pendant 15 j puis 1 cp x 2 / j	
	SUSTIVA® 200 mg ( EFAVIRENZ )		600 mg / j le soir au coucher	
IP	NORVIR® 100 mg ( RITONAVIR )		600 mg x 2 / j ( en doses progressives au début )	ou en booster pharmacologique à 100 mg x 2 / j
	CRIXIVAN® 400 mg ( INDINAVIR )		800 mg x 3 / j	RITO 100 mg x 2 IDV 400 mg x 2 *
	VIRACEPT® 250 mg ( NELFINAVIR )		750 mg x 3 / j ou 1250 mg x 2 / j	
	INVIRASE® 200 mg ( SAQUINAVIR )		600 mg x 3 / j	RITO 100 mg x 2 SAQUI 800 mg x 2 *
	FORTOBASE® 200 mg SAQUI ( EOF )		1200 mg x 3 / j	RITO 100 mg x 2 EOF 800 mg x 2 *
	AGENERASE® 150 mg ( AMPRENAVIR )		1200 mg x 2 / j	RITO 100 mg x 2 AMP 600 mg x 2 *
	KALETRA® ( LOPINAVIR 133.3 mg + RITONAVIR 33.3 mg )		3 gel x 2 / j	
	HYDREA® 500 mg		500 mg x 2 / j	

Document à usage interne du service  
 Septembre 2001

C. KATLAMA  
 H. AIT MOHAND M. H. FIEVET G. LECSO

\* sous réserve de dosages pharmacologiques

**Figure4 : Quelques présentations de molécules ARV, posologie et formes galéniques. C.Katlama septembre 2001.**



**FIGURE 5 :** Les cibles des anti-rétroviraux. Va. Hirsch MS : AIDS clinical Review N.Y., Marcel Dekker, 1990, p. 238

### 5.2.2.1) Schéma de première ligne pour le VIH1

Il associe deux INTI et un INNTI. Le régime préférentiel en première intention, devant couvrir les besoins en traitement de 80% des malades nouvellement inclus, est le suivant :

Stavudine (D4T) + Lamivudine (3TC) + Névirapine (NVP)

Les régimes alternatifs suivants sont possibles :

- . Zidovudine (ZDV) + Lamivudine (3TC) + Efavirenz (EFV)
- . Zidovudine (ZDV) + Lamivudine (3TC) + Névirapine (NVP)
- . Stavudine (D4T) + Lamivudine (3TC) + Efavirenz (EFV)

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

- ✓ En cas de toxicité hépatique ou dermatologique de la Névirapine cette molécule est remplacée par l'Efavirenz.
- ✓ En cas de neuropathie imputable à la Stavudine, cette molécule est remplacée par de la Zidovudine.
- ✓ En cas de troubles neurologiques imputables à l'Efavirenz, cette molécule est remplacée par la Névirapine.
- ✓ En cas d'anémie imputable à la Zidovudine, cette molécule est remplacée par la Stavudine.

Remarques :

La Névirapine (NVP) doit être administrée à demi dose (200 mg/jour) pendant les 14 premiers jours de traitement puis à pleine dose (200mg x 2/jour) par la suite.

Si un schéma de traitement, contenant un INNTI (longue demie vie) doit être arrêté, les 2 INTI doivent être poursuivis pendant 15 jours.

Il faut éviter de prescrire dans une même association :

- ✓ La D4T et l'AZT en raison de leur effet antagoniste
- ✓ La D4T et la didanosine (DDI) en raison de leur toxicité neurologique et pancréatique.

L'utilisation de 3 INTI comme AZT/3TC/ABC (Abacavir) est possible, mais n'est pas recommandée en première ligne, sauf :

- ✓ en cas d'intolérance aux schémas de première ligne,
- ✓ chez les patients VIH2
- ✓ Chez les patients co-infectés VIH/Tuberculose nécessitant un traitement par la Rifampicine.

### 5.2.2.2 Cas particuliers

- **Traitement antituberculeux et antirétroviraux**

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

Si le traitement antirétroviral doit débiter en même temps que la rifampicine, on privilégiera donc l'Efavirenz (EFV à 800mg pour les patients de plus de 60 kg).

Stavudine (d4t) + Lamivudine (3TC) + Efavirenz (EFV)
--

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

- |   |
|---|
| <ul style="list-style-type: none"><li>▪ Taux de CD4 inférieur à 200/mm<sup>3</sup> : débiter le traitement antituberculeux. Dès que ce traitement est bien toléré (au bout de 10 à 15 jours), commencer les ARV.</li><li>▪ taux de CD4 compris entre 200 et 350/mm<sup>3</sup> : terminer la phase intensive du traitement antituberculeux avant de débiter le traitement par les ARV.</li><li>▪ taux de CD4 supérieur à 350/mm<sup>3</sup> : traiter la tuberculose entièrement et commencer les ARV à la fin du traitement antituberculeux.</li></ul> |
|---|

En cas de tuberculose chez le patient VIH2 ou une femme enceinte :

- retarder le début des ARV à la fin de l'utilisation de la rifampicine, si l'état du patient le permet. On proscrit l'utilisation de l'Efavirenz chez la femme enceinte pendant le premier trimestre de la grossesse.
- utiliser une ligne temporaire composée de 3 INTI (AZT+3TC+ABC), si l'état du patient exige l'initiation du traitement antirétroviral.

- **Prise en charge des patients infectés par le VIH2 ou co-infection VIH1-VIH2 (ou infecté par le VIH1 du groupe O)**

Le choix thérapeutique doit exclure les inhibiteurs non nucléosidiques de la transcriptase inverse (Efavirenz, Névirapine) qui ne sont pas efficaces sur le virus VIH2 ou sur le VIH1 du groupe O.

On utilisera les schémas thérapeutiques associant les inhibiteurs nucléosidiques de la transcriptase inverse (INTI) à un inhibiteur de protéase (IP).

Le traitement de première ligne préférentiel est le suivant :

Stavudine (D4T) + Lamivudine (3TC) + Indinavir/Ritonavir (IDV/r)
--

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

- Zidovudine (AZT) + Lamivudine (3TC) + Indinavir/Ritonavir (IDV/r)
- Stavudine (D4T) + Lamivudine (3TC) + Saquinavir/Ritonavir (SQV/r)
- Zidovudine (AZT) + Lamivudine (3TC) + Abacavir (ABC)

- **Cas des patients ayant déjà reçu un traitement ARV (non naïf)**

✓ Patients ayant interrompus leur traitement ARV :

- Certains patients qui ont déjà reçu un traitement ARV dans le passé mais l'ont interrompu (patient non naïf si supérieur à 1 mois de traitement ARV au cours des 2 années précédentes) peuvent se présenter dans les structures de santé.
- S'il n'y a pas de suspicion de résistance aux ARV, le traitement initial reçu sera utilisé.

✓ Patients traités par le passé avec d'autres régimes ARV :

Les patients observants et traités efficacement par un schéma thérapeutique différent des schémas préférentiels actuels seront maintenus sous cette ligne thérapeutique.

### 5.2.2.3) Traitement de 2<sup>ème</sup> ligne

Il est indiqué :

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

Définition de l'échec thérapeutique : la documentation sur l'échec thérapeutique est basée sur des critères cliniques, immunologiques et au mieux virologiques.

- l'échec clinique est défini par la détérioration clinique avec apparition de nouvelles infections opportunistes ou récurrence d'infections opportunistes autres que la tuberculose et la survenue d'une affection du stade III ou IV de OMS.
- l'échec immunologique est défini par l'absence d'ascension des CD4 malgré un traitement ARV efficace depuis plus de 6 mois, à un retour de CD4 au niveau ou sous le niveau pré thérapeutique.
- l'échec virologique est défini par l'impossibilité de réduire la charge virale à des niveaux indétectables après 6 mois de traitement (sauf si la charge virale initiale était  $>5.10^6$  copies virales/mm<sup>3</sup> qu'elle atteint un niveau  $<10^4$  copies/ml).

Un échec thérapeutique sera au mieux documenté par une mesure de la charge virale, mais la constatation d'un échec clinique et immunologique patent permettra d'affirmer l'échec de la première ligne de traitement.

### **Protocoles des échecs thérapeutiques**

En cas d'échec thérapeutique confirmé de la 1<sup>ère</sup> ligne, le schéma préférentiel de la deuxième ligne suivante est recommandé :

Abacavir (ABC) + Didanosine (DDI) + Indinavir/Ritonavir (IDR/r)
---

Les alternatives suivantes sont possibles en cas de contre-indication ou de toxicité de l'une des molécules du schéma préférentiel :

- Abacavir + Ténofovir (TDF) + Indinavir/Ritonavir
- Abacavir + Ténofovir + Lopinavir/Ritonavir (LPV/r)
- Zidovudine + (DDI ou TDF) + IP boosté

L'association DDI + Ténofovir n'est pas recommandée en raison d'une toxicité cumulée (pancréatique, lymphopénie).

Le traitement de deuxième ligne recommandé en cas d'échec thérapeutique chez un patient infecté par le VIH2 est le suivant :

Abacavir + (Didanosine ou Ténofovir) + Lopinavir/Ritonavir
--

### ***6. Notion sur la solidarité familiale en Afrique [41]***

La solidarité, comprise comme soutien à la fois matériel et moral aux personnes concernées, suppose un lien entre des personnes ayant des intérêts communs, des rapports familiaux ou un sentiment d'appartenance collective. Les sociétés africaines traditionnelles ont souvent été reconnues pour leur solidarité communautaire, considérée comme une forme de « contrat social naturel ». Cette solidarité semble actuellement remise en question pour des raisons économiques, alors que « *la réalité africaine contemporaine [...] à l'épreuve de la crise, [...] se caractérise par la précarisation et la problématisation des solidarités communautaires, dans un climat de contradiction et de tensions accrues...* » ([42], p. 53). Les familles africaines ont-elles encore les moyens d'être solidaires ? Si la solidarité s'exprimant par un soutien économique doit faire face à des limites, d'autres formes de solidarité se maintiennent-elles face à la crise ?

Un autre facteur d'érosion des solidarités traditionnelles est le processus d'individualisation actuellement à l'oeuvre en Afrique, concomitant du développement de l'État moderne et de l'extension du capitalisme, entretenu par

divers facteurs sociaux ([42], p. 85)<sup>1</sup>. Les situations africaines contemporaines ne sont pas caractérisées par une alternative entre l'individualisme et le communautarisme, mais par des compromis entre ces deux tendances, qui prennent des formes très variables. Le domaine de la santé a ceci de particulier que la solidarité, en particulier familiale, y est valorisée, voire sollicitée, par les institutions modernes.

Les malades font-ils toujours appel au soutien familial, ou préfèrent-ils gérer seul leur maladie ?

Dans le domaine de la santé, la relation de solidarité s'instaure lorsque la famille prend conscience qu'un des membres doit faire face à une altération de son état de santé, dont la prise en charge nécessite un investissement collectif.

Invoquer la maladie est un moyen *a priori* légitime pour solliciter l'aide familiale. Il faut pour cela que le demandeur ne soit pas considéré comme responsable de sa propre atteinte, et qu'il lui soit reconnu le statut de malade [43]. L'accession au statut de malade est un processus social qui repose notamment sur la cessation d'activité et sur l'évaluation des symptômes par l'entourage. Ce statut implique l'incapacité à remplir les rôles sociaux et familiaux habituels, et permet de bénéficier de droits et avantages différents selon les sociétés et les groupes sociaux.

