

Ministère de l'Enseignement Supérieur  
et de la Recherche Scientifique

REPUBLIQUE DU MALI

**UN PEUPLE - UN BUT - UNE FOI**

**UNIVERSITE DES SCIENCES DES  
TECHNIQUES ET DES TECHNOLOGIES  
DE BAMAKO**



**U.S.T.T-B**



**FACULTE DE MEDECINE ET  
D'ODONTO-STOMATOLOGIE**

ANNEE UNIVERSITAIRE 2018-2019

N°.....

**THESE**

**IMPACT DU PARTAGE DU STATUT SEROLOGIQUE SUR  
L'OBSERVANCE DU TRAITEMENT ARV CHEZ LES  
ADULTES SEROPOSITIFS SUIVIS A L'USAC DU CNAM**

Présentée et soutenue publiquement le 18/10/2019 devant la  
Faculté de Médecine et d'Odonto-Stomatologie.

**Par M. MAIGA BOUREIMA**

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

**Jury**

**Président: Professeur Daouda Kassoum MINTA**

**Membre: Docteur Binta GUINDO**

**Co-Directeur: Docteur Birama DIARRA**

**Directeur: Professeur Ousmane FAYE**

# **DEDICACE ET REMERCIEMENTS**

## **DEDICACE :**

### **Au Tout Puissant Allah**

Le clément et le miséricordieux, à Toi toutes les louanges, Ô la lumière des cieux, de la terre et de ce qu'ils renferment.

Gloire à Toi de nous avoir assistés de Ta lumière et en tout circonstance matin et soir.

### **Au Prophète Mouhamad (Paix et Salut sur lui)**

Et à tous ses serviteurs (qu'Allah soit satisfait d'eux).

### **A mon père et ma mère paix à leur âme**

Vos courages, votre bonté, votre ponctualité et votre amour resteront gravés dans ma mémoire à jamais. Décédé le (29 octobre 2008 et 26 février 2010) au moment où j'avais besoin de votre aide. Que Dieu vous accueille dans son paradis

### **A ma femme Mariam Maiga**

Les mots n'auront que peu de valeur pour exprimer toutes mes pensées pour toi. Tu as su me comprendre, m'aider et être patient tout au long de l'accomplissement de mes études. Tu as toujours été pour moi plus qu'une femme, un guide et un confident. Trouve ici l'expression de ma tendre affection, de mon indéfectible attachement et de ma reconnaissance. Ce travail est latienne. Sois en remercié !

### **A mon tonton et tuteur et son épouse : Ousmane Maiga et Assa Maiga**

Pour la lourde responsabilité que vous avez voulu bien assumer à mon égard. Trouve dans ce travail toute ma profonde reconnaissance

### **A mes oncles et tantes :**

Les mots me manquent pour vous remercier car depuis mon enfance jusqu'à maintenant, vous êtes un soutien et un guide pour moi. Vos soutiens moraux et financiers ont été d'immense service pour moi. Recevez-ici toute ma sympathie.

**A mes frères et sœurs :** Maiga Hadiata, Amadou Maiga, Nouhoum Maiga, Harouna Maiga, Vous m'avez soutenu moralement pendant les moments les plus difficiles de ma formation et vos conseils n'ont jamais fait défaut. Ce travail me permet de vous réitérer mon amour et aussi l'occasion pour moi de vous rappeler que la grandeur

d'une famille ne vaut que par son unité. Recevez-ici l'expression de ma profonde gratitude.

### **A mes amis et amies**

L'amitié est un sentiment qui se vit et n'a pas besoin de se dire. Je vous porte dans mon cœur et vous y êtes ancrés par tant de choses partagées ensemble qu'en oubliant de vous citer, vous y serez plus que jamais ancrés.

### **In memorium**

A vous : grands parents, oncles, tantes, frères, sœurs et amis qui êtes absents en ce moment ci, je vous souhaite d'être bien accueillis dans le royaume de Dieu. Dormez en paix

## REMERCIEMENTS

A tous mes maîtres des écoles fondamentales et secondaires ;

A tous mes maîtres de la faculté de médecine et d'odontostomatologie (FMOS) :

Pour la qualité des enseignements que vous nous prodiguez tout au long de notre formation. Hommages respectueux.

**A notre Maître professeur Ousmane Faye**, chef de service de la Dermatologie, votre courtoisie, votre rigueur scientifique, votre amour pour la recherche et la formation continue font de vous un maître à imiter. Merci pour l'encadrement et pardon pour toutes les fois où nous n'avons pas été à hauteur de vos ambitions. Qu'Allah le tout puissant vous accorde une belle et riche de carrière.

**A notre maître Dr Birama Diarra**, votre simplicité, votre amour pour le travail et surtout vos soucis constants à former et à partager vos connaissances avec vos cadets font de vous un maître à suivre. Qu'Allah le tout puissant vous accorde une longue et riche carrière médicale

A tous le personnel de l'USAC du CNAM : Dr B Diarra, Dr A Sangaré, Dr Sidibé Aminata Diarra, Dr Diabate ML, Hawa Dembélé, Mariam Diakité, Sory Traore, Kadia Doumbia ; vous m'avez soutenu et je ne pourrais jamais vous remercier assez.

A tous le personnel du ASACO Koulou-point G et clinique de santé pour tous de sogonafing : Je ne pourrais jamais vous remercier de votre accompagnement.

La 8ème Promotion du Numerus Clausus Feu Moussa Traoré, juste Merci.

A tous ceux qui de près ou de loin m'ont soutenu.

# **HOMMAGE AUX MEMBRES DU JURY**

## **A NOTRE MAITRE ET PRESIDENT DU JURY**

### **PROFESSEUR Daouda KASSOUM MINTA**

- **Professeur titulaire en Maladies infectieuses et Tropicales.**
- **Directeur du centre l'Excellence de prise en charge du VIH adulte au CHU du Point-G.**
- **Chargé de cours de Maladies infectieuses, de parasitologie, et de thérapeutique à la FMOS.**
- **Chercheur au DEAP/MRTC/FMOS- Mali.**
- **Président de la société Malienne de contrôle des résistances au antimicrobiens (SOMARAM).**
- **Président du comité Scientifique VIH du Mali.**
- **Coordinateur du DIU d'hygiène Hospitalière à la FMOS.**

Cher Maître, vous nous faites un grand honneur en acceptant de présider ce jury de thèse malgré vos multiples occupations.

Votre dynamisme, votre sens du travail parfait, vos qualités humaines et surtout votre très grande culture scientifique ont forcé notre admiration.

Nous espérons avoir fait honneur à vos qualités incontestables de Maître.

Nous sommes honorés d'être compté parmi vos élèves. Trouvez dans ce travail toute notre reconnaissance et notre fidèle attachement. Que Dieu tout puissant veille sur vous cher Maître. Amen.

## **A NOTRE MAITRE ET JUGE DOCTEUR Binta GUINDO**

- **Spécialiste en Dermato-Vénérologie.**
- **Praticienne hospitalier au CNAM.**
- **Membre de la société malienne de dermato- Vénérologie du Mali**

**Cher Maître,**

Votre amour pour le travail, votre dévouement pour l'enseignement de vos étudiants stagiaires et vos multiples qualités humaines font de vous un excellent Maître et un exemple à suivre. Veuillez accepter, nos sentiments de sincère reconnaissance et de profond respect.



## **A NOTRE MAITRE ET CO-DIRECTEUR DE THESE**

### **DOCTEUR Birama DIARRA**

- **Médecin Spécialiste en Sante publique**
- **Responsable du service de l'USAC/CNAM**
- **Diplôme de Master Sante Publique à l'université de Nancy en France**
- **Diplôme d'université Méthodes de recherche clinique à l'institut de Santé Publique Epidémiologie et Développement (ISPED) à l'université de Bordeaux en France**
- **Diplôme d'université Méthodes et pratique épidémiologie option VIH à l'institut de Santé Publique Epidémiologie et Développement (ISPED) à l'université de Bordeaux en France**
- **Diplôme Inter- Universitaire médical et paramédical sous-régional d'Afrique Francophone sur la prise en charge globale des patients infectés par le VIH en Afrique subsaharienne à l'Université de Ouagadougou, Burkina Faso**

### **Cher Maitre,**

C'est avec beaucoup de dévouement que vous nous avez fait l'honneur de diriger ce travail. Vos conseils et vos critiques sont pour beaucoup dans la qualité de cette œuvre scientifique. C'est le lieu pour nous de vous témoigner, cher maître, toute notre reconnaissance et profond respect. Puisse le Bon Dieu vous fortifier dans votre carrière Professionnel. Hommage respectueux.

## **A NOTRE MAITRE ET DIRECTEUR DE THESE**

### **PROFESSEUR Ousmane FAYE**

- **Professeur titulaire en dermatologie à la FMOS.**
- **Spécialiste en Dermato-Lépro-Vénérologie et en anatomo pathologie dermatologique.**
- **Chef du Service de la Dermatologie du CNAM**
- **Ph.D en Santé publique, épidémiologique et Sciences de l'information biomédicale de l'université Pierre et Marie Curie.**
- **Vice-doyen à la FMOS.**
- **Coordinateur du projet de tété dermatologique au Mali.**
- **Coordinateur du DES en dermato lepro vénérologie.**

### **Enseignant chercheur de classe exceptionnelle**

C'est un privilège pour nous de vous avoir comme directeur de cette thèse.

Vous nous avez enseigné l'amour de la dermatologie plus qu'un maître vous êtes pour nous un père éducateur.

Nous reconnaissons en vous la qualité d'enseignant juste et rigoureux. Que Dieu le tout puissant vous accorde la sante et longévité afin que plusieurs générations d'apprenant puissent bénéficier de la qualité de votre enseignement.

Veillez trouver ici cher maître l'expression de notre profonde gratitude.

# **SIGLES ET ABREVIATIONS**

## **SIGLES ET ABREVIATIONS**

ABC : Abacavir

ADN : Acide Désoxyribonucléique

AFAS : Association Féminine des Personnes Vivant avec le VIH et du SIDA

AMAS : Association Malienne des Personnes Vivant avec le VIH et du SIDA

ARCAD : Association de Recherche de Communication et d'Accompagnement à Domicile des Personnes Vivant avec le VIH

ARN: Acide Ribonucléique

ARV: Anti Rétroviraux

AZT: Zidovudine

CD4: Cluster of Differentiation (classe4)

CDC: Centers for Diseases Control and Prevention

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

CV : Charge Virale

EDSM V : Enquête Démographique et de Santé au Mali (édition V)

EFV: Efavirenz

ELISA: Enzyme Linked Immuno Sorbent Assay

EPST: Etablissement Publique à Caractère Scientifique et Technologique

ETP: Education Thérapeutique

HAART: High Active Antiretroviral Therapy

HCNLS : Haut Conseil National de la Lutte contre le SIDA

IC: Intervalle de confiance

INRSP : Institut National de Recherche en Santé Publique

INTI : Inhibiteur Nucléosidique de la Transcriptase Inverse

INNTI : Inhibiteur Non Nucléosidique de la Transcriptase Inverse

IP : Inhibiteur de la Protéase

IST : Infections Sexuellement Transmissibles

LCR : Liquide Cephalo Rachidien

LPV : Lopinavir

MSHP : Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique

NCI : National Cancer Institute

NVP : Névirapine

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

ONUSIDA : Organisation des Nations Unies pour la Lutte contre le SIDA

OR : Odds Ratio

P : Probabilité

PCR : Polymérase Chain Reaction

PR : Protéase

PVVIH : Personne Vivant avec le VIH

R : Ritonavir

RP : Rapport de prévalence

SIDA : Syndrome d'Immunodéficience Acquise

SNC : Système Nerveux Central

SE : Secrétariat Exécutif

3TC : Lamivudine

TARV : Traitement anti rétroviral

TDF : Ténofovir

TI : Transcriptase Inverse

TM : Glycoprotéine transmembranaire

USA : Etats Unis d'Amerique

USAC : Unité de Soins d'Accompagnement et de Conseil

VIH : Virus de l'immunodéficience Humaine

VHB : Virus de l'hépatite B

VHC : Virus de l'hépatite C

## Liste des tableaux, graphiques et figures

### Liste des tableaux

<b>Tableau 1</b> : Toxicité des antirétroviraux de première ligne et substitutions recommandées.....	14
<b>Tableau 2</b> : Les alternatives de seconde ligne possibles en fonction des schémas utilisés en première ligne et en cas de contre-indication ou de toxicité de l'une des molécules du schéma préférentiel.....	20
<b>Tableau 3</b> : Composition des ressources humaines du CNAM.....	32
<b>Tableau 4</b> : Répartition des adultes hommes selon leur nombre épouse .....	40
<b>Tableau 5</b> : Répartition des adultes femmes selon leur nombre de coépouse.....	41
<b>Tableau 6</b> : Répartition des adultes selon la profession.....	42
<b>Tableau 7</b> : Répartition des adultes selon le niveau d'instruction.....	42
<b>Tableau 8</b> : Répartition des adultes selon le niveau de l'observance de traitement ARV.....	43
<b>Tableau 9</b> : Répartition des adultes selon la durée de la mise au traitement ARV et l'observance du traitement ARV.....	43
<b>Tableau 10</b> : Répartition des adultes selon le schéma thérapeutique et l'observance du traitement ARV.....	44
<b>Tableau 11</b> : Répartition des adultes selon l'assistance des superviseurs du suivi à domicile et l'observance du traitement ARV.....	45
<b>Tableau 12</b> : Répartition des adultes selon la nature des superviseurs du suivi du traitement ARV et l'observance du traitement ARV.....	45
<b>Tableau 13</b> : Répartition des adultes selon les motifs du non-respect des rendez-vous de renouvellement et l'observance du traitement ARV.....	46
<b>Tableau 14</b> : Répartition des adultes selon le partage du statut.....	47
<b>Tableau 15</b> : Répartition des adultes selon le type de l'entourage informé du statut.....	47