Toute l'importance du rôle des parents et de leurs représentants dans la reconnaissance du mal, dans la mise en place d'un itinéraire de soin et dans la réalisation du traitement, a été décrite par Janzen, qui qualifie les proches de «*groupe organisateur de la thérapie*» [44]. Cependant, l'intervention de l'entourage a plus souvent été analysée en termes de ressource, voire d'exercice d'un pouvoir, que de solidarité, ce qui implique que les conditions du soutien et l'existence d'un contre-don ont rarement été étudiées. De plus, les travaux des ethnologues sur la prise en charge familiale des malades en Afrique portent essentiellement sur des maladies aiguës, ou sur des pathologies chroniques ou des handicaps que le traitement ne parvient pas à amender. Selon Janzen, cela

implique que ces chercheurs n'abordent pas toujours la notion d'épuisement de la solidarité, ni les aspects relatifs au maintien du statut de malade, importants dans le cas du sida.

Les différentes formes de soutien peuvent être représentés par :

- Le soutien matériel
- Le soutien pour l'accès aux soins
- Le soutien moral et psychologique

### ***6.1) Les personnes impliquées dans le soutien***

#### *6.1.1) Le conjoint*

Lorsque les patients vivent en couple, les conjoints sont les premiers sollicités si l'information concernant le statut sérologique a été partagée. Dans ce cas, la gestion du traitement demeure de préférence intraconjugale sauf en cas d'incapacité financière des conjoints, et les couples semblent particulièrement réticents à impliquer leur famille dans la gestion de leur maladie. Les patients insistent sur l'impact bénéfique du soutien moral du conjoint avec lequel ils se sentent liés par le sida.

#### *6.1.2) Les membres proches de la famille*

Les membres de la proche famille (parents, frères et soeurs) sont ensuite sollicités. Les patients cadets de leur famille bénéficient plus facilement du soutien que les aînés, qui ont plus de difficultés à demander de l'aide à la famille sans «perdre la face». Un patient aîné d'une fratrie de 40 enfants, ayant des difficultés à mobiliser un soutien, estime « *que le soutien dépend de la position occupée dans la famille. Je suis l'exemple à suivre, celui qui doit réussir et aider ses petits frères. Un aîné ne doit pas demander. À partir d'un certain âge, on ne souhaite plus que les parents s'occupent de vous mais plutôt le contraire, c'est à toi de faire pour tes parents* ».

Une situation identique a été mise en évidence à Abidjan, où la solidarité familiale envers les PVVIH semble également s'organiser préférentiellement autour des cadets [45].

### *6.1.3) La famille élargie*

Dans certains cas, le soutien est assuré par des membres de la famille élargie. C'est le cas de Salif, gravement malade avant de suivre un traitement ARV. Sa mère est obligée de vendre un bien familial pour prendre en charge les frais médicaux. Il est inclus dans l'ISAARV grâce au soutien d'un cousin médecin. C'est la seule personne avec laquelle il partage l'information sur son statut sérologique.

Ce médecin joue le rôle de médiateur avec les autres membres de la famille pour solliciter leur aide sans leur révéler le statut sérologique du patient, en justifiant cette réserve par le secret médical auquel il est tenu. La mère de Salif, qui réside hors de Dakar, lui envoie un peu d'argent pour son déjeuner et ses frais de transport. Il est hébergé dans une chambre de location par son cousin. Il prend ses repas (dîner et petit déjeuner) chez une autre cousine. Les frais de participation de son traitement ARV sont pris en charge par ses demi-frères. Des amis l'aident occasionnellement pour divers besoins : habillement, argent de poche, loisirs, etc.

### *6.1.4) Autres personnes impliquées*

Les autres personnes qui apportent leur appui sont principalement les amis et les relations de voisinage. Ces demandes toutefois sont occasionnelles et n'ont lieu qu'en cas de difficultés aiguës. Certains patients, notamment ceux qui vivent dans des chambres de location, sont parfois aidés par des voisins pour une aide financière, pour la nourriture ou pour assurer des frais de transport. Ce type de recours est cependant limité, pour des raisons de confidentialité.

# MATERIEL & METHODE

## MATERIEL ET METHODE

### *1) Type, lieu et période d'étude*

Il s'agissait d'une étude prospective, descriptive et transversale qui s'est déroulée dans le service des maladies infectieuses et tropicales (SMIT) du CHU du point G du 1<sup>er</sup> Janvier au 30 Avril 2007.

### *2) Cadre d'étude*

Le CHU du point G situé sur la colline de Koulouba à 7,8 km de Bamako. C'est le plus vaste hôpital du Mali. Il comprend quatre services de chirurgie et treize services de médecine. Situé au sud-ouest de l'entrée du CHU, le Service des maladies infectieuses et tropicales, bâtiment d'un étage comprend :

- Au rez-de-chaussée :
  - Une unité composée de 3 salles avec douze lits pour l'hospitalisation des malades dont quatre lits pour femmes et huit lits pour hommes.
  - Une salle pour les faisant fonctions d'internes.
  - Une salle de soins pour les infirmiers.
  - Des toilettes pour les malades.
  
- A l'étage :
  - Une unité composée de deux salles avec quatre lits d'hospitalisation tous pour femmes.
  - Deux bureaux pour les médecins spécialistes du service.
  - Un bureau pour les médecins généralistes.
  - Un bureau pour les garçons de salle et les techniciens de surface.
  - Un magasin.
  - Deux toilettes dont un pour les malades et un pour le personnel.

- Le personnel
  - Deux médecins spécialistes
  - Six infirmiers : Deux techniciens supérieur de santé
    - Deux techniciens de santé
    - Deux aides soignants
  - Quatre techniciens de surface



**Figure 6 :** Photos du service des maladies infectieuses et tropicales du CHU du Point G prise en mai 2007

### ***3) Activités et fonctionnement du service des maladies infectieuses et tropicales***

Les activités principales du Service des Maladies Infectieuses et Tropicales sont représentées par les soins curatifs (consultations externes et prises en charge des malades hospitalisés), la lutte anti- SIDA et la formation médicale des *faisant fonction d'internes*. Les consultations par semaine portent sur trois jours (lundi, mercredi et jeudi). Quant à la visite aux malades hospitalisés, elle a lieu le lundi, mardi, mercredi et le vendredi. Aucun examen spécialisé n'est pratiqué dans le service. Les patients hospitalisés le sont soit par le médecin après sa consultation, soit référer des

autres services du CHU et des centres de santé intermédiaires et périphériques.

Une fois l'hospitalisation décidée en accord avec le patient ou ses accompagnateurs et en fonction de leurs moyens financiers, une caution de dix jours d'hospitalisation doit être déposée au bureau des entrées.

A l'examen clinique du médecin, l'ensemble du bilan complémentaire et l'ordonnance des premières prescriptions sont remis au malade. Ainsi les accompagnateurs de malade jouent pratiquement le rôle d'agent de santé dans la surveillance des malades sous traitement, mais aussi le dépôt de certains prélèvements de laboratoire et leurs résultats.

#### ***4) Population d'étude***

##### ***4. 1) Critères d'inclusion***

Etait inclus dans l'étude tout accompagnateur de malade hospitalisé et dormant à l'hôpital

##### ***4. 2) Critères de non inclusion***

N'était pas inclus dans l'étude tout accompagnateur de malade non consentant, les visiteurs des malades

#### ***5) Echantillonnage***

Sondage systématique exhaustif des accompagnateurs répondant aux critères d'inclusion

#### ***6) Variables d'étude***

Elles portaient sur : (i) les données sociodémographiques, (ii) les connaissances et attitudes des accompagnateurs face au VIH/SIDA, (iii) le rôle des accompagnateurs dans la prise en charge des patients, (iv) les risques encourus par les accompagnateurs en terme d'exposition au VIH, et (v) la relation accompagnateur - soignant.

### ***7) Support des données***

Des fiches d'enquête (annexe) étaient établies sous forme de questionnaire et soumis aux accompagnateurs. Les données ont été enregistrées sur logiciel informatique pour analyse et traitement

### ***8) Analyse des données***

L'analyse des données s'est faite à l'aide d'un logiciel SPSS 12.0 et Excel 2003. Le traitement par World 2003. Le test de  $X^2$  et un seuil de signification inférieur ou égal à 5% a été utilisé

### ***9) considérations éthiques et morales***

Pour cette étude, le respect de l'intimité, de la dignité, de la confidentialité et de la liberté du malade et de l'accompagnateur ont été garantis.

L'inclusion des accompagnateurs était faite sur la base de consentement volontaire, éclairé et oral.

L'anonymat des participants a été gardé et les accompagnateurs avaient le droit de se retirer ou de refuser de participer à l'étude sans avoir des conséquences sur la prise en charge de leur malade.

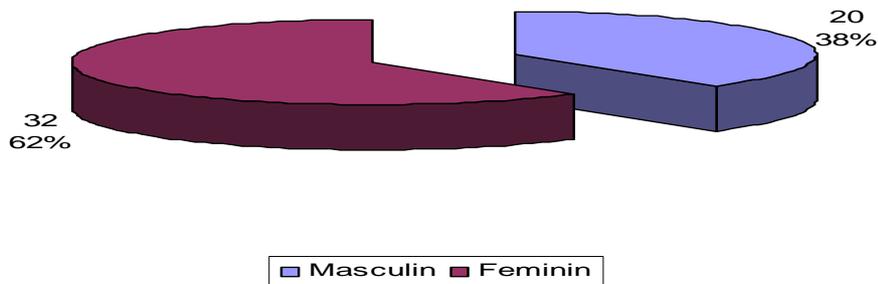
Les données biologiques et cliniques continueront à faire l'objet d'une stricte confidentialité en gardant l'anonymat des patients.

# RESULTATS

## RESULTATS

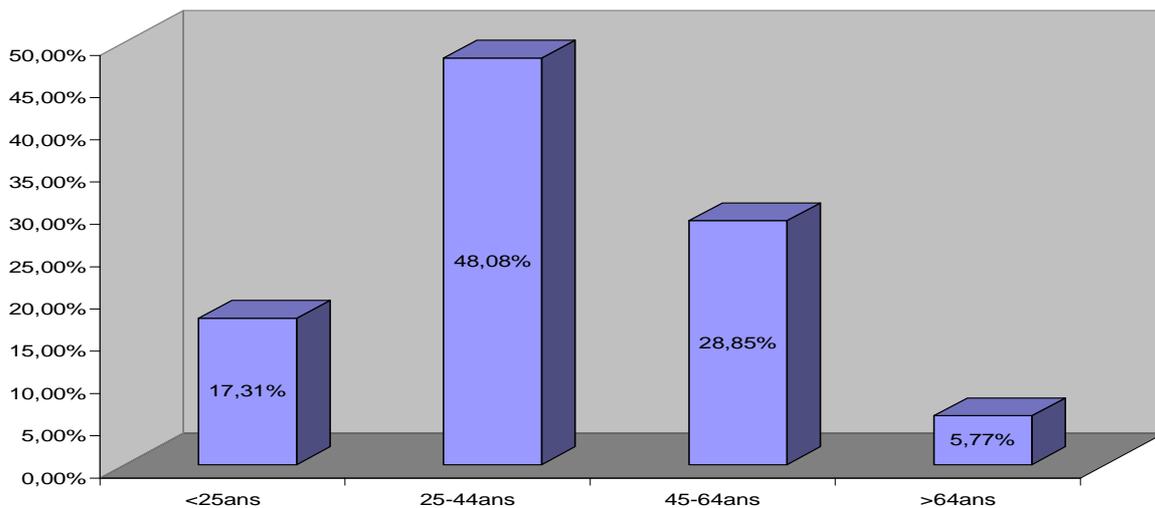
Notre étude s'est déroulée sur 4 mois (1<sup>er</sup> Janvier au 30 Avril 2007). Elle a concerné tous les malades hospitalisés au Service des Maladies Infectieuses et Tropicales du CHU du Point G durant cette période. Au total 65 accompagnateurs ont été récéncés pour une moyenne d'environ 2 accompagnateurs par malade, donc 13 (20%) ont refusé de participer à notre enquête pour des raisons de confiance et de confidentialité.