<b>Tableau 16:</b> Répartition des adultes selon la durée de la mise au traitement ARV et le partage du statut .....	48
<b>Tableau 17 :</b> Répartition des adultes selon le schéma thérapeutique et le partage du statut.....	49
<b>Tableau 18 :</b> Répartition des adultes selon l'assistance des superviseurs du suivi à domicile et le partage du statut.....	50
<b>Tableau 19:</b> Répartition des adultes selon les motifs du non-respect des rendez-vous de renouvellement et le partage du statut .....	51
<b>Tableau 20:</b> Répartition des adultes selon le partage du statut sérologique et l'observance du traitement ARV.....	52
<b>Liste des graphiques</b>	
<b>Graphique 1 :</b> Répartition des adultes selon le sexe.....	39
<b>Graphique 2 :</b> Répartition des adultes selon le statut matrimonial.....	40
<b>Graphique 3 :</b> Répartition des adultes selon le tranche d'âge.....	41
<b>Liste des figures</b>	
<b>Figure 1 :</b> Structure du VIH.....	6
<b>Figure 2 :</b> Cycle de réplication du VIH.....	8

Table des matières	
INTRODUCTION :	18
OBJECTIFS DE L'ETUDE :	21
Objectif général :	21
Objectifs spécifiques :	21
I- GENERALITES :	23
1-Définition :	23
2. Historique .....	23
3. Epidémiologie.....	23
4. Structure des VIH .....	24
5. Cycle de réplication du VIH.....	25
6. Modes de transmission :	27
7. Physiopathologie :	28
8. Méthodes de diagnostic biologique [13] :	28
METHODE ET PATIENTS .....	44
1 .Cadre et lieu étude .....	45
2. Type et période d'étude.....	50
3. Population d'étude et taille d'échantillon .....	50
III- RESULTATS :	54
IV. COMMENTAIRES ET DISCUSSION:.....	68
V- CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS.....	74
2-RECOMMANDATIONS: .....	75
VI REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES :	77
ANNEXES :	83
Annexes .....	86



# INTRODUCTION

## INTRODUCTION :

L'infection par le VIH représente aujourd'hui à l'échelle mondiale un problème majeur de santé publique.

Le rapport de l'ONU SIDA/OMS en fin 2017, relève 36,9 millions de personnes infectées par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) dans le monde, dont 6,1 millions de personnes en Afrique de l'ouest et du centre. [1] Au Mali, selon les résultats de l'enquête EDS V 2012-2013, la prévalence du VIH a baissé de 1,3% à 1,1% ; les femmes sont plus touchées que les hommes (1,3% et 0,8%). [2] Le Mali à l'instar des autres pays de la sous-région, a fait de la lutte contre le VIH, une priorité de son gouvernement. [3]

L'impact considérable de la pandémie du VIH/SIDA sur la morbidité et la mortalité a amené la communauté internationale à plus d'engagement dans la lutte contre celle-ci. Ces dernières années, la lutte s'est particulièrement renforcée par l'organisation d'un système de santé, la promotion des mesures de prévention dont s'est ajouté le traitement à base de médicaments antirétroviraux [4].

A ce jour, le traitement antirétroviral représente la seule voie permettant au patient séropositif d'éviter la complication létale (stade SIDA). L'observance stricte de ce traitement est une condition obligatoire de son efficacité. La révélation du statut sérologique est un vécu très souvent comme un événement dramatique, l'infection à VIH étant synonyme de honte, de pronostic réservé.

Le patient infecté peut adopter une attitude de déni de la maladie.

Ce déni entraîne un manque d'adhésion au traitement, nous estimons que les personnes qui révèlent leur statut sérologique sont à même de respecter les règles du traitement.

La révélation du statut à une tierce personne, par le patient qu'il soit le conjoint(e) ou un parent est considéré comme une acceptation du statut par la personne.

Au Mali, il n'existe aucune contrainte pour le patient infecté de révéler le statut à son conjoint(e) ou son parent.

Malgré les efforts déployés par le Mali pour améliorer la prise en charge des personnes infectées par le VIH, évoquer sa séropositivité y reste extrêmement difficile. Ce secret, pesant pour les malades, est aussi un facteur de contamination important. [5]

Cependant aucune étude n'a été faite, pour montrer le lien entre le partage du statut sérologique et l'observance du traitement ARV des adultes séropositifs suivis à l'USAC depuis sa création en juillet 2007.

Le but de ce travail est d'étudier l'impact du partage du statut sérologique sur l'observance du traitement ARV.

# OBJECTIFS

## OBJECTIFS DE L'ETUDE :

### Objectif général :

Etudier l'impact du partage du statut sérologique sur l'observance du traitement ARV chez les adultes séropositifs suivis à l'USAC du CNAM.

### Objectifs spécifiques:

- Décrire les caractéristiques sociodémographiques des adultes séropositifs.
- Mesurer le niveau de l'observance du traitement ARV des adultes séropositifs.
- Mesurer la prévalence du partage du statut sérologique des adultes séropositifs.
- Comparer l'observance chez les personnes ayant partagé leur statut et ceux n'ayant pas partagé leur statut.

# GENERALITES

## I- GENERALITES :

### **A-Virus de l'immunodéficience Humaine/Syndrome de l'immunodéficience acquise**

#### 1-Définition :

Les virus de l'immunodéficience humaine (VIH-1 et VIH-2) appartiennent à la famille des rétrovirus (précisément aux sous types des lentivirus) appelés ainsi en raison de la présence de la transcriptase inverse qui a la propriété de retrotranscrire le matériel génétique sous forme d'ARN en ADN complémentaire (ADNc) dit pro viral [42].

Le syndrome de l'immunodéficience acquise (SIDA) est déficit majeur de l'immunité causée par le virus d'immunodéficience humaine (VIH).

La première définition du SIDA fut publiée le 24 septembre 1982 par le centre pour le contrôle des maladies d'Atlanta aux Etats-Unis (Center for Disease Control : CDC) bien avant les classifications en stades cliniques et l'isolation du VIH. Cette définition a été révisée en août 1993 pour les adultes. [6]

#### 2. Historique

En 1983, Françoise Barre –Sinoussi de l'équipe de Luc Montagnier à l'institut Pasteur de Paris isolèrent, à partir de ganglions lymphatiques, ce qui se révéla être un nouveau rétrovirus [7]. Un peu plus tard, l'équipe de Robert Gallo au National Cancer Institute (NCI) et celle de Jay Lévy à l'université de Californie à San Francisco isolèrent un rétrovirus sur des patients atteints du VIH/SIDA et des personnes en contact avec des malades. Les trois équipes isolèrent ce que l'on appelle maintenant le VIH, l'agent étiologique du SIDA. Un second virus du SIDA Humain (VIH-2) sera découvert trois ans plus tard par l'équipe de l'institut Pasteur de Dakar [8].

#### 3. Epidémiologie

- Situation dans le monde

A l'échelle mondiale, l'épidémie du VIH s'est stabilisée, mais à des niveaux inacceptables de nouvelles infections à VIH et de décès dus au SIDA. Bien que le

pourcentage de personnes vivant avec le VIH se soit stabilisé depuis 2000, le nombre global de personnes vivant avec le VIH a régulièrement augmenté, car les nouvelles infections à VIH continuent à surpasser le nombre de décès dus au SIDA. Ce nombre de décès baisse sous l'effet des traitements du VIH qui prolongent la durée de vie. Le rapport de l'ONUSIDA estime qu'en fin 2017, environ 36,9 millions de personnes étaient infectées par le VIH dans le monde. [1]

- Situation de l'Afrique de l'ouest et du centre

L'Afrique de l'ouest est la 2<sup>ème</sup> région la moins touchée par l'infection à VIH, après l'Afrique du nord, soit 6,1 millions de personnes vivant avec le VIH. [1]

- Situation au Mali

Selon l'EDS-M V 2012-2013, la séroprévalence de l'infection par le VIH (VIH-1 ou VIH-2) au sein de la population générale est de 1,1 %. Le taux de séroprévalence chez les femmes de 14-49 ans est estimé à 1,3 %, contre 0,8% pour les hommes du même groupe d'âge.

La séroprévalence s'élève, également à 1,6% en milieu urbain contre 0,9 % en milieu rural [2].

#### 4. Structure des VIH

Comme tous les rétrovirus, les VIH1 et VIH2 sont libérés par bourgeonnement à la surface des cellules qui les produisent. Le virus possède une membrane, une matrice et une capsid **[figure1]**.

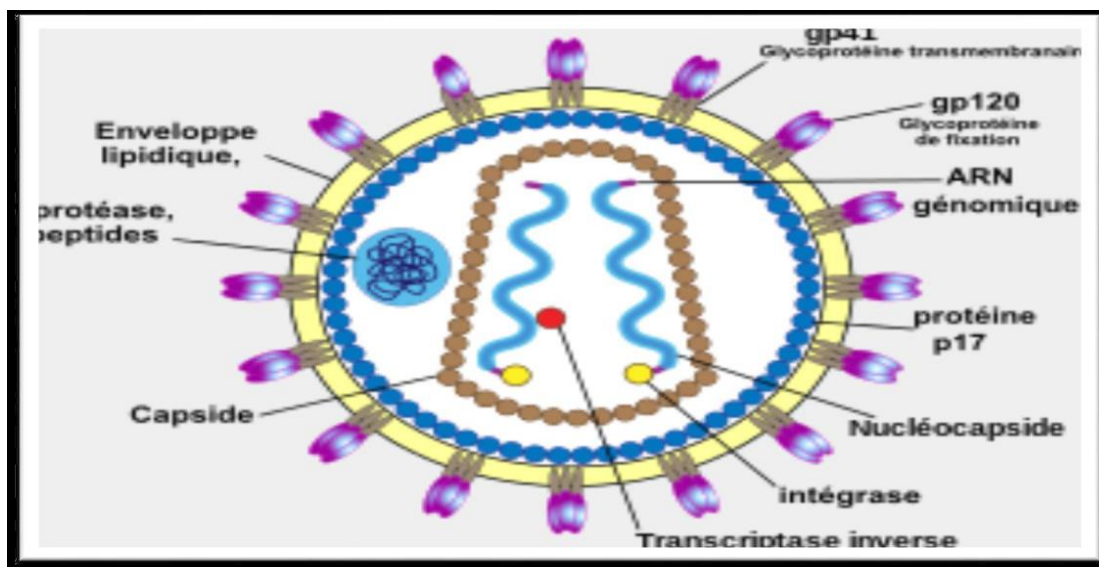
- La membrane est d'origine cellulaire et est ancrée les molécules de glycoprotéines d'enveloppe externe (appelées gp120) et de glycoprotéines transmembranaires (appelées TM ou gp141).

- L'intérieur de la particule virale est tapissé de molécules correspondants aux protéines de la matrice (appelées MA ou p17). 37

- La capsid virale est constituée de protéine interne du virus (appelée CA ou p24), des protéines de la nucléocapsid (appelées NC ou p7-p9), deux des trois enzymes



virales nécessaires à sa réplication et le matériel génétique du virus constitué de molécules ARN identiques.



**Figure 1 : Structure virale du VIH [9]**

## 5. Cycle de réplication du VIH

**La réplication du VIH se déroule comme suit (voir figure 2).**

- Pénétration du VIH dans les cellules cibles :
  - le VIH pénètre dans le lymphocyte CD4 après reconnaissance (par la glycoprotéine gp120 de l'enveloppe du virus) des molécules (ou récepteurs) CD4 présentes à la surface du lymphocyte ;
  - après pénétration, le VIH libère à l'intérieur du lymphocyte les 3 enzymes virales (transcriptase inverse, protéase et intégrase) et l'ARN qu'il contient (voir structure du VIH).
- Synthèse d'ADN pro viral : à l'intérieur du lymphocyte, l'ARN du VIH est transformé en ADN (appelé ADN pro viral) grâce à la transcriptase inverse.
- Intégration de l'ADN pro viral à l'ADN du lymphocyte :
  - l'ADN pro viral du VIH est intégré à l'ADN lymphocytaire grâce à l'intégrase ;
  - à ce stade, le virus est appelé provirus.