➤➤ Données socio - démographiques :



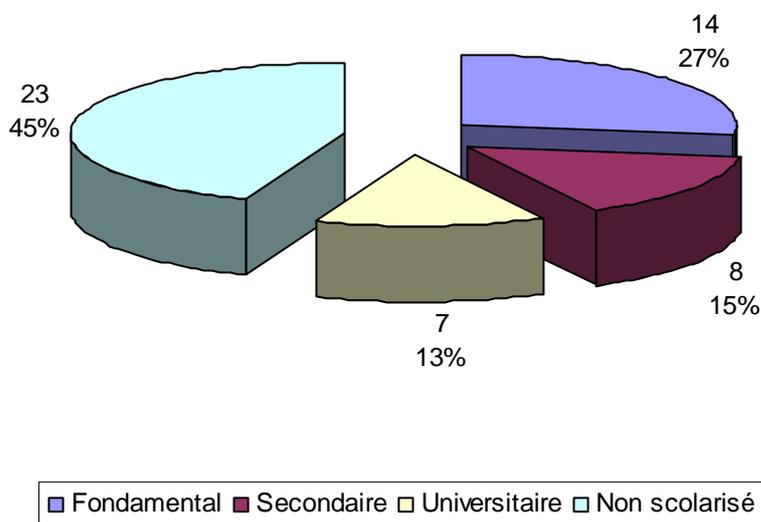
**Figure 7** : Répartition des accompagnateurs selon le sexe

Le sexe féminin était le plus représenté avec 62% des accompagnateurs soit un sexe ratio de 0,62.



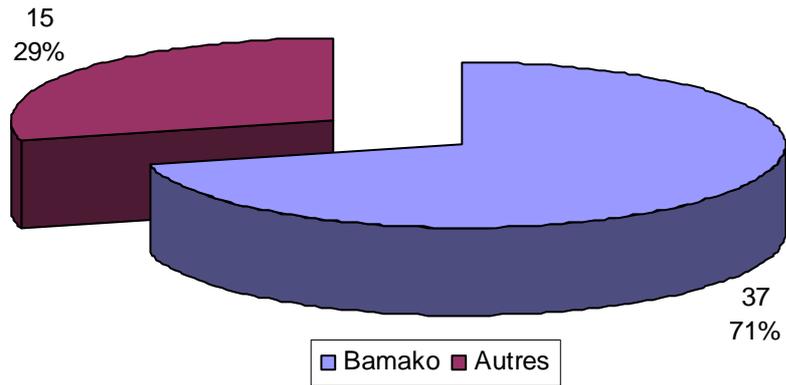
**Figure 8** : Répartition des accompagnateurs selon la tranche d'âge

La tranche d'âge de 25-44 ans était la plus représentée dans 48,1% des cas avec une moyenne d'âge autour de 39 ans et des extrémités situées entre 19 et 67 ans



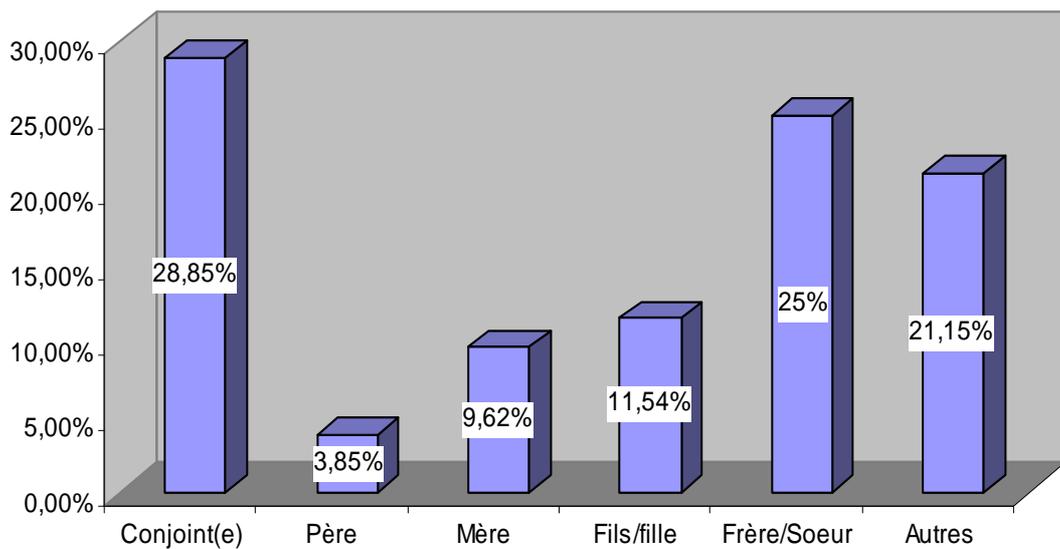
**Figure 9** : Répartition des accompagnateurs selon le niveau de scolarisation

La catégorie « non scolarisée » était la plus représentée avec 45% des cas



**Figure 10** : Répartition des accompagnateurs selon la provenance

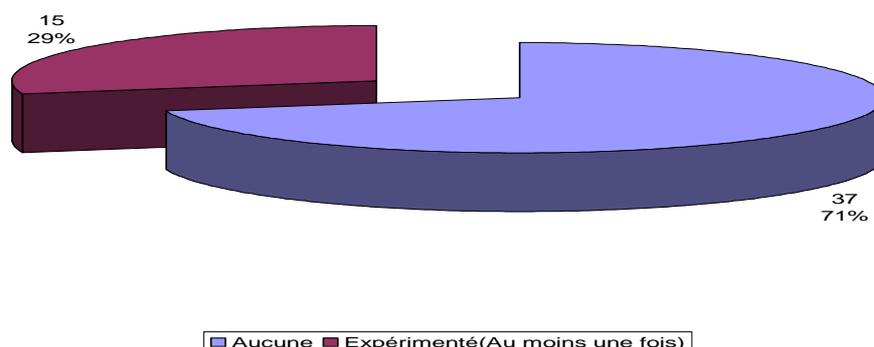
Les accompagnateurs résidaient à Bamako dans 71% des cas



**Figure 11** : Répartition des accompagnateurs selon le degré de parenté.

Les conjoints (es) représentaient 28,85% des accompagnateurs.

\*Autre= cousin=2, oncle=2, nièce=4, beau-frère=2, ami=1



**Figure 12 :** Répartition des accompagnateurs selon l'expérience dans l'accompagnement. Ceux qui n'avaient aucune expérience dans l'accompagnement représentaient 71% des accompagnateurs

➤ ➤ Données sur les connaissances des accompagnateurs en matière de VIH

**Tableau VIII :** Répartition selon la connaissance du VIH/SIDA

Qu'est ce que le VIH/SIDA	Fréquence	Pourcentage
Infection sexuellement transmissible (IST)	18	34,6
Mauvais sort	5	9,6
Maladie sanguine	1	1,9
Syndrome d'immunodéficience acquis (SIDA)	4	7,7
IST + Maladie sanguine	9	17,3
IST + SIDA	6	11,5
IST + Maladie sanguine + SIDA	9	17,3
<b>TOTAL</b>	<b>52</b>	<b>100,0</b>

Parmi les accompagnateurs interrogés, 34,6% disent que le VIH/SIDA est une infection sexuellement transmissible, tandis que 9,6% pensent que le SIDA est dû à un mauvais sort.

**Tableau IX : Répartition selon la connaissance des modes de transmission**

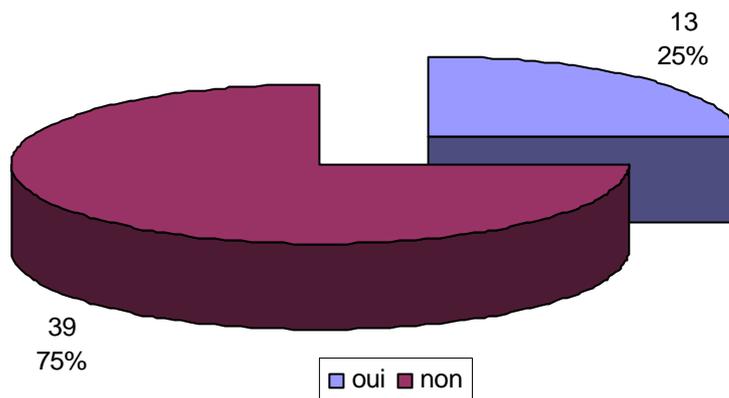
<b>modes de transmission</b>	<b>Fréquence</b>	<b>Pourcentage</b>
Rapports sexuels non protégés	16	30,7
Envoûtement	3	5,8
Rapports sexuels non protégés + Transfusion sanguine	3	5,8
Rapports sexuels non protégés + Utilisation d'un matériel souillé	6	11,5
Rapports sexuels non protégés + Transfusion sanguine + Contamination materno-fœtale + Utilisation d'un matériel souillé	14	26,9
Rapports sexuels non protégés + Transfusion sanguine + Contamination materno-fœtale + La salive + Utilisation d'un matériel souillé + Un moustique	4	7,7
Rapports sexuels non protégés + Transfusion sanguine + Utilisation d'un matériel souillé	6	11,5
<b>Total</b>	<b>52</b>	<b>100,0</b>

Parmi les accompagnateurs interrogés, 30,7% pensent que la transmission du VIH est uniquement sexuelle, alors que seulement 26,9% connaissent les principaux modes de contamination.

**Tableau X : Répartition des accompagnateurs selon le mode de prévention contre le VIH .**

Comment vous protégez-vous du VIH ?	Fréquence	Pourcentage
Aucune protection	16	30,8
Ne sais pas	2	3,8
Abstinence	2	3,8
Fidélité	15	28,8
Préservatif	9	17,3
Fidélité + Préservatif	6	11,5
Protection divine	1	1,65
Fétiches	1	1,65
Total	52	100,0

Jusqu'à 30,8% des accompagnateurs interrogés affirment ne prendre aucune précaution particulière pour se prévenir du VIH.



**Figure 13 :** Répartition des accompagnateurs selon la connaissance du traitement du VIH.

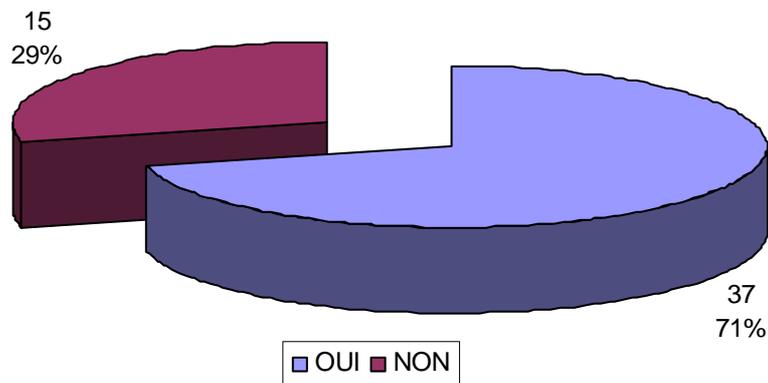
Les accompagnateurs interrogés disent à 75% qu'il n'existe pas de traitement curatif contre le VIH

**Tableau XI : Répartition des accompagnateurs selon la connaissance du traitement curatif contre le VIH.**

Traitement curatif du VIH	Fréquence	Pourcentage
ARV	2	15,4
Traitement traditionnel	5	38,5
Ne sais pas	6	46,2
<b>Total</b>	<b>13</b>	<b>100</b>

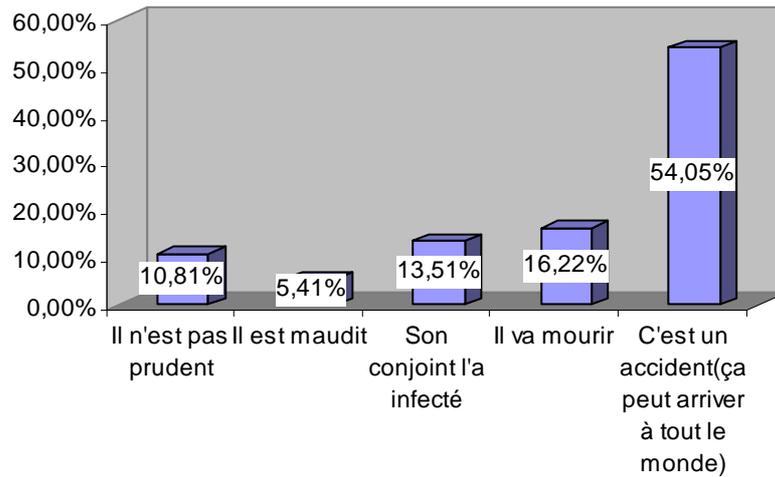
La plupart des accompagnateurs (84,7%), qui affirment qu'il existe un traitement curatif ne connaissent pas le nom des médicaments ARV

➤ ➤ Données sur les attitudes des accompagnateurs vis-à-vis de leurs malades



**Figure 14** : Répartition des accompagnateurs selon la connaissance de la sérologie du malade.

Les accompagnateurs interrogés étaient informés de la séropositivité de leur malade dans 71% de cas



**Figure 15 :** Répartition des accompagnateurs selon le sentiment éprouvé face au malade.

Parmi les 37 accompagnateurs informés de la séropositivité du malade, 45,95% ont des idées négatives sur les malades du VIH/SIDA (Imprudence du malade, la malédiction, la mort, accusation du conjoint).