- Transcription de l'ADN en ARN et formation de protéines virales :
  - à l'intérieur du noyau, l'ADN viral est transformé en ARN ;
  - l'ARN viral sort du noyau, puis des protéines virales sont synthétisées par l'intermédiaire des ARN messagers.
- Clivage des protéines virales : les protéines virales sont découpées par la protéase en protéines de plus petite taille.
- Assemblage des protéines virales et formation de nouveaux virus : les protéines virales clivées sont assemblées autour de l'ARN pour former de nouveaux virus, qui sortent par bourgeonnement à l'extérieur de la cellule et sont libérés dans la circulation sanguine ; ils vont infecter d'autres cellules [10].

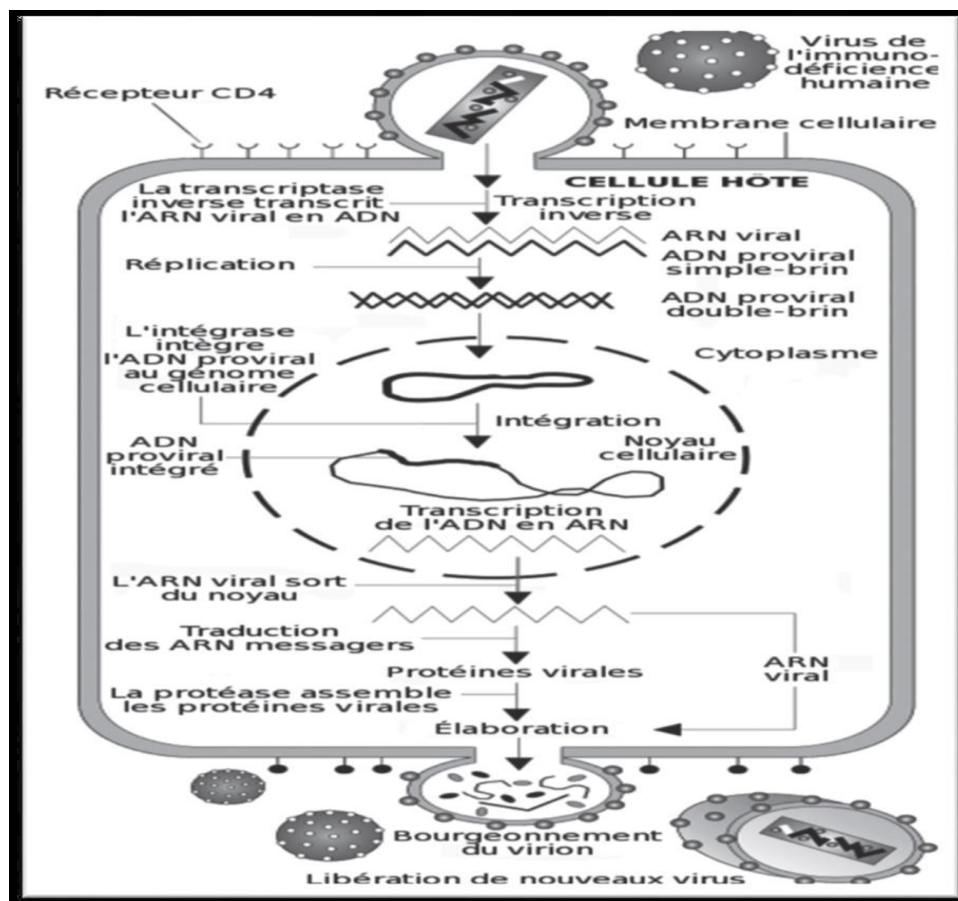


Figure 2 : Cycle de réplication du VIH [10]

## **6. Modes de transmission :**

### **6.1 Transmission par voie sexuelle**

La transmission sexuelle du VIH est le mode de contamination le plus fréquent (supérieur à 90% à l'échelle mondiale). Cette transmission peut s'effectuer lors de rapports hétérosexuels ou homosexuels avec une personne contaminée. Certains facteurs locaux augmentent le risque : rapport anal, lésion génitale, saignement, coexistence d'une infection sexuellement transmissible.

Le risque de transmission du VIH est variable selon la nature du rapport, ainsi en cas de rapport oral (fellation réceptive) le risque est estimé à 0,04% ; en cas de rapport anal réceptif entre hommes (pénétration par un partenaire VIH +), il est estimé à 0,82% et en cas de rapport vaginal il est estimé à 0,1% [11].

### **6.2. Transmission par voie sanguine**

Les transfusions de sang contaminé ; les injections au moyen de seringues et d'aiguilles contaminées et l'utilisation d'instruments non stérilisés pour percer la peau permettent la transmission par voie sanguine. Dans d'autres pays comme la Russie et l'Ukraine, la consommation de drogues par injection constitue le mode de transmission courant [12]. En cas d'accident d'exposition au sang ou à un autre liquide biologique contaminé, un traitement antirétroviral préventif peut-être administré pour une durée courte (un mois) en fonction de l'évaluation du risque.

### **6.3. Transmission vertical (mère-enfant ou TME)**

Le risque de transmission verticale varie selon l'état clinique et biologique de la mère ; il est corrélé à l'intensité de sa charge virale. Cette transmission peut se faire de 3 façons : in utéro c'est à dire le dernier trimestre de la grossesse, pendant l'accouchement, et par allaitement maternel. Les autres infections sexuellement transmissibles (en particulier celles qui causent des ulcérations génitales) augmentent le risque de transmission du VIH. La transmission mère-enfant est réduite par l'administration d'antirétroviraux chez la mère, soit à visée thérapeutique si l'état clinique ou biologique de la mère nécessite un traitement, soit uniquement à but

prophylactique pour réduire la transmission dès le deuxième trimestre de la grossesse. De plus, un traitement post- exposition est administré à l'enfant après la naissance. L'allaitement doit être proscrit dans les pays où cela est possible [12].

### **7. Physiopathologie :**

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

- Les lymphocytes CD4 ;
- Les monocytes/macrophages ;
- Les cellules de la microglie cérébrale.

Le VIH détruit progressivement le système immunitaire en infectant les lymphocytes CD4 (mécanisme direct) et en entraînant une activation immunitaire qui conduit à de multiples phénomènes immunitaires pathologiques dont la destruction des lymphocytes CD4 (mécanisme indirect). Lorsque les lymphocytes CD4 sont inférieurs à 200/mm<sup>3</sup>, surviennent alors les infections opportunistes avec l'apparition du sida clinique. En raison de l'établissement précoce de réservoirs viraux, de la persistance d'une répllication à *minima* du virus, conduisant à la sélection de virus échappant aux réponses immunes de l'hôte, les traitements antirétroviraux, même hautement efficaces (HAART), n'ont pas permis à ce jour l'éradication du virus. Les lymphocytes CD4 se renouvellent rapidement jusqu'à ce que les altérations des organes lymphoïdes centraux (thymus) ne permettent plus leur régénération [9]

### **8. Méthodes de diagnostic biologique [13] :**

Le diagnostic biologique permet dans certains cas, la mise en évidence des anticorps spécifiques issus de la réponse immunitaire de l'organisme infecté par le virus ; c'est le diagnostic indirect. Dans d'autres cas, c'est la mise en évidence du virus lui-même ou de certains de ses composants : c'est le diagnostic direct.

### **8.1. Le diagnostic indirect :**

Le diagnostic indirect est fondé sur la détection des anticorps et il reste dans la majorité des cas l'approche diagnostique la plus pertinente et la plus accessible. Actuellement, des méthodes immuno-enzymatiques de type ELISA existent ; cette méthode dure seulement quelques heures avec des résultats reproductibles. Il existe aussi des tests rapides dont les résultats sont plus rapides que ELISA et se font par simple lecture à l'œil. Nous avons en plus de type ELISA, les réactions : Agglutination, Radio Immuno Précipitation assay, Immuno Fluorescence Indirect, Western blot, etc.

### **8.2. Le diagnostic direct :**

C'est la détection des antigènes du virus, l'isolement de l'ARN viral, par la technique de la Polymérase Chain Reaction (PCR), l'Ag P24 et la culture virale.

## **B. Traitement antirétroviraux(ARV): [3]**

### **1. Objectif :**

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

### **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 OMS.

### **3. Protocoles thérapeutiques et indications anti rétroviraux chez l'adulte et l'adolescent au Mali.**

#### **3.1. Indication du traitement**

Le traitement antirétroviral est, indiqué dès la découverte du statut VIH+. La priorité sera accordée aux patients :

- Symptomatiques ;
- ayant un taux de CD4 inférieur ou égal à 500 cellules par millimètre cube.

#### **3.2. Schémas thérapeutiques**

Est considéré comme schéma de première ligne tout schéma de première intention chez un sujet naïf de tout traitement antirétroviral. Toute substitution en cas d'intolérance par exemple est aussi considérée comme un schéma alternatif de première ligne. Est considéré comme schéma de deuxième ligne tout schéma prescrit après échec thérapeutique.

##### **❖ Schémas de première ligne pour le VIH 1**

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

**Le régime préférentiel en première intention est le suivant :**

Ténofovir (TDF) + Lamivudine (3TC) + Efavirenz (EFV)
--

- Les régimes alternatifs suivants sont possibles
  - Zidovudine (ZDV, AZT) + Lamivudine (3TC) + Nevirapine (NVP)
  - Zidovudine (ZDV, AZT) + Lamivudine (3TC) + Efavirenz (EFV)
  - Tenofovir (TDF) + Lamivudine (3TC) + Nevirapine(NVP)

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 :

**Tableau 1** : Toxicité des antirétroviraux de première ligne et substitutions recommandées.

ARV 1ere ligne	TOXICITE LA PLUS FREQUENTE	CHANGEMENT
<b>AZT</b>	Anémie sévère ou neutropénie < 500/mm <sup>3</sup>	TDF
	Intolérance gastro intestinale sévère	
	Acidose lactique	
<b>TDF</b>	Toxicité rénale	AZT
<b>EFV</b>	Toxicité du système nerveux central persistante et sévère	NVP ou TDF
<b>NVP</b>	Hépatite	EFV ou TDF
	Reaction d'hypersensibilités	
	Rash sévère ou mettant la vie en danger (syndrome de stevens-johnson et Lyell)	

**Remarque:**

- Ne pas utiliser le ténofovir (TDF) en cas d'insuffisance rénale (IR),
- En cas de trouble de la fonction rénale sans anémie, donner : AZT/3TC+EFV
- En cas de trouble de la fonction rénale irréversible avec ou sans anémie donner : ABC+3TC+EFV
- En cas de troubles neuropsychiatriques graves (hallucination et psychose) imputables à l'éfavirenz cette molécule est remplacée par la Névirapine,
- En cas de contre-indication à l'EFV, donner : TDF/3TC+NVP
- La névirapine (NVP) doit être administrée à demi-dose (200 mg/jour) pendant les 14 premiers jours de traitement puis en pleine dose (200 mg x 2/jour) par la suite,
- En cas d'arrêt de la névirapine pour une durée excédant 7 jours, sa réintroduction doit toujours se faire à dose progressive,



- Si un traitement contenant un INNTI (longue demi-vie) doit être arrêté, les deux INTI doivent être poursuivis pendant 15 jours,
- En cas de toxicité hépatique ou dermatologique imputable à la Névirapine, cette molécule est remplacée par l'éfavirenz,
- En cas d'anémie imputable à la zidovudine, cette molécule est remplacée par Tenofovir.

### 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 être débuté en même temps que la rifampicine, on donnera désormais l'éfavirenz à la dose de 600 mg.

Tenofovir (TDF) + Lamivudine (3TC) + Efavirenz (EFV)

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

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

Tuberculose révélatrice d'une infection à VIH : commencer d'abord par le traitement anti tuberculeux, puis le TARV, dès que possible à partir du 8 eme jour sans excéder 14jours.

#### ❖ **En cas de découverte de la tuberculose sous traitement ARV, adapter le traitement :**

- ✓ Si deux INTI + EFV ne pas changer le schéma en cours,
- ✓ Si deux INTI+ NVP substituer la NVP par EFV ou 3 INTI ou
- ✓ continuer deux INTI + NVP en renforçant le contrôle des transaminases : J5, J15, M1, M2 et M3.



❖ **En cas de tuberculose chez un patient VIH2 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 en proscrivant l'utilisation de l'éfavirenz chez la femme enceinte  
Utiliser une ligne temporaire composée de 3 INTI : AZT+3TC+ABC, si l'état du patient exige l'initiation rapide du traitement antirétroviral.

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

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

On utilisera les schémas thérapeutiques associant des inhibiteurs nucléosidiques de la transcriptase inverse (INTI) à un inhibiteur de protéase (IP) ou 3 INTI.

**Le traitement de première ligne préférentiel est le suivant:**

Tenofovir (TDF) + Lamivudine (3TC) + Lopinavir / Ritonavir (LPV/r)
--

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

Zidovudine (AZT) + Lamivudine (3TC) + Indinavir / Ritonavir (IDV/r)
---

Zidovudine (AZT) + Lamivudine (3TC) + Abacavir(ABC)
---

Tenofovir (TDF) + Lamivudine (3TC) + Atazanavir/Ritonavir (ATV/r)
---

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

Patients ayant interrompu leur traitement antirétroviral

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

Un bilan approfondi (histoire thérapeutique, clinique, TCD4, charge virale et si possible test de résistance) sera effectué afin de leur proposer le meilleur traitement en fonction des molécules disponibles.