**Tableau XII : Relation entre sentiments éprouvés et degré de parenté**

degré de parenté	Qu'avez-vous pensé de votre malade lorsque vous avez été informé de sa maladie ?					
	Il n'est pas prudent	Il est maudit	Son conjoint l'a infecté	Il va mourir	C'est un accident	Total
Conjoint(e)	1(25%)	1(50%)	0	4(67,7%)	5(25%)	<b>11(29,7%)</b>
Père	1(25%)	0	0	0	0	<b>1(2,7%)</b>
Mère	1(25%)	0	2(40%)	0	0	<b>3(8,1%)</b>
Fils/fille	0	0	0	0	6(30%)	<b>6(16,2%)</b>
Frère/Soeur	0	1(50%)	3(60%)	2(33,3%)	5(25%)	<b>11(29,7%)</b>
Autres	1(25%)	0	0	0	4(20%)	<b>5(13,5%)</b>
<b>TOTAL</b>	<b>4(100%)</b>	<b>2(100%)</b>	<b>5(100%)</b>	<b>6(100%)</b>	<b>20(100%)</b>	<b>37(100%)</b>

Parmi les accompagnateurs qui ont pensé que le malade va mourir, 67,7% étaient représentés par les conjoints.

La belle famille a accusé à 100% (60% par les frères/sœur et 40% par les mères) les conjoints d'avoir infecté leur fils/fille

\*Autre= cousin, oncle, nièce, beau-frère

**Tableau XIII : Attitude des accompagnateurs vis à vis des malades après connaissance de la séropositivité.**

<b>Attitude des accompagnateurs</b>	<b>Fréquence</b>	<b>Pourcentage</b>
Vous l'avez rejeté	4	10,8
Vous lui avez juste fait des reproches	3	8,1
Vous l'avez réconforté	14	37,8
Vous l'avez conseillé	1	2,7
Vous êtes restés indifférent	10	27,0
Vous l'avez réconforté + Vous l'avez conseillé	5	13,5
<b>Total</b>	<b>37</b>	<b>100,0</b>

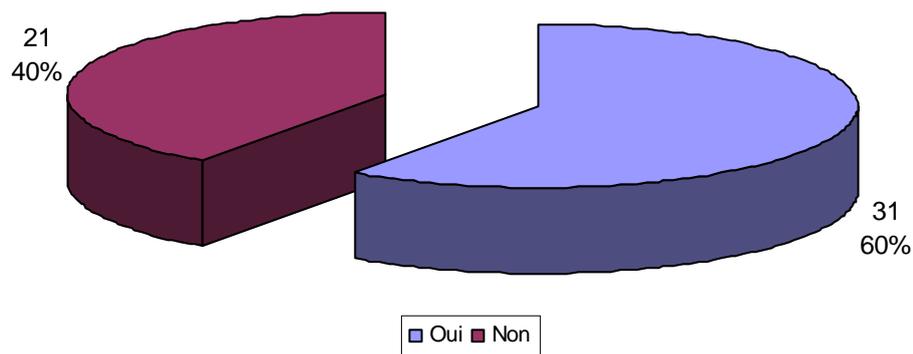
Seulement 10,8% des accompagnateurs affirment avoir eu une attitude de rejet vis-à-vis du malade

**Tableau XIV : Relation entre l'attitude vis-à-vis du malade et le degré de parenté**

Degré de parenté	Quelle a été votre attitude vis-à-vis de lui						TOTAL
	Vous l'avez rejeté	Vous lui avez fait des reproches	Vous l'avez réconforté	Vous l'avez conseillé	Vous êtes restés indifférent	3+4	
Conjoint(e)	4(100%)	1(33,3%)	5(35,7%)	0	1(10%)	0	<b>11(29,7%)</b>
Père	0	1(33,3%)	0	0	0	0	<b>1(2,7%)</b>
Mère	0	1(33,3%)	2(14,2%)	0	0	0	<b>3(8,1%)</b>
Fils/fille	0	0	3(21,4%)	0	3(30%)	0	<b>6(16,2%)</b>
Frère/sœur	0	0	3(21,4%)	0	5(50%)	3(60%)	<b>11(29,7%)</b>
Autres	0	0	1(7,1)	1(100%)	1(10%)	2(40%)	<b>5(13,5%)</b>
<b>TOTAL</b>	<b>4(100%)</b>	<b>3(100%)</b>	<b>14(100%)</b>	<b>1(100%)</b>	<b>10(100%)</b>	<b>5(100%)</b>	<b>37(100%)</b>

3=Vous l'avez réconforté    4=Vous l'avez conseillé

Les accompagnateurs qui ont rejeté le malade étaient tous des conjoints (100%). Les parents directs sont restés indifférents dans 80% des cas (50% de frères/sœurs et 30% de fils/filles).



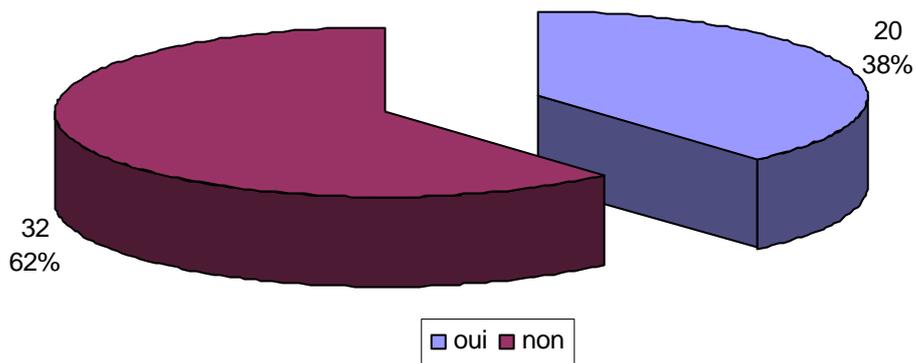
**Figure 16** : Répartition des accompagnateurs selon la connaissance du risque de contamination à l'hôpital.

Les accompagnateurs interrogés pensent à 60% qu'ils courent un risque de contamination en séjournant dans le service et en assistant les malades.

**Tableau XV** : Répartition des accompagnateurs selon le mode de prévention du risque de contamination à l'hôpital.

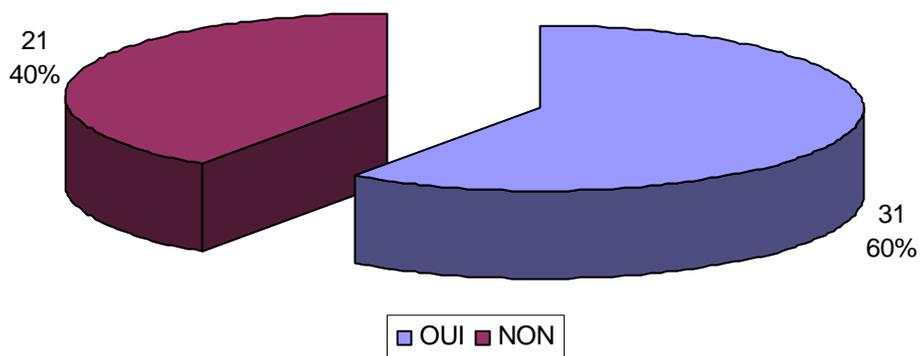
Si oui, comment vous protégez vous	Fréquences	Pourcentage
Aucune protection	5	16,1
Je ne touche pas son sang	9	29
Je ne touche pas son sang + Je ne touche pas ses liquides biologiques	8	25,8
Je ne mange pas avec lui + Je ne touche pas son sang + Je ne touche pas ses liquides biologiques	9	29
<b>TOTAL</b>	<b>31</b>	<b>100</b>

Parmi les 31 accompagnateurs qui estiment qu'il y a un risque de contamination en séjournant et en assistant leur malade à l'hôpital, 29% disent que pour se prévenir de ce risque ils ne mangent pas avec le malade et ne touchent son sang ni ses liquides biologiques, alors que 16,1% disent n'avoir aucune protection



**Figure 17** : Répartition des accompagnateurs selon la connaissance de leur statut sérologique.

Seulement 38% des accompagnateurs interrogés connaissaient leur statut sérologique



**Figure 18** : Répartition des accompagnateurs selon l'acceptabilité au test sérologique du VIH.

Jusqu'à 60% des accompagnateurs interrogés se disaient prêts à faire ou à refaire une sérologie VIH

➤➤ Données sur l'autonomie du malade

**Tableau XVI : Répartition selon le degré de dépendance du malade**

<b>Activités</b>	<b>Oui</b>	<b>Non</b>	<b>Total (%)</b>
Se déplace avec aide	34(65,4%)	18(34,6%)	100%
Mange avec aide	28(53,8%)	24(46,2%)	100%
Se lave avec aide	33(63,5%)	19(36,5%)	100%
Prend ses médicaments avec aide	40(76,9%)	12(23,1%)	100%
Dépôts des prélèvements et retrait des résultats	49(94,3%)	3(5,7%)	100%
Règle ses factures avec aide	45(86,5%)	7(13,5%)	100%

Dans 86,5% de cas les patients hospitalisés avaient besoin d'aide pour régler les factures. Seuls 53,8% des malades avaient besoin d'aide pour manger.

Dans 76,9% de cas les patients avaient eu besoin d'aide pour prendre les médicaments. Les malades n'avaient pas besoin d'aide pour se déplacer dans 34,6%.

➤➤ Données sur le rôle de l'accompagnateur

**Tableau XVII : Répartition selon le rôle de l'accompagnateur**

Rôle de l'accompagnateur	Oui		Non	
	Fréquence	%	Fréquence	%
surveiller les soins	49	94,2	3	5,8
administrer les médicaments	34	65,4	18	34,6
aider le malade à s'habiller	28	53,8	24	46,2
aider le malade à faire sa toilette	33	63,5	19	36,5
vider le pot du malade	36	69,2	16	30,8
recupère les résultats	48	92,3	4	7,7
aider le malade à s'alimenter	28	53,8	24	46,2
aider pour l'achat des médicaments	50	96,2	2	3,8

Les accompagnateurs ont surveillé les soins administrés (horaire de prise des médicaments, rappel aux infirmiers) et veillé à l'observance dans 94,2% de cas.

A 96,2% des cas, les accompagnateurs achetaient les médicaments pour leur malade tandis que 65,4% des accompagnateurs administraient les médicaments aux malades. Environ 53,8% des accompagnateurs aidaient les malades à s'habiller ; 63,5% aidaient les malades à faire leur toilette et 69,2 % des cas vidaient le pot de leur malade. Ils récupéraient les résultats de leur malade dans 92,3%. Seul 53,8% des accompagnateurs aidaient les malades à s'alimenter

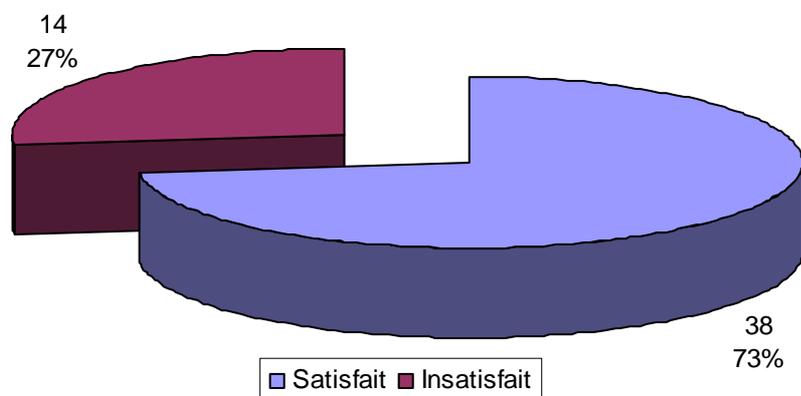
➤ ➤ Données sur l'appréciation des accompagnateurs sur les prestations dans le service

**Tableau XVIII : Répartition des problèmes reprochés au personnel**

<b>problèmes reprochés au personnel</b>	<b>Fréquence</b>	<b>Pourcentage</b>
Indisponibilité des médecins et des infirmiers	4	7,7
Prescription anarchique des médicaments et des analyses cliniques	7	13,5
Absence d'explication sur l'évolution de la maladie	7	13,5
Indisponibilité des médecins et des infirmiers + Prescription anarchique des médicaments et des analyses cliniques	1	1,9
Prescription anarchique des médicaments et des analyses cliniques + Absence d'explication sur l'évolution de la maladie	1	1,9
Aucun reproche	23	44,2
Autres	9	17,3
<b>Total</b>	<b>52</b>	<b>100,0</b>

\*Autres= les accompagnateurs font le travail des infirmiers, mauvais entretien des infrastructures (toilette, literie, ventilateurs), absence d'explication sur les moyens de prévention, élargir les investigations à autre chose que le VIH/SIDA, présence de beaucoup de moustiques, l'administration devrait prendre aussi en charge le traitement adjuvant, l'horaire de la prise de médicaments n'est pas fixe, donner des masques aux accompagnateurs.

Les accompagnateurs ont fait des reproches au personnel dans 55,8% des cas.



**Figure 19** : Répartition des accompagnateurs selon le sentiment général sur les prestations

Les accompagnateurs étaient satisfaits par la prestation hospitalière dans 73% de cas.

**Tableau XIX** : Répartition des accompagnateurs selon leurs sources d'insatisfaction

Si insatisfait	Fréquence	Pourcentage
Médecins	5	38,5
Infirmiers	2	15,4
Aides soignants	1	7,7
Médecins + Infirmiers	1	7,7
Médecins + Infirmiers + Aides soignants	4	30,8
<b>Total</b>	<b>13</b>	<b>100,0</b>

Les accompagnateurs portaient leur insatisfaction dans 38,5% des cas sur les médecins et dans 30,8% des cas sur l'ensemble du personnel.

**Tableau XX : Relation entre le niveau d'instruction de l'accompagnateur et la connaissance de la séropositivité du malade**

niveau d'instruction	connaissance de la pathologie		
	Oui	Non	Total
Fondamental	7(50%)	7(50%)	14(100%)
Secondaire	5(62,5%)	3(37,5%)	8(100%)
Universitaire	7(100%)	0	7(100%)
Non scolarisé	18(78,3%)	5(21,7%)	23(100%)
<b>Total</b>	<b>37(71,2%)</b>	<b>15(28,8%)</b>	<b>52(100%)</b>

Tous les accompagnateurs qui avaient un niveau universitaire étaient informés de la séropositivité du malade

**Tableau XXI : Relation entre connaissance des modes de transmission et le niveau d'instruction**

Mode de transmission	Niveau d'instruction				
	Fondamental	Secondaire	Universitaire	Non scolarisé	Total
Rapports sexuels non protégés (1)	2(13,3)	0	0	13(86,7%)	<b>15(100%)</b>
Envoûtement (8)	0	0	0	3(100%)	<b>3(100%)</b>
Autres (9)	0	0	0	1(100%)	<b>1(100%)</b>
1+2	1(33,3%)	0	0	2(66,7%)	<b>3(100%)</b>
1+6	3(50%)	1(16,7%)	0	2(33,3%)	<b>6(100%)</b>
1+2+3+6	2(14,3%)	4(28,6%)	7(50%)	1(7,1%)	<b>14(100%)</b>
1+2+3+4+6+7	3(75%)	0	0	1(25%)	<b>4(100%)</b>
1+2+6	3(50%)	3(50%)	0	0	<b>6(100%)</b>
<b>Total</b>	<b>14(26,9%)</b>	<b>8(15,4%)</b>	<b>7(13,5%)</b>	<b>23(44,2%)</b>	<b>52(100%)</b>

2= Transfusion sanguine ; 3= Contamination materno-fœtale ; 4=La salive ;  
5=Repas commun ; 6=Utilisation d'un matériel souillé ; 7=Moustique

Parmi les accompagnateurs qui connaissent uniquement la transmission sexuelle, 86,7% sont non scolarisés. Tous les universitaires interrogés connaissaient tous les modes de transmission cités.

**Tableau XXII: Relation entre niveau d’instruction et moyens de prévention.**

Moyens de prévention	Niveau d’instruction				Total
	Fonda mental	Secondaire	Universitaire	Non scolarisé	
Aucune protection	4(28,6%)	0	0	12(52,2%)	<b>16(30,8%)</b>
Ne sais pas	1(7,1%)	0	0	1(4,3%)	<b>2(3,8%)</b>
Abstinence	1(7,1%)	0	0	1(4,3%)	<b>2(3,8%)</b>
Fidélité	4(28,6%)	5(62,5%)	0	6(26,1%)	<b>15(28,8%)</b>
Préservatif	3(21,4%)	2(25%)	3(42,9%)	1(4,3%)	<b>9(17,3%)</b>
Autres	0	0	0	2(8,7%)	<b>2(3,8%)</b>
Fidélité + Préservatif	1(7,1%)	1(12,5%)	4(57,1%)	0	<b>6(11,5%)</b>
<b>Total</b>	<b>14(100%)</b>	<b>8(100%)</b>	<b>7(100%)</b>	<b>23(100%)</b>	<b>52(100%)</b>

Cinquante deux pour cent des non scolarisés n’avaient aucune protection contre le VIH/SIDA, seul 4,3% utilisaient le préservatif.

Les universitaires utilisaient uniquement les préservatifs pour se protéger dans 42,9% des cas

**Tableau XXIII : Relation entre connaissance de son statut sérologique et la provenance.**

Provenance	Connaissez vous votre statut sérologique		Total
	oui	non	
Bamako	18(90%)	19(59,4%)	37(71,2%)
Autres	2(10%)	13(40,6%)	15(28,8%)
<b>Total</b>	<b>20(100%)</b>	<b>32(100%)</b>	<b>52(100%)</b>

Parmi les accompagnateurs qui connaissaient leur statut sérologique, 90% provenaient de Bamako et seulement 10% hors de Bamako

**Tableau XXIV : Relation entre connaissance du statut du patient et l'acceptabilité du test sérologique.**

Etes-vous prêt (e) à faire la sérologie VIH	connaissance de la pathologie		Total
	Oui	Non	
Oui	21(56,8%)	10(66,7%)	<b>31(59,6%)</b>
Non	16(43,2%)	5(33,3%)	<b>21(40,4%)</b>
<b>Total</b>	<b>37(100%)</b>	<b>15(100%)</b>	<b>52(100%)</b>

Parmi les accompagnateurs informés de la séropositivité du malade, seul 56,8% étaient prêts à faire leur sérologie VIH.

**Tableau XXV : Relation entre niveau d’instruction et expérience dans l’accompagnement .**

Niveau d'instruction	Expérience dans l'accompagnement		Total
	Aucune	Expérimenté (+ d'une fois)	
Fondamental	9(25%)	5(31,3%)	14(26,9%)
Secondaire	7(19,4%)	1(6,3%)	8(15,4%)
Universitaire	3(8,3%)	4(25%)	7(13,5%)
Non scolarisé	17(47,2%)	6(37,5%)	23(44,2%)
<b>Total</b>	36(100%)	16(100%)	52(100%)

Ceux qui avaient l’expérience dans l’accompagnement étaient à majorité les non scolarisés

**Tableau XXVI : Relation entre provenance de l’accompagnateur et connaissance du traitement**

provenance	Si oui lequel			Total
	ARV	Traitement traditionnel	Ne sais pas	
Bamako	2(100%)	1(20%)	2(33,3%)	5(38,5%)
Autres	0	4(80%)	4(66,7%)	8(61,5%)
<b>Total</b>	2(100%)	5(100%)	6(100%)	13(100%)

Quatre vingt pour cent de ceux qui ont évoqués le traitement traditionnel venaient hors de Bamako.

**Tableau XXVII : Relation entre degré de parenté et l'acceptabilité du test sérologique au VIH.**

Degré de parenté	Etes vous prêt à faire la sérologie VIH		Total
	Oui	Non	
Conjoint(e)	7(46,7%)	8(53,3%)	15(100%)
Père	0	2(100%)	2(100%)
Mère	2(40%)	3(60%)	5(100%)
Fils/fille	5(83,3%)	1(16,7%)	6(100%)
Frère/Sœur	10(76,9%)	3(23,1%)	13(100%)
Autres	7(63,6%)	4(36,4%)	11(100%)
<b>Total</b>	<b>31(59,6%)</b>	<b>21(40,4%)</b>	<b>52(100%)</b>

Sur les 15 conjoints interrogés et informés du statut du malade, 8 (53,3%) ont refusé de faire le dépistage

**Tableau XXVIII : Relation entre tranche d'âge et compliance au test sérologique**

Tranche d'âge	Etes vous prêt à faire la sérologie VIH		Total
	Oui	Non	
<25ans	7(77,8%)	2(22,2%)	9(100%)
25-44ans	17(68%)	8(32%)	25(100%)
45-64ans	5(33,3%)	10(66,7%)	15(100%)
>64ans	2(66,7%)	1(33,3%)	3(100%)
<b>Total</b>	<b>31(59,6%)</b>	<b>21(40,4%)</b>	<b>52(100%)</b>

Les sujets âgés de moins de 25 ans étaient plus d'accord à faire le test sérologique VIH

# COMMENTAIRES & DISCUSSIONS

---

## DISCUSSIONS

### 1. Limites et difficultés rencontrées

Au cours de notre étude, nous nous sommes heurtés à des problèmes tels que la réticence des accompagnateurs à répondre aux questions jugées délicates et personnelles, la crainte de certains accompagnateurs à adhérer aux questions relatives à la qualité du personnel par crainte des représailles.

### 2. Données sociodémographiques

Dans notre étude, 61,54% des accompagnateurs étaient des femmes. Cette fréquence peut s'expliquer par la plus grande disponibilité des femmes dans notre société. Cependant, TRAORE à rapporter une prédominance masculine de l'ordre de 66,8% [25].

La tranche 25-44 ans constituait 48,08% des accompagnateurs, ceci pourrait s'expliquer par le fait qu'il s'agit de la couche la plus active de la population. Ces résultats sont semblables à ceux de Djoko qui a trouvée 44,1% dans la même tranche [24].