S'il n'y a pas de suspicion de résistance aux ARV, le traitement initialement reçu pourra être reconduit. S'il y a suspicion de résistance, il faut le considérer comme en échec thérapeutique et proposer un schéma de 2ème ligne.

○ **Patients déjà sous traitement 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.

❖ **En cas d'hépatites virales**

➤ **En cas d'hépatite virale B**

En cas d'indication de traitement pour le VIH, il faut privilégier l'association de Ténofovir + Lamivudine dans le schéma thérapeutique.

On privilégiera également l'éfavirenz à la névirapine pour le VIH 1 et lopinavir /ritonavir pour le VIH 2.

➤ **En cas d'hépatite virale C**

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

❖ **Traitement de 2ème ligne**

Il est indiqué chez un patient en échec thérapeutique documenté

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

● **Définition de l'échec thérapeutique**

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

✚ **Echec clinique**

Survenue ou récurrence d'une affection témoin d'une immunodépression sévère après 6mois de traitement bien conduit.

Chez les patients sévèrement immunodéprimés, l'apparition de nouveaux signes au cours des 3 premiers mois de traitement ARV ne signifie pas obligatoirement un

échec clinique. Il peut en effet s'agir d'un syndrome de restauration immunitaire (cf.annexes), qui doit être traité pour lui-même sans modification des ARV. La décision de changer de traitement devra donc également tenir compte de l'évolution immunologique (TCD4) et, virologique (CV)

### **Echec immunologique**

- Si le taux de TCD4 reste  $< 100 / \text{mm}^3$  à M6
- Retour du nombre de TCD4 au niveau ou sous le niveau pré thérapeutique, en l'absence de la survenue d'une infection concomitante pouvant expliquer cette baisse
- Baisse de plus de 50% du nombre de TCD4 par rapport au pic atteint sous traitement en l'absence de survenue d'une infection concomitante pouvant expliquer cette baisse.

### **Remarque :**

Si le patient est asymptomatique et que l'échec n'est évoqué que sur des critères immunologiques, une confirmation par un deuxième dosage des TCD4 est immédiatement recommandée.

Si le taux de TCD4 reste bas après deux dosages consécutifs, il faut considérer qu'il s'agit d'un échec immunologique.

### **Echec virologique**

Charge virale supérieure ou égale à 1000copies sur la base de 2 charges virales consécutives à 3mois d'intervalle, après 6 mois de traitement bien conduit.

### **Schéma proposes**

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

En cas d'échec thérapeutique confirmé VIH 1 et 2 de la 1ère ligne,

### **Le schéma préférentiel de deuxième ligne suivant est recommandé:**

Tenofovir+ Lamivudine (3TC) + Lopinavir/Ritonavir (LPV/r)
---

**TABLEAU 2 :** Les alternatives de seconde ligne possibles en fonction des schémas utilisés en première ligne et en cas de contre-indication ou de toxicité de l'une des molécules du schéma préférentiel.

Schéma 1ère ligne	Schéma 2ième ligne	
	INTI	IP
Tenofovir(TDF) +Lamivudine (3TC) +Efavirenz (EFV)	Zidovudine(ZDV,AZT) +Lamivudine(3TC)	
Zidovudine (ZDV, AZT) +Lamivudine (3TC) +Névirapine (NVP)	Tenofovir(TDF) + Lamivudine(3TC)	LPV/r ou ATV/r ou DRV/r
Zidovudine (ZDV, AZT) + Lamivudine (3TC) + Efavirenz(EFV)	Tenofovir(TDF) +Lamivudine (3TC)	
Tenofovir (ZDV, AZT) + Lamivudine (3TC) + Nevirapine (NVP)	Zidovudine (ZDV, AZT) +Lamivudine (3TC)	

## Traitement associés aux antirétroviraux

### ❖ Prophylaxie des infections opportunistes :

Le Cotrimoxazole doit être prescrit (faible 400/80 mg 2 comprimés par jour ou fort 800/160 mg un comprimé /jour) chez :

Tout adulte symptomatique (stade II, III et IV)

Tout adulte ayant un taux de TCD4 < 350 / mm<sup>3</sup>

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

**NB :** Si le taux de TCD4 est supérieur à 350 / mm<sup>3</sup> et reste stable pendant au moins 6 mois, la prophylaxie peut être interrompue.

## **C. Observance thérapeutique dans le domaine du VIH**

### **1. Les Risques d'une mauvaise observance : [14]**

- Elévation de la charge virale,
- Diminution des CD4,
- Réapparition des infections opportunistes et donc augmentation de la mortalité et de la morbidité,
- Echec du traitement antirétroviral,
- Aggravation de la maladie,
- Apparition des résistances.
- Transmissibilité du VIH constante

### **2. Mesures de l'observance : [16]**

Il n'existe pas d'instrument de mesure universelle de l'observance. Plusieurs méthodes ont été décrites dans la littérature médicale avec leurs avantages et leurs inconvénients.

#### ➤ *Méthodes dites « Subjectives »:*

##### **a - Evaluation par le prescripteur:**

Rarement utilisé dans les études, cette méthode est peu fiable car dépendante des représentations des médecins et de leur relation avec leur patient. Par exemple, le fait que les prescripteurs aient connaissance des résultats biologiques de leurs patients influence directement leur jugement. En comparant les différents résultats obtenus par cette méthode avec ceux produits par d'autres mesures plus objectives, l'observance des patients semble être surestimée.

##### **b- Auto questionnaires :** (Evaluation par le patient)

Méthode la plus simple et la plus utilisée dans le champ de recherche ; elle se fonde sur la déclaration des patients recueillie soit sur un questionnaire auto administré ou au cours d'un entretien.

Néanmoins certains biais doivent être pris en considération : des problèmes de mémoire, en particulier lorsque la période considérée porte sur les derniers jours

ayant précédé la passation du questionnaire, ou une volonté de « conformisme social » de la part du patient, en particulier lorsque les données sont directement recueillies par l'équipe soignante. Cette méthode semble présenter une bonne fiabilité, bien qu'elle ait tendance à sous-estimer le non observance (manque de sensibilité).

En revanche, elle est très spécifique pour la non observance.

➤ **Méthodes dites « objectives »:**

**a-Comptage des comprimés:**

Le comptage des comprimés emportés et ramenés dans les pharmacies hospitalières paraît plus sensible pour détecter les problèmes de non observance que les auto-questionnaires mais la signification de l'oubli de ramener les boîtes vides à la pharmacie est mal connue.

Cette méthode impose également une source d'approvisionnement en médicament unique pour le patient et est difficile à mettre en place en dehors d'essais thérapeutiques spécifiques.

**b- Piluliers électroniques:**

Cette technique est plus sensible pour détecter la non observance que les auto-questionnaires voire que le décompte des comprimés mais elle se heurte, en pratique, à des limites toutes aussi importantes que le recours au questionnement de boîtes de médicaments avec dispositif électronique de comptage incorporé et n'est pas à l'abri de « détournement » de la part des patients d'autant plus que ceux – ci peuvent mal supporter ce type de contrôle, et être d'autant moins incités à révéler leurs comportements réels.

De plus, la mesure de l'observance avec ce type de méthode risque d'être biaisée à cause de l'effet « intervention ».

La mesure par pilulier électronique peut en revanche être utile pour mesurer l'observance de façon plus précise dans les essais cliniques.

### ➤ **Marqueurs biologiques:**

La charge virale n'est pas le marqueur biologique des comportements d'observance des patients. D'autres facteurs sont associés au succès virologique, comme l'histoire pré thérapeutique du patient, le niveau d'immunodépression lors de l'initiation du traitement, ou encore la puissance de la combinaison anti rétrovirale.

Quant aux dosages pharmacologiques, ils ne peuvent techniquement pas remonter à plus de 72 heures, étaient donné la demi-vie courte des ARV (à l'exception des inhibiteurs non nucléosidiques). De plus les résultats peuvent différer en fonction de la variabilité interindividuelle de la concentration plasmatique d'inhibiteur de protéase, due aux différences d'absorption et de métabolisme selon les patients.

### **3. Gestion de l'observance : [14]**

Elle passe par la mise en place des conditions de l'observance en amont de la décision thérapeutique. Il faut évaluer :

- Le niveau de connaissance du patient,
- Son acceptation de l'infection à VIH et du traitement antirétroviral,
- Son entourage familial et professionnel,
- Le contexte socioculturel et la barrière linguistique.

Au moment de la prescription le praticien doit :

- Exposer correctement les objectifs du traitement,
- Indiquer les effets indésirables possibles,
- Adapter le traitement au patient et non l'inverse,
- Développer une collaboration multidisciplinaire impliquant le médecin, le pharmacien, l'infirmier, l'assistant social, le psychologue et les médiateurs.

### **Pour améliorer l'observance :**

Il faut nécessairement mettre en place des séances d'éducation thérapeutique car elles permettent aux patients d'adhérer au traitement.



L'éducation thérapeutique étant un ensemble d'activités d'information, de conseil et d'apprentissage permettant au patient de mobiliser des compétences et des attitudes dans le but qu'il vive le mieux possible sa vie avec sa maladie et son traitement.

#### **4. Déterminants de l'observance : [17]**

##### **➤ Facteurs liés au malade:**

- Accessibilité financière des médicaments,
- Accessibilité géographique des traitements,
- Analphabétisme,
- Précarité logement ; lieu de travail,
- Promiscuité (repas, endroit pour garder les médicaments),
- Représentation sociale ; culturelle et religieuse de la maladie,
- Développements ; voyages sans anticipation,
- Recours au tradipraticien.

##### **➤ Facteurs liés au traitement:**

- Complexité du traitement,
- Obligations alimentaires (horaires de prises par rapport aux repas),
- Effets indésirables,
- Traitements associés (exemple : antituberculeux),
- Présentation, goût des médicaments.

##### **➤ Facteurs liés au suivi :**

Parmi ces facteurs il ya ceux liés à l'entourage et d'autres aux acteurs de la santé. Confidentialité, stigmatisation, discrimination, rejet, soutien et réseau de solidarité sont des facteurs liés à l'entourage qui influence le suivi des Personnes Vivant avec le VIH.

Et, niveau de connaissance sur le VIH et les ARV, informations insuffisantes, inadaptées ou contradictoires, absence de conviction et d'implication, charge de travail, indisponibilité, manque de motivation, relation soignant – soigné et la gestion

de la confidentialité de la part du personnel influ aussi sur la prise en charge des PVVIH.

## **D-Partage du statut sérologique :**

### **1- Partage du statut sérologique comme outil de prévention**

Le faible taux de partage avec le partenaire quand un des membres du couple est VIH positif, favorise les risques de transmission dans les couples sérodiscordants. Depuis les années 2000, l'ONUSIDA recommande d'encourager les personnes séropositives à partager leur statut sérologique en préconisant la divulgation à des fins bénéfiques. Il préconisait la création de services de conseil volontaire, l'incitation au dépistage grâce à un meilleur accès aux soins et à l'appui communautaire, et de protéger les personnes contre la stigmatisation et la discrimination, il préconisait également l'annonce dans le respect de l'éthique. [18]

Pour certains, le partage statut sérologique favorisait l'utilisation de préservatifs au cours des rapports sexuels. [19]

Pour d'autres, la question du partage est complexe et des facteurs comme le statut perçu du partenaire, le type d'activité sexuelle et la charge virale peuvent être impliqués dans la décision de révéler sa séropositivité et ne seraient pas systématiquement associés à une réduction des prises de risque. [20]

Le partage avec le conjoint(e) ou entourage peut renforcer l'adhésion à la prise en charge médicale des PV VIH et à l'application de mesures de prévention de la transmission sexuelle. [21]

### **2-Les causes de non partage du statut sérologique**

Le non partage est souvent lié à la peur du rejet, au sentiment de honte, au désir de maintenir le secret ou à la protection systématique des rapports sexuels qui écartent le besoin de dévoilement. [22] La majorité des personnes séropositives cachent leur sérologie à leur entourage direct et n'acceptent pas d'en témoigner publiquement. [23] Elles craignent des conséquences péjoratives et une destruction des liens sociaux. [24]

### **3-Les effets positifs et négatifs du partage du statut sérologique**

Historiquement, dans un contexte de non disponibilité ou de faible accessibilité aux traitements, le partage du statut sérologique a d'abord été perçu comme associé à la progression de la maladie et à sa visibilité. Par la suite, il a été envisagé comme le résultat d'un arbitrage entre couts et bénéfices liés au fait de révéler ou non sa séropositivité. [25,26] Dans ce contexte, il est souvent présenté comme une arme à double tranchant [27,28] : s'il peut accompagner de bénéfices importants pour les personnes en terme soutien social et émotionnel et permettre un meilleur accès aux services de prévention, de traitement [29], il peut aussi être à l'origine de discriminations ainsi que de perte de soutien économique et social. [27]

La façon dont les individus anticipent les couts et bénéfices liés au partage du statut et la manière dont ils diffèrent les uns des autres dans ces évaluations continuent néanmoins de questionner.