La majorité des sujets était non-scolarisée. Ceci expliquerait la mauvaise connaissance sur la maladie et ses modes de transmission. Nous avons noté que 71,15% des accompagnateurs résidaient à Bamako, contrairement à Djoko qui a trouvée 41,2% au service de phtisiologie du CHU du point G. [24]

Des accompagnateurs qui résidaient hors de Bamako, 73,3% étaient de sexe féminin, contrairement à DIARRA qui a retrouvé 71,5% d'hommes. [38]

Les conjoints étaient les plus représentés car ils sont les premiers concernés et sont à même de connaître et de satisfaire au mieux les besoins du malade.

Les sujets n'avaient aucune expérience en matière d'accompagnement dans 69,23% des cas. Ceux qui disaient avoir de l'expérience étaient non scolarisés, la majorité d'entre eux. Ceci pourrait s'expliquer par le fait qu'ils travaillent dans l'informel donc pouvaient décider plus facilement de leur emploi du temps contrairement aux fonctionnaires.

### **3. Données sur les connaissances des accompagnateurs en matière de VIH/SIDA**

Les accompagnateurs à 100% prétendaient avoir entendu parler du VIH dont 34,6% le considéraient uniquement comme sexuellement transmissible, peut être du fait que la plupart des campagnes de prévention sont ciblées sur ce mode de transmission qui est de loin le plus fréquent.

Ceux qui connaissaient uniquement la voie sexuelle étaient représenté à 87% par les non scolarisés.

Les accompagnateurs connaissaient au moins un mode de transmission du VIH dans 92,3% de cas, conformément à TRAORE qui a trouvé 72,22% au Centre national de transfusion sanguine en 2006 [25].

Seulement 26,9% des accompagnateurs connaissaient tous les modes de contamination usuels mentionnés dans la fiche d'enquête dont 50% avaient un niveau universitaire, peut être parce qu'en dehors de l'audiovisuel qui est la première source d'information des populations sur le VIH/SIDA selon TRAORE [25], ils ont accès à d'autres sources d'informations écrites notamment.

Trente pour cent des accompagnateurs interrogés disaient n'avoir utilisé aucune méthode de protection contre le VIH. Ils avaient tous le niveau fondamental ou non scolarisés.

Seulement 17,3% utilisaient le préservatif. Cette faible utilisation du préservatif peut s'expliquer par les convictions religieuses et le contexte social.

Les universitaires ont déclaré dans 57,1% de cas qu'ils utilisaient à la fois la fidélité et le préservatif. Cette double précaution peut s'expliquer par le doute sur la réciprocité de la fidélité ou pour des raisons de planning familial.

TRAORE qui travaillait sur une population scolaire et estudiantine a retrouvé que 83,1% des personnes interrogées préconisaient le préservatif [25].

Des accompagnateurs interrogés, 25% disaient qu'il existe un traitement curatif contre le VIH donc près de 2/3 résidaient hors de Bamako. Jusqu'à 38,5% ont évoqués le traitement traditionnel, alors que 46,2% affirmaient ne pas savoir le nom du traitement, la plupart résidant hors de Bamako et non scolarisée. Nous pouvons comprendre que Bamako étant la capitale politique et économique abrite plusieurs centres d'informations, d'éducation et de prise en charge sur le VIH, et possède le personnel le plus qualifié en même temps que la population la plus scolarisée.

Seulement 15,4% ont évoqué le traitement ARV.

Ces résultats nous permettent d'établir un lien entre les connaissances sur le VIH, le niveau de scolarisation et la provenance des accompagnateurs du fait que ceux qui possédaient des connaissances suffisantes sur la pathologie étaient scolarisés et provenaient de Bamako.

#### **4. Données sur les attitudes des accompagnateurs face au VIH**

Les accompagnateurs informés de la séropositivité de leur malade représentaient 71,15%. Les réactions ont différé en fonction du degré de parenté et du niveau de scolarisation.

Plus de la moitié des accompagnateurs considèrent que l'infection est accidentelle et que cela pourrait arriver à n'importe qui. Cela est peut être dû au fait que les modes de contamination sont divers. Cette catégorie était représentée surtout par les parents naturels (frères/sœur, mère), ce qui symbolise l'importance de la famille dans le soutien psychologique indispensable pour les PVVIH.

Ceux qui ont accusé le conjoint sont à 100% les parents naturels, alors que les conjoints ont pensé que le malade va mourir dans 67,7% des cas. Cela est dû au fait que la plupart des personnes interrogées savent que la maladie est incurable. Seulement 10,8% des accompagnateurs informés de la séropositivité ont avoué avoir rejeté le malade, c'était essentiellement les conjoints des patients. Cela répond à la logique populaire de la culpabilité du premier déclaré séropositif ou malade du sida dans le couple. Le VIH/SIDA a ainsi des graves conséquences sur la stabilité de la famille en général et du couple en particulier.

Les accompagnateurs sont restés indifférents vis-à-vis du malade dans 27% des cas, donc 80% étaient des parents directs.

Les patients se sont sentis réconfortés dans 37,8% de cas dans 2/3 de cas par leurs parents directs (frères/sœur).

Seulement 13,5% des accompagnateurs ont à la fois réconforté et conseillé le malade à cause de la mauvaise connaissance de la population générale en matière de VIH/SIDA.

Les accompagnateurs qui pensaient qu'il existe un risque de contamination en séjournant et en assistant le malade à l'hôpital représentaient 59,62%. Pour se protéger de ce risque, 29% disaient ne pas toucher le sang du malade, alors que 25,8% disaient qu'ils ne touchaient ni le sang, ni les liquides biologiques du malade. Ceux qui affirmaient ne prendre aucune précaution bien qu'étant informés du risque de contamination représentaient 16,1%, par solidarité avec le malade et pour éliminer toute idée de stigmatisation.

Jusqu'à 61,54% des accompagnateurs interrogés ne connaissaient pas leur propre statut sérologique, 40,38% refusaient de faire la sérologie VIH bien qu'étant en majorité informés du statut du malade. Cela est dû à la stigmatisation liée à la maladie et par crainte d'être rejeté par les proches dans certains cas, dans d'autres cas la crainte d'assumer le statut de séropositif à l'origine d'un syndrome dépressif chez certains malades.

##### **5. Données sur l'autonomie du malade**

La majorité des malades avaient besoin d'une aide financière, également d'une aide pour le dépôt des prélèvements et le retrait des résultats (94,3%). La plupart avaient besoin d'aide pour manger (53,8%), pour prendre leurs médicaments (76,9%), pour se déplacer (65,4%) et 63,5% avaient besoin d'aide pour leur toilette. Ces résultats sont contraires à ceux de DJOKO qui a retrouvé respectivement 8,8%, 23,5% de dépendance pour manger et pour la prise des médicaments [24], du fait que les pathologies retrouvées dans le service de Pneumologie ont moins d'impact sur l'état général que l'infection à VIH. Cette forte dépendance des malades admis au service des maladies infectieuses et tropicales est la conséquence directe du dépistage tardif. La plupart des malades arrivent au décours de l'apparition d'infections opportunistes majeures avec atteinte cérébrale et fortement immunodéprimés.

##### **6. Données sur l'importance de l'accompagnateur**

Les patients avaient besoin de leur accompagnateur pour manger dans 53,8% des cas et 53,8% de ces derniers habillaient leur patient. La surveillance des soins infirmiers était assurée par 94,2% des accompagnateurs (perfusion, injection, horaire de prise des médicaments), 69,2% vidaient le pot de leur malade. Parmi eux 63,5% se chargeaient de la toilette du malade. A noter que certains malades n'avaient pas fait leur toilette depuis leur hospitalisation, soit

par négligence des familles, soit par consigne mal comprise du personnel et 65,4% administraient les traitements ARV et adjuvant.

Les accompagnateurs récupéraient les résultats des analyses dans 92,3%. Certains entraient avec leur bilan, mais il est à noter que les résultats sont à la charge de l'infirmier. Les accompagnateurs allaient acheter les médicaments prescrits dans 96,2% de cas. Tout ceci pourrait mettre en évidence une des faiblesses du système de soins de nos hôpitaux ou la place de l'accompagnateur devient prépondérante.

### **7. Données sur l'appréciation des accompagnateurs sur les prestations dans le service**

Des reproches ont été faites au personnel de santé (63,8%), au niveau de :

- *La communication* : l'absence d'explication sur l'évolution de la maladie, sur les moyens de prévention et le manque de disponibilité du personnel,
- *L'hébergement* : le manque d'hygiène des salles et des toilettes, le mauvais état ou l'absence des ventilateurs, présence de moustiques, absence d'infrastructures pour les accompagnateurs
- *Le suivi* : les visites irrégulières des médecins, le retard dans l'exécution des soins (horaire des médicaments non fixée) infirmiers et le traitement adjuvant très coûteux. Ces plaintes ont été également retrouvées par KOFFI et coll. en 2001 au CHU de Cocody à Abidjan en Cote d'Ivoire. [39].

Parmi les accompagnateurs 26,9% ont avoué ne pas être satisfaits de la prestation du service et 38,5% de l'insatisfaction portait sur les médecins par leur manque de disponibilité en dehors des jours de visite, le manque d'explication sur l'évolution de la maladie, du fait que les médecins sont hospitalo-universitaires et ne peuvent être présents à 100% dans les salles d'hospitalisation et qu'ils font également le suivi de malades en externe. Les reproches portaient sur les infirmiers à 15,4% et 30,08% des reproches étaient adressés à l'ensemble du personnel.

# CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

## CONCLUSION

En moyenne, chaque malade avait deux accompagnateurs, la majorité était des femmes et la moyenne d'âge était de 39 ans. La majorité était non scolarisée, résidait à Bamako et n'avait aucune expérience dans l'accompagnement. Les conjoints représentaient un grand pourcentage. La plupart des accompagnateurs définissaient le VIH/SIDA comme une infection sexuellement transmissible. Ils ont affirmé ne prendre aucune précaution pour se protéger du VIH au quotidien mais font plus attention durant leur séjour à l'hôpital. Nous constatons que les connaissances des accompagnateurs sur le VIH/SIDA ne sont pas encore à la hauteur des efforts consentis dans ce sens.

La majorité des accompagnateurs étaient informés de la séropositivité du malade. Ils ont éprouvé un sentiment de solidarité vis-à-vis du malade. Il ressort que les patients atteints de VIH ont un sentiment de solidarité de la part de leurs parents naturels, et que par contre les conjoints mettent plus de temps à accepter le statut du malade. Très peu d'accompagnateurs du service des maladies infectieuses et tropicales connaissaient leur propre statut sérologique et tous n'ont pas accepté de faire ou de refaire le test.

La majorité des malades avaient besoin d'aide pour déposer les prélèvements, retirer les résultats et régler les factures, de même pour les soins corporels théoriquement dévolus aux soins infirmiers (prélever et acheminer au laboratoire les matières et liquides, hygiène du malade, etc.).

Nous pourrions donc conclure que la présence des accompagnateurs n'est pas indispensable pour le malade. Elle semble en revanche très utile aux infirmiers.

Les accompagnateurs sont confrontés à l'hôpital aux problèmes de communication, de suivi et d'hébergement. Dans la majorité des cas, les accompagnateurs sont satisfaits par la relation entretenue avec les infirmiers et les médecins, ainsi que par les prestations hospitalières.

## **RECOMMANDATIONS**

Les espoirs, les difficultés et les limites de notre étude inspirent quelques recommandations :

- **Au Gouvernement**

- Encourager, voire rendre obligatoire la scolarisation des enfants et promouvoir l'alphabétisation des adultes,
- Rendre gratuite la prise en charge totale des PVVIH, y compris les infections opportunistes et leur analyse.

- **Au Ministère de la Santé**

- Renforcer les programmes de sensibilisation au niveau des médias (Radio et télévision) sur la prévention contre la transmission du VIH, et sur l'importance du soutien psychologique,
- Ramener les centres de dépistage et de soins le plus près possible de la population malienne,
- Prévoir des installations pour les accompagnateurs dans les hôpitaux et y veiller à l'entretien
- Revoir à la hausse le nombre insuffisant d'infirmiers dans les hôpitaux.

- **Au service des maladies infectieuses et tropicales**

- Assurer l'information des malades et de leur famille sur le VIH lors des consultations et pendant la durée de l'hospitalisation,
- Apporter le maximum d'informations au malade et à l'accompagnateur informé de la maladie sur la gravité et l'évolution de la maladie.
- Les majors doivent se charger de la prescription des fiches d'analyse, d'effectuer les prélèvements et d'acheminer au laboratoire.

- **Aux accompagnateurs**

- Eviter tout geste, acte ou attitude de stigmatisation à l'endroit des malades.
- Encourager la scolarisation des enfants et lutter contre leur décrochage scolaire.
- Respecter les mesures d'hygiène et de salubrités dans les lieux publics.

# REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

## **REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES**

**1 site web « la conferencehippocrate.com »**

**2 O.L MAIGA**

*Connaissances, Attitudes et Comportements Sexuels en Matière de MST/SIDA en Milieu Scolaire : L'école normale supérieur de Bougouni et le Lycée monseigneur Monté Los de Sikasso.* Thèse de médecine, Bamako 2004

**3 ONUSIDA /OMS**

*Rapport sur l'Epidémie Mondial du SIDA 2007*

**4 CDC Santé Enquête Démographique et de Santé Bamako 2001**

**5 OMS**

*Guide pour la prise en Charge à Domicile des Malades du SIDA.*  
Genève: OMS, 1994: WHO/GPA/HCS/93.2: 178 P.

**6 Site web << [www.pasteur.fr/sida/découverte](http://www.pasteur.fr/sida/découverte) >>**

**7 Gentilini M, Duflo JC**

*Rétrovirose tropicale: Infection à VIH et SIDA en zone tropicale*  
Médecine tropicale ISBN : 2-257-14394-9, 1993.  
Flammarion Med.-SC

**8 Montagnier L.**

*Isolated of HT2 retrovirus (LAV) from Zairian Malaried Cowgite one with AIDS one with ARC.*  
Lancet 1984. Thome: 1183-1185

**9 Montagnier L.**

*Lutte contre le SIDA: La course contre la montre*  
Santé du monde, magazine de l'OMS, Mars 1998, p 12

**10 Fourn L., S Ducic**

*Portrait épidémiologique du SIDA et ses implications au Benin.*

Cahier « Santé » 1996 ; 6 : 317-376

**11 Malintrop Afrique, 2002, John Libbey**

*Eurotest, Paris p 589, Virus de l'immunodéficience humaine*

**12 Delaporte E.**

*Viri-épidémiologie et variabilité génotype du VIH.*

Programme SIDA de l'OSTOM à Montpellier ADHET-E.P.U du 13/05/97

« *Le VIH : Actualité virologique et thérapeutique* »

**13 Gilles Brucker, Roland Tubiana.**

*Prévention des risques professionnels et règles de désinfections*

Doin VIH édition 2001

**14 Zoungarana C.M.**

*La situation de l'infection à VIH au Sahel*

*Rapport de synthèse d'une analyse situationnelle de neuf pays du Sahel*

Janvier 1999. Division recherche CERPOD

**15 PSI.Mali, Projet jeune.**

*Prévention du VIH/SIDA, Bamako décembre 2003.*

**16 ONUSIDA et OMS**

*Le point sur l'épidémie mondiale du VIH/SIDA ; Dec 99*

**17 <http://www.documentation.ledmed.org/img/html/doc.10797.html> (21)**

**18 Coulibaly D.**

*Les causes liées aux décès des patients sous traitement anti-rétroviral dans le service des maladies infectieuses et tropicales de l'hôpital du point G*

Thèse de médecine, Bamako 2006, 06-M-277

**19 Infection à VIH et SIDA. In:**

CMIT, ed. E Pilly Montmaron Cy:

2M2 ed; 2006: 89.1, p482

**20 Gallo RC, Salahuddin SZ, Popovic M et al. :**

*Frequent detection and isolation of cytopathic retrovirus (HTLV-III) from patients with AIDS and at risk for AIDS. Science 224: 500,1984. Rapport initial identifiant de façon décisive le VIH1 comme agent responsable du SIDA)*

**21 Cours de maladies infectieuses 5<sup>ème</sup> médecine 2004-2005 (57)**

**22 Ministère de la Santé du Mali.**

*Enquête Démographie et de Santé 2006, EDSIV, CPS/MS, DNSI 2007*

**23 Bartlett JG, Belitsos, P, Sears C:**

*AIDS enteropathy. Clin Infect Dis 16: 726, 1992. Il s'agit d'une étude de l'entéropathie du SIDA avec une revue de la littérature, une évaluation diagnostic proposée, et les causes possible de « l'entéropathie idiopathique du SIDA »*

**24 Djoko Y.S**

*Place de l'accompagnateur de malade en phthisiologie et sa perception sur la qualité de service ; à propos de 34 cas*

Thèse de médecine, Bamako 2007

**25 Traore B.**

*Connaissances et comportements face au VIH/SIDA en milieu scolaire de Bamako*

Thèse de médecine, Bamako 2006, 06-M-212

**26 Haïdara R.**

*Etude de l'observance au traitement ARV dans le service des maladies infectieuses et tropicale de l'hôpital du point G*

Thèse de médecine, Bamako 2006, 06-M-297

**27 Penneys NS :**

*Skin manifestations of AIDS, 2<sup>nd</sup> ed. London, Martin Dunitz, 1995. Cette référence constitue la façon la plus simple pour voir les modifications cutanées des infections à VIH ; elle comporte les principales références.*

**28 de Smet MT, Nussenblatt RB :**

*Ocular manifestation of AIDS. JAMA 226 : 3019, 1991. Revue clinique pratique des complications ophtalmologiques du SIDA classées par structure anatomique.*

**29 Marks JB :**

*Endocrine manifestations of human immunodeficiency virus (HIV) infection. Am J Med Sci 302: 110, 1991. Revue des rapports anatomopathologiques et clinique de la littérature concernant les endocrinopathies du SIDA.*

**30 Hopwell PC :**

*Tuberculosis and infection with the human immunodeficiency virus. In Reichman LB, Hershfield ES (eds.): Tuberculosis: a comprehensive international approach. New York, Marcel Dekker, 1993,p 369. Decrit l'impact global de l'infection à VIH sur tous les aspects de la tuberculose.*

*Hopwell PC, Mazur H: Pneumocystis carinii pneumonia: current concept. In Sande MA, Volberding PA (eds.): The medical management of AIDS, 4<sup>th</sup> ed. Philadelphia, WB Saunders, 1994, p 367. Une revue générale de l'épidémiologie, de la pathogenèse, et des caractères cliniques, du diagnostic et du traitement de la PPC.*

**31 Ministère de la Santé du Mali**

*Politique et protocoles de prise en charge antirétrovirale du VIH/SIDA, 2006.*

**32 Botoro T.**

*Evaluation des infections opportunistes au cours du traitement ARV dans le cadre de l'IMAARV*

Thèse de médecine, Bamako 2005 : 05-M-227

**33 Rothe M, Israel N, Barré-Sanousi F.**

*Mécanisme de la replication virale des VIH.*

Med Therapeut 1996 ; 2 : 12-8

**34 Boniface FOMO :**

*Profil épidémiologique et clinique des infections et affections au cours du VIH/SIDA dans les services de médecine interne et d'hémo-oncologie de l'hôpital du point G.*

Thèse, Med, Bamako, 2001

**35 Price RW, Worley JM:**

*Management of the neurologic complication of HIV infection and AIDS. In Sande MA. Volberding PA (eds): The medical management of AIDS. 4<sup>th</sup> ed Philadelphia, WB Saunders, 1994, p.261.*

**36 Halvir DV, Barnes PF.**

*Tuberculosis in patients with human immunodeficiency Virus infection*

N Engl J Med 1999; 340: 367-73

**37 Dei-Cas E, Vernes A.**

*Parasitic adaptation of pathogenic fungi to mammalian hosts.*

*CRC critical reviews in microbiology 1986; 13:183-218.*

**38 Diarra B.**

*Etude des connaissances, attitudes et pratiques comportementales de la population générale de Bamako face à la tuberculose.*

Thèse Med, Bamako 2005, 05-M-60

**39 Koffi N, Horo K, N'Gom A, Kouassi A B, Beklou M N, Toloba Y, Aka-danguy E K**

*Difficultés rencontrées par les malades et leurs accompagnants en milieu hospitalier pneumologique africain*

Gestion hospitalière août -septembre 2003

**40 Halvir DV, Barnes PF.**

*Tuberculosis in patients with human immunodeficiency Virus infection*

N Engl J Med 1999; 340: 367-73

**41 Agence national de recherche sur le SIDA**

*L'Initiative sénégalaise d'accès aux médicaments antirétroviraux : Analyses économiques, sociales, comportementales et médicales*

Collection sciences sociales et SIDA ; Octobre 2002

**42 Marie A.**

Du sujet communautaire au sujet individuel. Une lecture anthropologique de la réalité africaine contemporaine. In : Marie A, ed. *L'Afrique des individus. Itinéraires citoyens dans l'Afrique contemporaine (Abidjan, Bamako, Dakar, Niamey)*. Paris : Karthala, 1997 : 53-110.

**43 Adam P, Herzlich C.**

*Sociologie de la maladie et de la médecine*. Paris : Nathan, 1994.

**44 Janzen J.**

*La quête de la thérapie au Bas-Zaïre*. Paris : Karthala, 1995.

**45 Vidal L, Msellati P.**

*Les thérapies antirétrovirales en Côte d'Ivoire : attentes suscitées et transformations sociales du rapport à la maladie*. Rapport ANRS et ministère des Affaires étrangères, 2000 : 162 p.