De façon générale, les motifs d'annonce du statut sérologique dans le pays du sud sont d'ordre matériel, alors qu'ils sont plus souvent du registre du soutien psychologique dans les pays du nord. [29]

# METHODE ET PATIENTS

## **II- METHODE ET PATIENTS :**

### **1 .Cadre et lieu étude**

Notre enquête s'est déroulée à l'Unité de Soins, d'Accompagnement et de Conseils (USAC) du Centre National d'Appui à la lutte Contre la Maladie (CNAM) en commune IV du District de Bamako (Mali).

#### **1.1. Présentation du CNAM**

##### **1.1.1. Historique du CNAM**

Le Centre National d'Appui à la lutte contre la Maladie (CNAM) est un Etablissement Public à caractère Scientifique et Technologique (EPST) placé sous la tutelle du Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique. Il a été créé par l'ordonnance n° 01-036/P-RM du 15 Août 2001 ratifiée par la loi n° 02-009 du 4 mars 2002 suite à la restructuration de l'Institut Marchoux.

#### **• Missions :**

Le CNAM a pour missions d'assurer la promotion de la recherche opérationnelle, la surveillance de certaines maladies et la formation continue en matière de lutte contre la maladie, en vue de soutenir les structures sanitaires périphériques (article2, ordonnance 01-036).

#### **• Organes de gestion :**

Les organes d'administration et de gestion du centre sont :

-Le conseil d'administration

Le conseil d'administration exerce dans les limites des lois et règlements en vigueur, les attributions spécifiques suivantes : fixer les orientations du centre ; adopter le cadre organique ; délibérer sur les programmes d'équipements et les investissements ; approuver le budget prévisionnel du centre ; examiner le rapport annuel d'activités ; fixer les modalités d'octroi au personnel des indemnités ; primes et avantages spécifiques ; délibérer sur les acquisitions, dispositions ou aliénations d'immeubles et donner un avis sur toutes les questions soumises par l'autorité de tutelle.

-La Direction Générale :

Le CNAM est dirigé par un Directeur Général nommé par un décret pris en conseil des Ministres sur proposition du Ministère chargé de la santé. Il est secondé par un Directeur Général adjoint qui le remplace de plein droit. Un arrêté de nomination fixe ses attributions spécifiques.

-Le comité de gestion :

Le comité de gestion est chargé d'assister le Directeur Général dans ses tâches.

Il se compose comme suit :

Président : Le Directeur Général

Membres : Le Directeur Général Adjoint

Les chefs de départements

Un Représentant du personnel

-Le comité scientifique et technologique :

Le comité scientifique et technologique est chargé de donner son avis scientifique sur les projets de recherche opérationnelle et appliquée, les essais thérapeutiques et sur les programmes de formation médicale et paramédicale.

### **1.1.2 Situation géographique :**

Le CNAM est situé en commune IV du district de Bamako, précisément dans le quartier de Djicoroni. À l'Est le centre est limité par un terrain d'entraînement des militaires du camp para. À l'Ouest par le logement des lépreux blanchis et le marché de Djicoroni. Au nord le boulevard Roi Mohamed VI sépare le centre du secteur Mariambougou et au Sud il est limité par le quartier Hamdallaye ACI2000.

### **1.1.3 Composition des services du CNAM :**

Le CNAM est composé par des départements suivants :

Département clinique : qui est composé par cinq (5) services et une Unité de Soins d'Accompagnement et de Conseils (USAC)

-service de dermatologie

- service de léprologie

-service de réhabilitation

-service de chirurgie

-service d'imagerie médicale

Département biologique :

- service du laboratoire d'analyses biomédicales

- service de la pharmacie

Département du centre national de référence de pharmacovigilance

Département du service social

Département des opérations d'urgence en santé publique

#### **1.1.4 Composition des ressources humaines du CNAM :**

**Tableau 3 : Personnels du corps médical du CNAM.**

Qualification/Fonction	Nombres
<b>Professeur</b>	<b>1</b>
<b>Maitre de conférences</b>	<b>1</b>
<b>Médecins</b>	<b>25</b>
<b>Pharmaciens</b>	<b>2</b>
<b>Assistant médicaux</b>	<b>15</b>
<b>Technicien supérieur de la santé : Infirmier d'état, Biologie médicale, Hygiène Assainissement.</b>	<b>7</b>
<b>Technicien de santé.</b>	<b>6</b>
<b>Aide-soignant</b>	<b>2</b>

A cela s'ajoute les médecins en spécialisation, les internes, les étudiants et stagiaires

## **1.1 Présentation de L'USAC**

### **1.1.1 Historique de L'USAC :**

L'USAC est une unité de prise en charge des personnes vivant avec le VIH /Sida. L'ARCAD rapprocha la direction générale du CNAM pour la création de l'USAC vue le nombre de cas de dermatose associé au VIH .Créée dans le but de contribuer à la prévention par la mobilisation sociale et à la prise en charge médicale, psychosociale des personnes vivant avec le VIH au niveau de la Commune IV du District de Bamako, l'USAC du CNAM est le fruit d'une franche collaboration entre le CNAM et l'ARCAD/SIDA avec le soutien technique et financier du Fonds mondial et du SE/HCNLS et le Ministère de la santé et de l'Hygiène Publique.

L'unité est logée dans un bâtiment comportant un bureau de consultation médicale, une pharmacie, une salle de conseil et dépistage, une salle pour le stockage des produits, et un hangar pour les activités culinaires.

### **1.1.2 Composition des ressources humaines :**

Les personnels de l'USAC sont composés :

- médecin coordinateur qui assure la gestion administrative et technique de l'unité ;
- un pharmacien, évaluant et planifiant les besoins en médicament contre les infections opportunistes, les ARV, en réactifs consommable de laboratoire assure la dispensation et anime le programme d'éducation thérapeutique ;
- Une assistance psychosociale, assurant la réalisation du programme d'accompagnement psychologique et sociale ;
- une conseillère de l'association des PVVIH (AMAS/AFAS), appuie l'équipe de l'unité ;
- Des appuis et la collaboration avec les personnels des services du CNAM, les internes et les stagiaires



## 1.2.2 Objectifs et stratégies actions

L'USAC du CNAM a pour objectif, le développement de la prise en charge globale de l'infection par le VIH à travers l'accès aux soins et aux traitements, la recherche, l'accompagnement et la communication.

Notre démarche est communautaire, il s'agit d'œuvrer avec la personne infectée par le VIH et ses proches, à améliorer les conditions de prise en charge médicale psychologique et socio-économique.

Cette démarche met la personne vivante avec le VIH au cœur de l'action de sa prise en charge.

Cependant les stratégies mise en œuvre sont essentiellement :

- L'enquête sociale, soutien nutritionnel, ETP, aide à l'observance, visite à domicile, visite à l'hôpital
- les groupes de paroles femme enceinte et les enfants séropositifs
- les conseils dépistages des adultes et des enfants
- des consultations médicales, la prescription et le renouvellement des ordonnances pour des médicaments anti infections opportuniste adultes et l'enfant
- l'évaluation et le suivi des sujets des cas de Co infections TB/VIH, hépatite/VIH, kaposi/VIH
- le diagnostic et le traitement des IST et la distribution des préservations
- les nouvelles initiations aux traitements ARV adultes et enfants
- la réalisation des bilans pré thérapeutique et suivi
- le club de conseil thérapeutique
- la recherche clinique et sociale
- l'accompagnement psychosocial
- la prévention et l'accès aux soins
- la formation continue
- la réinsertion socioéconomique

## 2. Type et période d'étude

Il s'agit d'une enquête transversale analytique réalisée du 2 Mai 2018 au 12 Août 2018. (4mois)

## 3. Population d'étude et taille d'échantillon

L'étude a ciblé tous les adultes séropositifs du district de Bamako et a porté sur une population source d'adultes séropositifs sous traitement ARV suivis dont 1400 adultes répondaient aux critères de sélection de l'étude à l'USAC du CNAM.

## 4. Méthode d'échantillonnages

### 4.1. Echantillonnage

L'enquête a utilisé la technique d'échantillonnage aléatoire simple avec la connaissance de la liste entière (exhaustive) des sujets qui composeront la population.

### 4.2. Critère d'inclusion

Ont été inclus des adultes séropositifs sous traitement ARV de plus de 6 mois ayant partagé ou non leur statut sérologique et suivis sur le site, ainsi que les transferts reçus d'un autre site.

### 4.3. Critère de non inclusion

Ont été exclus des adultes séropositifs non traités et non suivis dans le service et des adultes séropositifs décédés et transférés.

## 5. La Collecte des données

### 5.1. Les supports de collecte des données

Les données ont été recueillies à partir :

- des dossiers de suivi physique des patients.
- du logiciel électronique d'ESOPÉ de suivi des patients.
- du registre de notification des résultats du bilan de suivi des patients.

### 5.2. Technique de collecte des données

La première étape a porté sur une analyse documentaire faite par l'étudiant sur le site après l'identification des supports du suivi concernés par l'étude afin de renseigner la fiche d'enquête avec l'accompagnement de l'équipe cadre du CNAM.

Secondairement, des séances d'entretien ont été réalisées avec les patients pour avoir des informations sur le partage du statut sérologique et observance du traitement ARV chez les adultes séropositifs suivis à l'USAC du CNAM.

### **5.3. Variables étudiées**

- **Variables sociodémographiques des adultes séropositifs**

Sexe, Statut matrimonial, Age, Profession, Niveau d'instruction

- **Variables liée à l'observance du traitement ARV.**

Durée du traitement, Schéma thérapeutique, Superviseur du patient, Respect du rendez-vous au traitement ARV, Maintien d'une charge virale indétectable, Autres traitement, Respect des heures de prises médicamenteuses, Méthode de rappel utilisée.

- **Facteurs lié au partage du statut sérologique ou non**

Partage, Soutien, Stigmatisation/ discrimination, Rejet, Rupture de lien familial

- **Variables des mesures d'association entre le partage du statut sérologique et l'observance du traitement ARV.**

- Variables statistiques : Mesure d'association (partage du statut et l'observance)

### **DEFINITIONS OPERATIONNELLES:**

#### **Observance :**

C'est le degré de concordance entre le comportement d'un patient (en termes de prises médicamenteuses, de suivi du régime thérapeutique ou de changement de style de vie, et la réalisation des bilans du suivi) et les recommandations médicales. [17]

#### **Partage du statut sérologique :**

C'est l'acte d'informer un individu ou une organisation du statut VIH positif d'une personne, que cette information soit communiquée, d'une façon ou d'une autre, par la personne elle-même ou par un tiers, avec ou sans consentement. [15]

#### **5.4. Traitement et analyse statistique des données**

Les données ont été traitées sur le logiciel Word et Excel 2013 et analysées sur le logiciel SPSS version 25.0. Le test statistique utilisé est : test de Chi-2 de Pearson et le rapport P

#### **6. Considérations éthique et déontologique**

Notre enquête a été effectuée en étroite collaboration avec les différents personnels du service de l'USAC du CNAM. La participation à l'étude a été libre. Les patients n'ont bénéficié d'aucune compensation de quelque nature que ce soit de même que les investigateurs. Le consentement éclairé écrit des participants a été requis. Les données ont été recueillies sur des fiches d'enquête anonymes pour conserver la confidentialité.

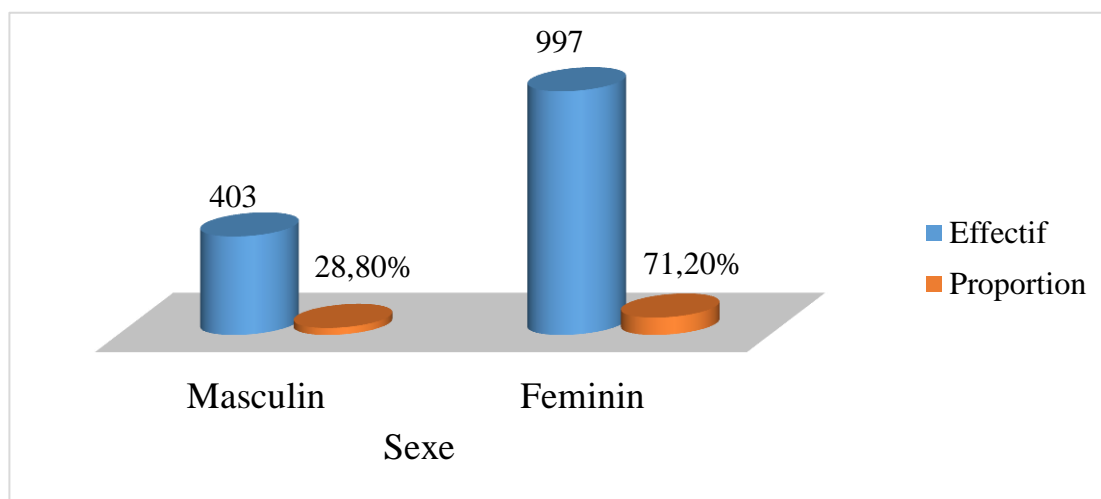
# RESULTATS

### III- RESULTATS :

Nous avons inclus 1400 patients suivis sous ARV, sur un total de 1452 patients recensés au cours de la période de juillet 2007 à décembre 2017. Les patients non inclus étaient les cas décédés au nombre de 18, et les patients transférés pour suivi dans d'autres structures.