# ANNEXE

# FICHE D'ENQUETE

## I- Données sociodémographiques

1. Patient n°:..... 2. Nombre d'accompagnateurs :.....
3. Type de VIH : 1. VIH1 2. VIH2 3. VIH1+VIH2
4. Age :..... 5. Sexe : 1.M 2.F
6. Niveau d'instruction : 1.Fondamental 2.Secondaire 3.Universitaire 4.Non scolarisé
7. Provenance : 1. Bamako 2. Autres
8. Degré de parenté : 1. Conjoint (e) 2. Père 3. Mère 4. Fils/Fille 5. Frère/sœur
9. Expérience dans l'accompagnement : 1. Aucune 2. Expérimenté (plus d'une fois)

## II- Evaluation des connaissances et attitudes des accompagnateurs face au VIH/SIDA

10. Connaissance de la pathologie du patient : 1. Oui 2. Non (Si Non passer à Q13)
11. Qu'avez-vous pensé de votre malade lorsque vous avez été informé de sa maladie ?
1. Qu'il n'est pas prudent 2. Qu'il est maudit 3. Que son conjoint (e) l'a infecté  
4. Qu'il va mourir 5. Que c'est un accident (ça peut arriver à tout le monde)
12. Quelle a été votre attitude vis-à-vis de lui ?
1. Vous l'avez rejeter 2. Vous lui avez juste fait des reproches 3. Vous l'avez réconforté 4. Vous l'avez conseillé 5. Vous êtes resté indifférent
13. Qu'est ce que le VIH/SIDA ?
1. Une infection sexuellement transmissible 2. Un mauvais sort 3. Une maladie Sanguine 4. Un syndrome d'immunodéficience acquis 5. Une invention 6. Autres
14. Comment se transmet le VIH/SIDA ?
1. Rapports sexuels non protégés 2. Transfusion sanguine 3. Contamination Materno-foetale 4. La salive 5. Repas commun 6. Utilisation d'un matériel souillé 7. Un moustique 8. Envoûtement 9. Autres
15. Comment vous protégez vous contre le VIH/SIDA ?
1. Aucune protection 2. Ne ne sait pas 3. Abstinence 4. Fidélité 5. Préservatif 6. Autres
16. Pensez vous qu'il existe pour vous un risque de contamination en assistant votre malade et en séjournant à l'hôpital ? 1. Oui 2. Non
17. Si oui comment vous protégez vous ? 1. aucune protection 2. Je mets les gangs avant de le toucher 3. Je ne mange pas avec lui 4. Je ne touche pas son sang 5. Je ne touche pas ses liquides biologiques 6. Je ne le touche pas 7. autres.....
18. Pensez vous qu'il existe un traitement curatif contre le VIH/SIDA ? 1. Oui 2. Non

**19. Si oui lequel :**

1. ARV 2. Les antibiotiques 3. Le traitement traditionnel 4. Ne sais pas 5. Autres

**20. Connaissez vous votre statut sérologique ?** 1. Oui 2. Non

**21. Etes vous prêt à faire la sérologie VIH ?** 1. Oui 2. Non

**22. Degré d'autonomie du malade :**

**22.1 Se déplace avec aide :** 1. Oui 2. Non

**22.2 Mange avec aide :** 1. Oui 2. Non

**22.3 Se lave avec aide :** 1. Oui 2. Non

**22.4 Prend ses médicaments avec aide :** 1. Oui 2. Non

**22.5 Dépôt des prélèvements et retrait des résultats avec aide :** 1. Oui 2. Non

**22.6 Règle ses factures avec aide :** 1. Oui 2. Non

**22.7 Autres.....**

**23. Nature de l'accompagnement :**

**23.1 Surveillance des soins :** 1. Oui 2. Non

**23.2 Administration des médicaments :** 1. Oui 2. Non

**23.3 Toilette du malade :** 1. Oui 2. Non

**23.4 Habillement du malade :** 1. Oui 2. Non

**23.5 Vide le pot du malade :** 1. Oui 2. Non

**23.6 Récupère les résultats du patient :** 1. Oui 2. Non

**23.7 Aide le malade à s'alimenter :** 1. Oui 2. Non

**23.8 Achète les médicaments du malade :** 1. Oui 2. Non

**23.9 Accompagne le malade au service de radiologie :** 1. Oui 2. Non

**23.10 Autres**

**24. Problèmes reprocher au personnel**

1. Indisponibilité des médecins et des infirmiers
2. Prescription anarchique des médicaments et des analyses cliniques
3. Absence d'explication sur l'évolution de la maladie
4. Aucun
5. Autres

**25. Sentiments généraux sur la prestation**

1. Satisfait
2. Insatisfait

**Si insatisfait :** 1. Médecin 2. Infirmier 3. Aide soignant

**Pourquoi :** .....

## FICHE SIGNALITIQUE

NOM : **KAJEU OUADJEMOM**

PRENOM : **Patrick-Jöel**

PAYS D'ORIGINE : **CAMEROUN**

ANNEE DE SOUTENANCE : **2008**

VILLE : **BAMAKO**

TITRE : *Attitudes, connaissances et rôle des accompagnateurs face au VIH/SIDA en milieu hospitalier de Bamako*

**Lieu de dépôt** : Bibliothèque de la Faculté de Médecine, de Pharmacie et d'Odonto-Stomatologie

**Secteur d'intérêt** : Maladies infectieuses, Santé publique, Anthropologie

**Adresse et E-mail** : [pjkajeu@yahoo.fr](mailto:pjkajeu@yahoo.fr). Tel : +223 603 94 15 +237 33 40 01 57

**Résumé** : Le SIDA est un défi majeur pour le système de santé mondial. Le soutien psychologique et moral suppose l'acceptation du statut du patient et le respect de la confidentialité. L'absence de stigmatisation, de rejet ou de condamnation morale des individus, est considérée par le patient comme une manifestation de solidarité. La mise sous traitement du traitement ARV chez les patients infectés par le VIH nécessite une compliance stricte du malade au traitement et dont la participation des aidants naturels (père, mère, frère, tante, cousin, conjoint,...). Si l'hospitalisation s'avère nécessaire, ces aidants naturels deviennent des accompagnateurs.

Nous nous sommes alors fixés pour objectifs de décrire le profil épidémiologique des accompagnateurs de malade du SIDA et d'évaluer leurs connaissances, leurs rôles et leurs attitudes vis-à-vis du malade et de la maladie

Nous avons réalisé une étude prospective, descriptive et transversale allant du 1<sup>er</sup> Janvier au 30 Avril 2007 dans le Service des Maladies Infectieuses et Tropicales du CHU du Point G.

Notre échantillon était composé de 52 accompagnateurs. Le sex-ratio était de 0,62 en faveur des femmes ; les adultes jeunes entre 25-44 ans étaient plus représentés (48,08%). La majorité était non-scolarisée et étaient des conjoints. Cette étude a révélé que seulement 26,9% des accompagnateurs connaissaient tous les modes de transmission du VIH. Ceux qui avaient de bonnes connaissances sur la pathologie avaient en majorité un niveau universitaire et résidaient à Bamako. Les accompagnateurs du SMIT étaient informés du statut sérologique du patient dans 71% des cas. La plupart des malades ont bénéficiés d'une remarquable solidarité familiale de la part des parents naturels alors que les conjoints en bonne santé apparente avaient tendance à accuser le malade. La majorité des malades avaient besoin d'une aide financière et d'une aide pour le dépôt des prélèvements et le retrait des résultats. L'aide apportée par les accompagnateurs faisait partie intégrante pour la plupart des cas des soins infirmiers. Les accompagnateurs ont reproché au personnel le manque de communication, la mauvaise qualité des infrastructures et un problème de suivi. Ils étaient en majorité satisfaits par la prestation hospitalière, mais l'insatisfaction portait essentiellement sur les médecins, liée à leur manque de disponibilité.

**MOTS CLES** : accompagnateur de malade, VIH/SIDA, solidarité familiale

## **ABSTRACT**

NAME: **KAJEU OUADJEMOM**

FIRST NAME: **Patrick-Jöel**

COUNTRY OF ORIGIN: **CAMEROUN**

YEAR OF DEFENSE: **2008**

CITY: **BAMAKO**

TITLE: *Knowledge, attitudes and role of the guides vis-a-vis the HIV/AIDS in hospital medium of Bamako*

**Place of deposit:** Library of the Medical College, Pharmacy and Odonto-Stomatology

**Sector of interest:** Infectious illness, Public health, Anthropology

**Addresses and E-mail:** [pjkajeu@yahoo.fr](mailto:pjkajeu@yahoo.fr) Such: +223 603 94 15 +237 33 40 01 57

**Summary:** The AIDS is a major challenge for the world health system. The psychological support and moral supposes the acceptance of the statute of the patient and the respect of the confidentiality. The absence of stigmatization, rejection or moral judgment of the individuals, is regarded by the patient as a demonstration of solidarity. The setting under treatment of ARV treatment among patients infected by the HIV requires a strict compliance of the patient to the treatment and of which the participation of helping natural (father, mother, brother, aunt, cousin, united...). If the hospitalization proves to be necessary, these helping natural become guides.

Then fixed itself for objectives to describe the epidemiologic profile of the guides of patient of the AIDS and to evaluate their knowledge, their roles and their attitudes with respect to the patient and of the disease

We carried out an exploratory study, descriptive and transverse energy from January 1st to April 30th, 2007 in the Service of the Infectious and tropicales illness.

Our sample was composed of 52 guides. The sex-ratio was of 0,62 in favor of the women; the young adults between 25-44 years were most represented (48,08%). The majority not-was provided education for and was couple. This study to reveal that only 26,9% of the guides knew all the modes of transmission of the HIV. Those which had good knowledge on pathology had in mojority a university level and resided at Bamako. The guides of the SMIT were informed of the statute of patient in 71% of the cases. The majority of the patients profited from a remarkable family solidarity on behalf of their naturals parents whereas the couple in good health connect tended to show the patient. The majority of the patients needed a financial help and a help for the deposit of the taking away and the withdrawal of the results. The assistance brought by the guides formed integral part for the majority of the cases of the care male nurses. The guides reproached to the personnel the lack of communication, the bad quality of the infrastructures and a problem of follow-up. They as a majority were satisfied by the hospital service, but the dissatisfaction related primarily to the doctors, dependant on their lack of availability.

**KEY WORDS:** guide of patient, HIV/AIDS, family solidarity

# 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 leurs pères.

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 !**

## FICHE SIGNALITIQUE



NOM : KAJEU OUADJEMOM

PRENOM : Patrick-Joël

PAYS D'ORIGINE : CAMEROUN

ANNEE DE SOUTENANCE : 2008

VILLE : BAMAKO

TITRE : *Attitudes, connaissances et rôle des accompagnateurs face au VIH/SIDA en milieu hospitalier de Bamako*

Lieu de dépôt : Bibliothèque de la Faculté de Médecine, de Pharmacie et d'Odonto-Stomatologie

Secteur d'intérêt : Maladies infectieuses, Santé publique, Anthropologie

Adresse et E-mail : [pjkajeu@yahoo.fr](mailto:pjkajeu@yahoo.fr). Tel : +223 603 94 15 +237 33 40 01 57

Résumé : Le SIDA est un défi majeur pour le système de santé mondial. Le soutien psychologique et moral suppose l'acceptation du statut du patient et le respect de la confidentialité. L'absence de stigmatisation, de rejet ou de condamnation morale des individus, est considérée par le patient comme une manifestation de solidarité. La mise sous traitement du traitement ARV chez les patients infectés par le VIH nécessite une compliance stricte du malade au traitement et dont la participation des aidants naturels (père, mère, frère, tante, cousin, conjoint,...). Si l'hospitalisation s'avère nécessaire, ces aidants naturels deviennent des accompagnateurs.

Nous nous sommes alors fixés pour objectifs de décrire le profil épidémiologique des accompagnateurs de malade du SIDA et d'évaluer leurs connaissances, leurs rôles et leurs attitudes vis-à-vis du malade et de la maladie

Nous avons réalisé une étude prospective, descriptive et transversale allant du 1<sup>er</sup> Janvier au 30 Avril 2007 dans le Service des Maladies Infectieuses et Tropicales du CHU du Point G.

Notre échantillon était composé de 52 accompagnateurs. Le sex-ratio était de 0,62 en faveur des femmes ; les adultes jeunes entre 25-44 ans étaient plus représentés (48,08%). La majorité était non-scolarisée et étaient des conjoints. Cette étude a révélé que seulement 26,9% des accompagnateurs connaissaient tous les modes de transmission du VIH. Ceux qui avaient de bonnes connaissances sur la pathologie avaient en majorité un niveau universitaire et résidaient à Bamako. Les accompagnateurs du SMIT étaient informés du statut sérologique du patient dans 71% des cas. La plupart des malades ont bénéficiés d'une remarquable solidarité familiale de la part des parents naturels alors que les conjoints en bonne santé apparente avaient tendance à accuser le malade. La majorité des malades avaient besoin d'une aide financière et d'une aide pour le dépôt des prélèvements et le retrait des résultats. L'aide apportée par les accompagnateurs faisait partie intégrante pour la plupart des cas des soins infirmiers. Les accompagnateurs ont reproché au personnel le manque de communication, la mauvaise qualité des infrastructures et un problème de suivi. Ils étaient en majorité satisfaits par la prestation hospitalière, mais l'insatisfaction portait essentiellement sur les médecins, liée à leur manque de disponibilité.

MOTS CLES : accompagnateur de malade, VIH/SIDA, solidarité familiale