#### 1- Caractéristiques sociodémographiques:

✓ Sexe

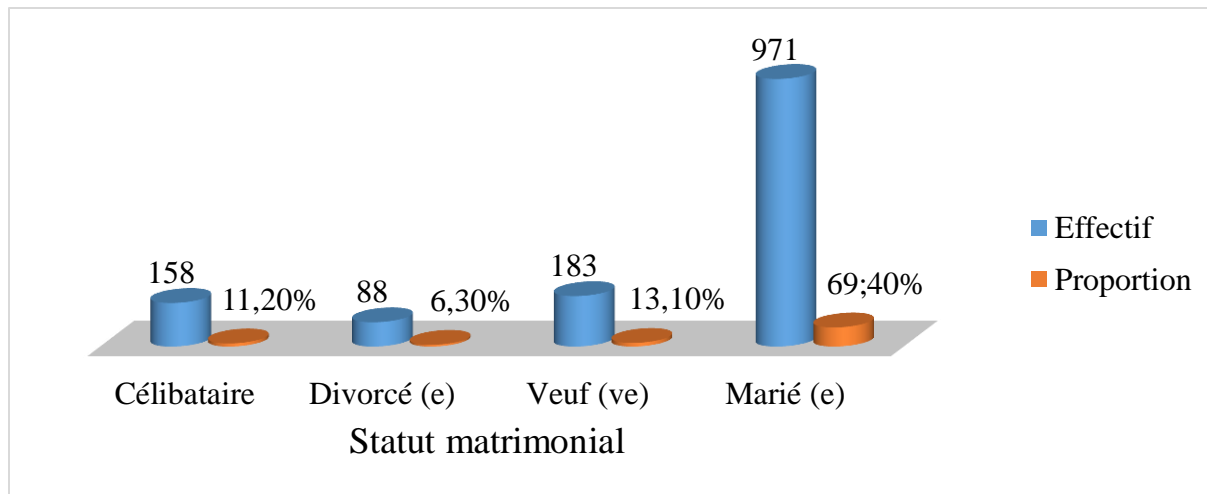


**Graphique 1:** Répartition des adultes selon le sexe (n=1400)

Les adultes de sexe féminin représentaient 71,20% des cas.

Sexe Ratio (H/F) =  $(403/997) = 0,40$

✓ Statut matrimonial :



**Graphique 2 :** Répartition des adultes selon le statut matrimonial (n=1400)

Les marié(e)s représentaient 69,40% des cas

**Tableau 4:** Répartition des adultes hommes selon leur nombre d'épouses

Nombre d'épouses	Effectif	Proportion
Une	241	71,30
Deux	81	23,96
Trois	14	4,14
Quatre	2	0,60
<b>Total</b>	<b>338</b>	<b>100</b>

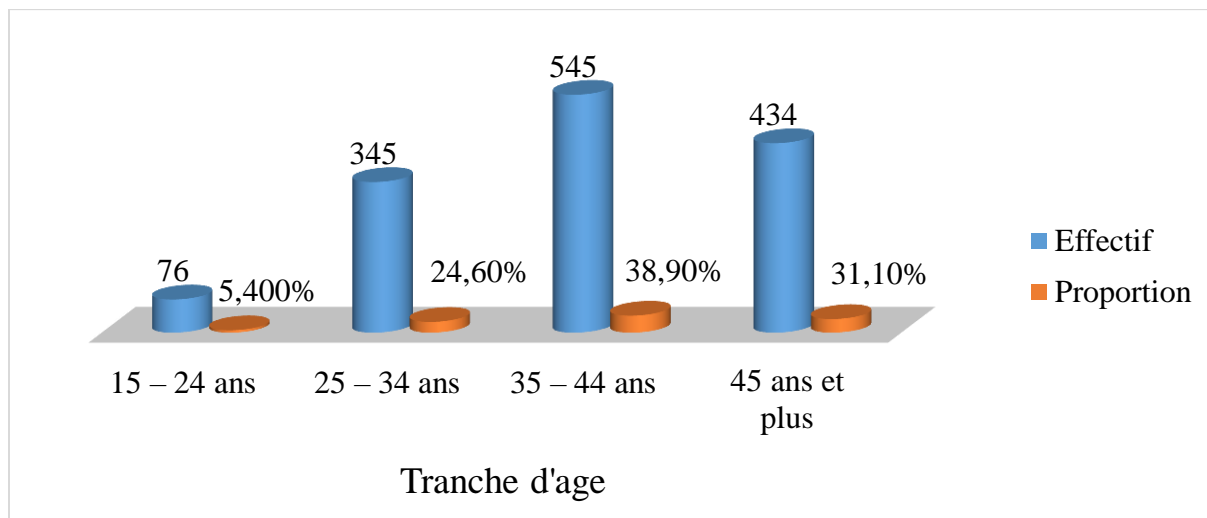
Les couples monogames étaient majoritaires soit 66,00% des cas

**Tableau 5** : Répartition des adultes femmes selon leur nombre de coépouses

Nombre de coépouses	Effectif	Proportion
Zéro	400	63,19
une	200	31,60
Deux	30	4,74
Trois	3	0,47
<b>Total</b>	<b>633</b>	<b>100</b>

Les femmes n'ayant pas de coépouse représentaient 63,19% de cas.

➤ Tranche d'âge :

**Graphique 3** : Répartition des adultes selon la tranche d'âge (n = 1400)

La tranche d'âge de 35 à 44 ans représentait 38,90% des cas. L'âge moyen était de 40 ans avec des âges extrêmes de 15 et 84ans.



**Tableau 6 : Répartition des adultes selon la profession**

<b>Profession</b>	<b>Effectif</b>	<b>Proportion</b>
<b>Fonctionnaire/Salarié</b>	204	14,60
<b>Femme au foyer</b>	495	35,40
<b>Elève/Etudiant</b>	54	3,90
<b>Vendeur (se)</b>	244	17,40
<b>Commerçant (e)</b>	148	10,60
<b>Sans emploi</b>	37	2,60
<b>Cultivateur</b>	72	5,10
<b>Autres</b>	146	10,40
<b>Total</b>	<b>1400</b>	<b>100</b>

Les femmes au foyer représentaient 35,40% des cas.

Autres: Cordonnier, menuisier, marabout, chauffeur.

**Tableau 7 : Répartition des adultes selon le niveau d'instruction**

<b>Niveau d'instruction</b>	<b>Effectif</b>	<b>Proportion</b>
<b>Non scolarisé</b>	507	36,20
<b>Primaire</b>	406	29,00
<b>Secondaire</b>	217	15,50
<b>Supérieur</b>	133	9,50
<b>Medersa</b>	137	9,80
<b>Total</b>	<b>1400</b>	<b>100</b>

Les adultes non-scolarisés représentaient 36,20% des cas.

## 2. Niveau de l'observance du traitement ARV chez les patients :

**Tableau 8:** Répartition des adultes selon le niveau d'observance du traitement ARV

Observance du TARV	Effectif	Proportion
Bonne	998	71,90
Mauvaise	390	28,10
<b>Total</b>	<b>1388</b>	<b>100</b>

La bonne observance a été observée chez 71,90% de nos patients.

La charge virale n'a pas été mesurée chez les patients porteurs du VIH 2 au nombre de 12.

**Tableau 9:** Répartition des adultes selon la durée de la mise au traitement ARV et l'observance du traitement ARV.

Durée du TARV	Bonne observance		Mauvaise observance		Total
	Effectif	%	Effectif	%	
<b>6-25mois</b>	118	55,40	95	44,60	213
<b>26-45mois</b>	179	65,70	94	34,30	273
<b>46-65mois</b>	191	73,50	69	26,50	260
<b>≥66 mois</b>	510	79,40	132	20,60	642
<b>Total</b>	<b>998</b>	<b>71,90</b>	<b>390</b>	<b>29,10</b>	<b>1388</b>

khi2 = 123,10 P – Valeur < 0,001

L'observance du traitement variait selon la durée du traitement (P=0,001)

**Tableau 10:** Répartition des adultes selon le schéma thérapeutique et l'observance du TARV

Schéma thérapeutique		Bonne observance		Mauvaise observance		Total
		Effectif	%	Effectif	%	
<b>Combinaison fixe</b>	TDF/3TC/EFV	847	73,70	303	26,30	1150
	AZT/3TC/NVP	23	69,70	10	30,30	33
<b>Molécules dissociées</b>	TDF/3TC+ (ATZ)	4	66,70	2	33,30	6
	ABC/3TC+ (ATZ)	7	63,60	4	36,40	11
	ABC/3TC+ (EFV)	17	68	8	32	25
	AZT/3TC+ (EFV)	21	60	14	40	35
	AZT/3TC+ (ATZ)	10	62,50	6	37,50	16
	AZT/3TC+ (LPR/r)	69	61,60	43	38,40	112
<b>Total</b>		998	71,90	390	29,10	1388

$$\text{khi2} = 14,68 \quad \text{P – valeur} = 0,13$$

L'observance du traitement ne variait pas selon le protocole thérapeutique (P=0,13)

**Tableau : Effets secondaires des ARV**

ARV	TOXICITE LA PLUS FREQUENTE
<b>AZT (300mg)</b>	Anémie sévère ou neutropénie < 500/mm <sup>3</sup>
	Intolérance gastro-intestinale sévère
	Acidose lactique
<b>TDF (300mg)</b>	Toxicité rénale
<b>EFV (300mg)</b>	Toxicité du système nerveux central Persistance et sévère
<b>NVP (200mg)</b>	Hépatite
	Reaction d'hypersensibilités
	Rash sévère ou mettant la vie en danger (syndrome de Stevens-johnson et Lyell)

**Tableau 11:** Répartition des adultes selon l'assistance des superviseurs du suivi à domicile et l'observance du TARV

Assistance à domicile	Bonne observance		Mauvaise observance		Total
	Effectif	%	Effectif	%	
Présence d'assistance	71	71,00	30	29,00	101
Absence d'assistance	927	72,10	360	27,90	1287
<b>Total</b>	<b>998</b>	<b>71,90</b>	<b>390</b>	<b>29,10</b>	<b>1388</b>

khi<sup>2</sup> = 2,81 P – Valeur = 0,24

La proportion de patients observant était de 71% chez les cas bénéficiant d'assistance à domicile et de 72% chez ceux sans assistance (P=0,24)

**Tableau 12** : Répartition des adultes selon la nature des superviseurs du suivi du traitement ARV et l'observance du traitement ARV, (n= 101)

Nature des superviseurs du suivi à domicile	Bonne observance		Mauvaise observance		Total
	Effectif	%	Effectif	%	
Famille	41	68,30	19	31,70	60
Conjoint	29	70,70	12	29,30	41
<b>Total</b>	<b>70</b>	<b>69,30</b>	<b>31</b>	<b>20,70</b>	<b>101</b>

khi2 = 4,29 P – valeur = 0,12

L'observance du traitement ARV ne dépendait pas de la nature de la supervision (P=0,12)

**Tableau 13** : Répartition des adultes selon les motifs du non-respect des rendez-vous de renouvellement et l'observance du TARV, (n=430)

Motifs du non-respect des RDV	Bonne observance		Mauvaise observance		Total
	Effectif	%	Effectif	%	
Oublies	208	67,80	99	32,20	307
Voyages	48	70,60	20	29,40	68
Raisons sociales	17	70,80	7	29,20	24
Facteurs géographiques	24	77,40	7	22,60	31
<b>Total</b>	<b>297</b>	<b>69,10</b>	<b>133</b>	<b>20,90</b>	<b>430</b>

khi2 = 9,95 P – Valeur = 0,29

L'oublie, le voyage, les raisons sociales et les facteurs géographiques étaient les plusieurs motifs de non- respect des RDV chez les malades qui avaient la mauvaise observance avec respectivement (32,20% ; 29,40%, 29,20% et 22,60%).

### 3- Prévalence du partage du statut sérologique chez les patients

**Tableau 14:** Répartition des adultes selon le partage du statut

Partage du statut sérologique	Effectif	Proportion
<b>Oui</b>	581	41,5
<b>Non</b>	819	58,5
<b>Total</b>	<b>1400</b>	<b>100</b>

Les patients ayant partagé leur statut sérologique représentaient 41,5% de l'échantillon.

**Tableau 15 :** Répartition des adultes selon le type d'entourage informé du statut

Type d'entourage informé du statut	Effectif	Proportion
Famille	264	45,4
Conjoint(e)	303	52,2
Ami(e)	14	2,4
<b>Total</b>	<b>581</b>	<b>100</b>

Le type de l'entourage informé du statut sérologique de nos patients était respectivement : Le conjoint(e) (52,2%), la famille (45,4%) et ami(e) (2,4%).

**Tableau 16** : Répartition des patients selon la durée de la mise au traitement ARV et le partage du statut

Durée du TARV	Statut partagé		Statut non partagé		Total
	Effectif	%	Effectif	%	
6-25 mois	90	42,30	123	57,70	213
26-45 mois	97	35,40	177	64,60	274
46-65 mois	100	38,20	163	61,80	263
≥ 66 mois	294	45,20	356	54,80	650
<b>Total</b>	<b>581</b>	<b>41,50</b>	<b>819</b>	<b>58,5</b>	<b>1400</b>

Le taux de partage du statut ne variait pas selon la durée du traitement (P=0,5)

**Tableau 17:** Répartition des patients selon le schéma thérapeutique et le partage du statut

Schéma thérapeutique		Statut partagé		Statut Non partagé		Total
		Effectif	%	Effectif	%	
<b>Combinaison fixe</b>	TDF/3TC/EFV	465	40,40	685	59,60	1150
	AZT/3TC/NVP	19	54,30	16	45,70	35
<b>Molécules dissociées</b>	TDF/3TC+ (ATZ)	4	57,10	3	42,90	7
	ABC/3TC+ (ATZ)	7	58,30	5	41,70	12
	ABC/3TC+ (EFV)	12	57,10	9	42,90	21
	AZT/3TC+ (EFV)	10	32,30	21	67,70	31
	AZT/3TC+ (ATZ)	8	40	12	60	20
	AZT/3TC+ (LPR/r)	56	45,20	68	54,80	124
<b>Total</b>		581	41,50	819	58,50	1400

Le patient n'ayant pas partagé leur statut sérologique étaient sous le schéma thérapeutique AZT/3TC/ +(EFV) dans 67,70% des cas.



**Tableau 18:** Répartition des patients selon l'assistance des superviseurs du suivi à domicile et le partage du statut

Assistance à domicile	Statut partagé		Statut non partagé		Total
	Effectif	%	Effectif	%	
<b>Présence d'assistance</b>	101	100	0	0	101
<b>Absence d'assistance</b>	480	37	819	63	1299
<b>Total</b>	<b>581</b>	<b>41,50</b>	<b>819</b>	<b>58,50</b>	<b>1400</b>

Tous les patients ayant partagé leur statut avaient eu l'assistance des superviseurs du suivi à domicile.

**Tableau 19 :** Répartition des patients enquêtés selon les motifs de non-respect des Rendez-vous de renouvellement et le partage du statut

Motifs du non-respect des RDV	Statut partagé		Statut non partagé		Total
	Effectif	%	Effectif	%	
<b>Oublies</b>	111	36,20	196	63,80	307
<b>Voyages</b>	26	38,20	42	61,80	68
<b>Raisons sociales</b>	13	54,20	11	45,80	24
<b>Facteurs géographiques</b>	14	45,20	17	54,80	31
<b>Total</b>	<b>164</b>	<b>38,10</b>	<b>266</b>	<b>61,90</b>	<b>430</b>

L'oublie, le voyage, les facteurs géographiques et les raisons sociales étaient les plusieurs motifs de non- respect des RDV chez les malades n'ayants pas partage leur statut sérologique avec respectivement (63,80% ; 61,80%, 54,80% et 45,80%).

#### 4- L'observance chez les patients ayant partagé leur statut et ceux n'ayant partagé leur statut.

**Tableau 20:** Répartition des adultes selon le partage du statut sérologique et l'observance du TARV

Partage du statut sérologique	Observance du TARV		Total
	Bonne (%)	Mauvaise(%)	
Statut partagé	409 (70,61)	170 (29,39)	579
Statut non partagé	589 (72,81)	220 (27,19)	809
<b>Total</b>	<b>998 (71,90)</b>	<b>390 (28,10)</b>	<b>1388</b>

RP= 0,9702 et son IC 95% = [0,907 ; 1,038] Chi carré de Pearson = 0,7843

0,50 > P < 0,30

Le partage du statut sérologique n'améliorait pas l'observance du traitement P=0,30

# COMMENTAIRES ET DISCUSSION

#### **IV. COMMENTAIRES ET DISCUSSION:**

##### **Discussion de la méthode :**

Nous avons évalué l'observance du traitement ARV chez les adultes séropositifs en fonction du partage du statut sérologique.

L'analyse statistique des données ont été faite chez tous adultes séropositifs suivis et sous ARV à l'USAC du CNAM de juillet 2007 à décembre 2017.

Le test statistique utilisé : test de Chi-2 de Pearson et le Rapport P

L'observance était basé sur la détectabilité de la charge virale, les limites de notre travail sont : l'impossibilité de doser la charge virale dans le contexte d'infection au VIH 2, et la perte de vue de certains cas, mesure de la quantité des molécules.

Toutefois ce travail nous a permis d'évaluer l'observance du traitement en fonction du partage du statut sérologique.

##### **Discussion des données:**

###### **➤ Selon les caractéristiques sociodémographiques des adultes séropositifs**

###### **• Par rapport au sexe**

Le sexe féminin a prédominé avec 71,20% des cas. Cette prédominance féminine a aussi été retrouvée dans l'étude de **Diallo [30]** et **GOITA [14]** qui avaient trouvé respectivement 76,23% et 63,40% des femmes. Les infections génitales récurrentes et la grande surface de contact génital rendent les femmes plus vulnérables à cette infection. Ce constat pourrait aussi être lié à la prédominance du sexe féminin dans la population malienne.

###### **• Par rapport au statut matrimonial**

Notre étude a montré que 69,40% de nos adultes étaient mariés. Ce résultat est supérieur à celui de **Konaté avec 64% [31]** et de **Diamouténé [32]** avec 62%. En effet, au Mali la plupart des personnes se marient avant 30 ans et que l'infection se déclare au minimum après deux ans. Aussi il n'existe pas de lois sur le bilan pré-nuptial un objectif dans la majorité, c'est la quête de progéniture, d'où la non portage de préservatif.

- **Par rapport à la tranche d'âge :**

Dans notre étude la moyenne d'âge est égale à 40ans avec des extrêmes de 15 à 84 ans. La tranche d'âge (35-44 ans) était majoritaire avec 38,90%.Ce résultat est inférieur à celui de **Diamouténé [32]** avec 63,80% et de **Gorée en Côte d'Ivoire [33]** qui constataient une population de malades dominés par les adultes, l'âge moyen a été de 37 ans. Ces résultats sont confirmés par une étude de **l'ONUSIDA en 2001 [34]** selon laquelle sur 40 millions de PVVIH au monde, 37,2 millions seraient des adultes. Cette tranche d'âge de la population correspond au groupe sexuellement actif.

- **Par rapport à la profession**

Dans notre étude, nous avons noté une prédominance des femmes au foyer soit 35,40% des cas. Cette prédominance des femmes au foyer a été aussi retrouvée dans l'étude de **Diallo [30]** soit 61,46% des cas. Des efforts doivent être fournis pour la sensibilisation de la population à faire le dépistage avant le mariage. Amélioration du statut Socio-économique de la femme.

- **Par rapport au niveau d'instruction**

Les adultes non scolarisés représentaient 36,20% de l'effectif, ce qui met en exergue l'implication de l'ignorance dans la propagation de la pandémie. Ce résultat est supérieur à l'étude de **Traore** soit 34%. [35]

➤ **Selon le niveau de l'observance du traitement ARV**

- **Par rapport au niveau d'observance du traitement ARV**

Selon le protocole national du Mali la charge virale est l'examen essentiel du succès thérapeutique.

L'objectif principal des prises d'ARV est de rendre la charge virale indétectable selon le protocole national.

Dans notre étude, 998/1388 de nos patients soit 71,90% avaient une charge virale indétectable ce qui signifie la bonne observance.

- **Par rapport à la durée de la mise au traitement ARV et l'observance du traitement ARV**

Les adultes qui avaient une durée de traitement ARV  $\geq 66$  mois étaient le plus observant soit 79,40%. Ces résultats sont attribuables au renforcement des politiques d'information, de sensibilisation et de communication par rapport à la prise en charge globale du VIH. Ceci pourrait s'expliquer par le fait que plus les patients durent sous traitement ARV, plus leur état de santé a tendance à s'améliorer et ils deviennent observants. Contrairement à l'observation faite par certains auteurs [6,36] qui estiment que les adultes mis sous traitement ARV, ont tendance à être inobservant, après une longue période de prise médicamenteuse.

- **Par rapport au schéma thérapeutique et l'observance du traitement ARV :**

Les adultes qui sont sous le schéma thérapeutique (TDF/3TC/EFV) avaient la bonne observance du traitement ARV soit 73,70%. Des résultats superposables ont été obtenus par **Ahmed et al** [37] dont ses adultes qui sont sous le même schéma thérapeutique étaient le plus observants soit 50%.

Ces résultats peuvent s'expliquer par la simplicité du traitement ARV, la prise restreinte avec 1 comprimé (1fois/jour), et la combinaison thérapeutique fixe.

- **Par rapport à l'assistance des superviseurs du suivi à domicile et l'observance du TARV :**

La proportion de patients observant était de 71% chez les cas bénéficiant d'assistance à domicile et de 72% chez ceux sans assistance ( $P=0,24$ ) (Donc pas de différence statistique significative). Contrairement à certains auteurs [38,39], la bonne observance était due à l'assistance des superviseurs du suivi à domicile. Ceci pourrait s'expliquer par la forte participation des adultes à notre échantillon d'étude.

- **Par rapport aux motifs du non-respect des rendez-vous de renouvellement et l'observance du TARV :**

L'oubli était le motif du non-respect des RDV chez les adultes qui avaient de la mauvaise observance soit 32,20%. Ce résultat est similaire à l'étude de **Haidara [40]** qui trouve aussi l'oubli comme motif de la mauvaise observance du traitement soit 34,7%. Ces chiffres montrent clairement l'intérêt d'une éducation thérapeutique continue et d'une décentralisation de la prise en charge.

➤ **Selon la prévalence du partage du statut sérologique :**

- **Par rapport au partage du statut sérologique :**

Dans notre étude 58,5% de nos adultes n'avaient pas partagé leur statut sérologique avec leur entourage. Le non-partage est souvent lié à la peur du rejet, au sentiment de honte, au désir de maintenir le secret.

Contrairement à l'étude réalisée au Burkina Faso qui trouve chez 81 % des adultes avaient partagé leur statut sérologique avec son entourage. [41]

La forte proportion de patients burkinabè qui partagent leur séropositivité avec des tierces personnes pourrait être la résultante de la disponibilité des TARV, de la forte implication des associations de lutte contre le VIH avec les témoignages à visage découvert sur le VIH/SIDA, et de la disponibilité de divers appuis psychosociaux qui les préparent au partage du statut. Ces facteurs semblent en phase de réduire les réactions négatives des populations à l'encontre des personnes vivant avec le VIH (PVVIH).

- **Par rapport à l'assistance des superviseurs de suivis à domicile et le partage du statut**

Tous les patients ayant partagé leur statut avaient eu l'assistance des superviseurs du suivi à domicile. Ceci pourrait s'expliquer par effet de la politique information, de sensibilisation et de communication sur la prise en charge du VIH en globale.

➤ **Selon la relation entre le partage du statut et l'observance du traitement ARV**

- **Par rapport au lien entre partage du statut et l'observance du traitement ARV**

Le lien entre le partage du statut sérologique et l'observance du TARV est d'intensité assez faible, car il n'y pas de différence significative entre la fréquence du partage du statut sérologie chez les sujets en situation de bonne observance (70,61%) que celle observée chez les sujets inobservants (29,39%) pendant la période d'étude. Et aussi, entre la prévalence (70,61%) de la bonne observance chez les patients ayant partagé et celle (72,81%) observée chez patients n'ayant pas partagé, avec un degré de signification  $0,50 > P < 0,30$  donc p-valeur  $>0,05$ .  $RP = 0,9702$  et son IC 95% = [0,907 ; 1,038] Chi carré

de Pearson = 0,7843 Contrairement à t'étude réalisée par **Bagayoko [36]** qui trouvé il ya un lien entre le partage du statut sérologique et l'observance du traitement ARV (OR=0,12 avec un IC=] 0,03-0,45]).

Dans notre série le partage du statut n'a pas amélioré l'observance, cela peut s'expliquer par l'implication d'autres facteurs tels que la perception de l'entourage après le partage du statut. L'attitude des personnes mise au courant du statut peut être déterminant, si le malade est bien reçu et soutenu, ceci peut améliorer l'observance, en revanche si le partage entraîne un isolement du patient, ceci peut affecter le suivi du traitement.

Toutefois nous n'avons pas pu évaluer l'attitude de l'entourage du patient après le partage du statut.



# **CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS**

## **V- CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS**

### **1- CONCLUSION:**

Le partage du statut sérologique n'améliore pas l'observance chez nos cas.

Il semble nécessaire de réaliser d'autres travaux pour évaluer la perception de l'entourage après le partage du statut sérologique afin d'améliorer l'observance des patients.

## **2-RECOMMANDATIONS:**

A la fin de notre étude, nous avons formulé quelques recommandations qui sont les suivantes :

### **Au Ministère De La Sante Et De L'Action Sociale**

- Renforcer le personnel dédié à la prise en charge globale des PVVIH et surtout volet accompagnement psychosocial au CNAM,
- Equiper les laboratoires publics de matériels nécessaires et de réactifs pour la réalisation du comptage des CD4 et la charge virale.

### **Aux Agents De Santé:**

- Expliquer aux patients, l'intérêt du suivi biologique ;
- assurer une prise en charge précoce et un suivi régulier ;
- évaluer les conséquences de la mauvaise observance ;
- renforcer l'éducation thérapeutique pour garantir une meilleure observance ;
- accompagner les patients dans leur choix de partager ou de ne pas divulguer du statut sérologie ;
- développer des stratégies thérapeutiques simplifiées afin d'améliorer l'observance

### **A La Famille :**

- Favoriser le développement du soutien par la famille et par les médiateurs,

### **Aux Patients :**

- Etre observant par rapport à la prise des médicaments ;
- faire confiance à son médecin traitant en lui donnant toutes les informations ;
- faire les examens complémentaires demandés par les médecins ;
- Adhérer à un groupe de soutien aux PVVIH.

### **Aux Populations :**

- S'abstenir de rapports sexuels à risque, et d'autre comportement à risques ;
- Promotion de la Préexposition auprès des groupes à risque
- soutenir les PVVIH ;
- exclure la stigmatisation et la discrimination des PVVIH.

# **REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES**

## **VI REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES :**

**1. ONU SIDA.** Le sida en chiffre 2017 [En ligne]. ONUSIDA. Disponible à l'URL [http://www.unaids.org/fr/resources/documents/2017/AIDS\\_by\\_the\\_numbers\\_2017](http://www.unaids.org/fr/resources/documents/2017/AIDS_by_the_numbers_2017)

**2. Cellule de Planification et de Statistique du Ministère de la Santé.** Cinquième Enquête Démographique et de Santé au Mali (EDSM V). Bamako ; 2012.

**3.** Document de la politique et protocoles de prise en charge anti rétrovirale du VIH et du SIDA au MALI. 2016 juillet : 197p.

### **4. Coulibaly FK.**

Etude descriptive de distribution et de dispensation antirétrovirale, These pharmacie, Bamako, 2005, FAPH.

**5-Arcad / Sida.** Dialogue, échange, débat : les femmes maliennes font reculer ensemble le tabou de la séropositivité ; 2011.P.1

### **6-Sanogo M.**

Enquête séro-épidémiologique sur l'infection par les VIH au «CESAC de 2001 à 2003», These pharmacie, Bamako, 2004, FAPH.

### **7-Barre-Sinoussi F, Chermann JC, Rey F, et al.**

Isolation of a T-lymphotropic retrovirus from a patient at risk for acquired immune deficiency syndrome (AIDS). Science.1983; 220(4599):868-71.

### **8- Clavel F, Guetard D, Brun-Vezinet F, Chamaret S, et al.**

Isolation of a new human retrovirus from West African patients with AIDS.

Science.1986 18; 233(4761):343-6.

**9. CMIT.** Maladies infectieuses et tropicales. In E. PILLY. 21e édition. Paris : Vivactus plus, 2008.

**10. Ensemble pour une Solidarité Thérapeutique Hospitalière en Réseaux et Institut de Médecine et d'épidémiologie Appliquée.** Prise en charge globale du VIH dans les pays à ressources limitées. Guide de formation à l'usage des paramédicaux. Paris : ESTHER-IMEA ; 2011.

**11. Prise en charge des situations d'expositions au risque viral-Rationnel du traitement post-exposition (TPE) au VIH.** Mis à jour le 08/05/2013.

[www.trt-5.org/article148.htm](http://www.trt-5.org/article148.htm)

**12. ONU/SIDA. Rapport sur l'épidémie mondiale du VIH/SIDA 2010.** Mise à jour le 04/07/2012. <http://www.unsaids.org>.

**13. Laura A Guay, Phillippa M.** Intra partum and neo natal single-dose névirapine compared with zidovudine for prevention of mother –child transmission of HIV1 in Kampala, Uganda, HINET 012 randomised trial, the 1 ancet, 1999 september 4th , vol 354

**14- Siby M.**

Suivi de l'observance au traitement antirétroviral chez les adultes vivants avec le VIH à l'hôpital Gabriel Touré. These pharmacie, Bamako, 2006, FAPH.

**15. ONUSIDA.** L'épidémie de VIH/SIDA : en parler ouvertement. Principes directeurs pour la divulgation à des fins bénéfiques, le conseil au partenaire dans le respect de l'éthique, et l'emploi approprié de la déclaration des cas l'infection à VIH. 2001[cité 2010 août 08].[http://data.unaids.org/publication/IRC-pub05/JC\\_488-open\\_Fr.pdf](http://data.unaids.org/publication/IRC-pub05/JC_488-open_Fr.pdf)

**16- PIERRE MARIE GIRARD- CHRISTINE KATLAMA – GILLES PIALOUX.** VIH édition 2007 : p-54- 334- 337- 391.

**17- MEMENTO THERAPEUTIQUE DU VIH EN AFRIQUE.**

Edition doin, 2005 : 23- 25.

**18. ONUSIDA.** L'épidémie de VIH/SIDA : en parler ouvertement .principes directeurs pour la divulgation à des fins bénéfiques, le conseil au partenaire dans le respect de l'éthique, et l'emploi approprié de la déclaration des cas d'infection à VIH. [Internet].Genève: ONUSIDA; 2001[Cité 2011 mars 14].Available from: [data.unaids.org/publications/IRC-pub02/Jc-execsumm\\_fr.pdf](http://data.unaids.org/publications/IRC-pub02/Jc-execsumm_fr.pdf)

- 19. Kalichman SC, Klein SJ, Kalichman MO, O'connell DA, Freedman JA, Eaton L, et al.** HIV/AIDS case managers and client HIV status disclosure: perceived client needs, practices, and services. *Health soc Work.* 2007 nov; 32(4): 259-67
- 20- Sullivan KM.** Male self-disclosure of HIV-positive serostatus to sex partner: a review of the literature. *J Assoc Nurses AIDS Care.* 2005 déc; 16(6): 33-47
- 21. Maman S, medley A.** World health organization. Dept. of Gender W, Health. Gender Dimensions of HIV Status Disclosure to Sexual Partners: Rates, Barriers, and outcomes: a Review Paper. Dept. of Gender and Women's Health (GWH), Family and community Health (FCH), World Health organization; 2003.
- 22- Simoni JM, Mason MR, Marks G, Ruiz MS, Reed D, Richardson JL.** Women's self-disclosure of HIV infection: Rates, Reasons, and reaction. *J Consult Clin Psychol.* 1995 juin; 63(3): 474-8
- 23- Sow K, Desclaux A.** « La solidarité familiale dans la prise en charge des patients: réalités, mythes et limites » Dans : *L'initiative sénégalaise d'accès aux médicaments antirétroviraux.* Paris : ANRS Collection sciences sociales ; 2002.p.79-93
- 24- Egrot M.** Rénaitre d'une mort annoncée : recomposition du lien social des personnes vivant avec le VIH en Afrique de l'ouest (Burkina Faso, Sénégal). 2007
- 25. Serovich JM.** A test of two HIV disclosure theories. *AIDS Educ prev.* 2001 Août; 13(4):355-64.
- 26. Serovich JM, Lim JY, Mason TL.** A retest of two HIV disclosure theories: the women's story. *Heal & social work.* 2008;33(1):23.
- 27. Fall L.** Etat des lieux de la confidentialité partagée dans l'infection à VIH /SIDA à Dakar [Internet]. 2000 juin 21 [cité 2011 Avr 6] ; available from : <http://rds.refer.sn/img/pdf/lamafallconfinant.pdf>
- 28. Hays RB, Mckusick L, Pollack L, Hilliard R, Hoff C, Coates TJ.** Disclosing HIV seropositivity to significant others. *AIDS.* 1993 mars; 7(3): 425-31.
- 29. Waddell EN, Messeri PA.** Social support, disclosure, and use of antiretroviral therapy. *AIDS Behav.* 2006 mai ; 10(3): 263-72.

**30- Diallo M.**

Observance aux traitements antirétroviraux chez les patients adultes vivant avec le VIH suivis à l'unité de soins d'accompagnement et de conseils du centre de sante de référence de la commune VI du District de Bamako. These medecine, Bamako, 2014, FMOS.

**31. Konaté Y.**

Dispensation des ARV à l'hôpital du point G. These pharmacie, Bamako, 2005, FAPH.

**32. Diamouténé A.**

Evaluation de l'observance du traitement antirétroviral au CHU du point G. These pharmacie, Bamako, 2006, FAPH.

**33. Gorée.**

Suivi de la dispensation des antirétroviraux au service des maladies infectieuses et tropicales du CHU de Treichville d'octobre 1998 à décembre 2000. These pharmacie, Abidjan, 2001.

**34. ONUSIDA:** Report on the HIV/AIDS epidemic. December 2001

**35. Traore MS.**

Evaluation de l'observance au traitement antirétroviral et de l'évolution des patients vivant avec le VIH traités depuis au moins 24 mois à l'Unité de Soins, d'Accompagnement et de Conseils de la commune V de Bamako.

These pharmacie, Bamako, 2010, FAPH.

**36. Desclaux A.**

L'observance en Afrique : Question de culture ou “ Vieux problème de santé publique”. In : **Souteyran Y et Morin M.** L'observance aux traitements du VIH/Sida : mesure, déterminants, évolution. Paris, ANRS, Collection Sciences Sociales et Sida. 2001 : 57-66



**37- Ahmed A.A, Katlama C, Ghosn J, Guiguet M, Costagliola D.**

Evaluation de l'observance anti rétroviral au sein d'une cohorte de 200 patients à Djibouti (2005). La revue de santé de la méditerranée orientale 2007 ; 13(6).

**38-Oumar. AA, Dao S, Diamouténé. A et al.**

Les facteurs associés à l'observance du traitement antirétroviral à l'hôpital du PG. Mali Med 2007 ; 22: 18-22.

**39. C. Andreo, A.D. Bouhnik, J.Soletti, et al.**

Le non observance des patients infectés par le VIH, soutenus par une association communautaire. Santé publique 2001; 13 (3):249-62

**40-Haidara R.**

Etude de l'observance au traitement aux antirétroviraux dans le service des maladies infectieuses à l'hôpital national du point G à propos de 270 cas. These medecine, Bamako, 2006, FMOS.

**41- S. Kouanda et al.**

Revue d'Epidémiologie et de Sante Publique 2012; 60 : 221- 228

**42- Bagayoko DK.**

Evaluation de l'Observance du Traitement Antirétroviral au Centre Hospitalier "Mère-Enfant" "le Luxembourg". These medecine, Bamako, 2010, FMOS.

# ANNEXES

## **ANNEXES :**

### **Fiche d'enquête**

Nous venons vous voir dans le cadre de notre enquête sur l'impact du partage du statut sérologique sur l'observance du traitement ARV chez les adultes séropositifs suivis à l'USAC du CNAM. Soucieux de vouloir apporter une amélioration dans votre traitement. Êtes-vous consentant pour cette étude ?

1-Oui:/\_\_/ 2-Non:/\_\_/

Date d'enquête : \_\_ / \_\_ / 201 N° du dossier: / \_\_\_\_\_ /

N° D'ordre: / \_\_\_\_\_ / TEL : \_\_\_\_\_

### **A - Caractéristique sociodémographiques des adultes séropositifs**

**Q1. Sexe :** 1 - Masculin:/\_\_/ 2 - Féminin:/\_\_/

**Q2.Statut matrimonial :** 1- Célibataire:/\_\_/ 2-Divorcé(e):/\_\_/ 3-Veuf(Ve):/\_\_/

4- Marié(e):/\_\_/

**4-1-Si marié(e) quel est le nombre(s) épouse(s) :** 1- Une épouse : /\_\_/

2 - deux épouses : /\_\_/ 3 - trois épouses : /\_\_/ 4- quatre épouses : /\_\_/

**4-2-Si marié(e) quelle est le nombre(s) de coépouse(s) :** 1- Zéro coépouse : /\_\_/

2- Une coépouse 3- Deux coépouses: /\_\_/ 4- Trois coépouses: /\_\_/

**Q3. Tranche âge en année :** 1- 15-24 ans:/\_\_/ 2-25-34ans:/\_\_/ 3- 35-44ans:/\_\_/ 4- 45ans et plus:/\_\_/

**Q4. Profession :** 1 - Salarié : /\_\_/ 2 – Femme au foyer : /\_\_ / 3 - élève / étudiant: /\_\_ /

4- vendeur (se):/\_\_/ 5- commerçant(e):/\_\_/ 6- sans emploi : /\_\_ /

7 – cultivateur : /\_\_ / 8-Autres /\_\_/ à préciser : \_\_\_\_\_

**Q5. Niveau d'instruction :** 1- Non scolarisé : /\_\_/ 2- Primaire : /\_\_ /

3 - Secondaire : /\_\_ / 4- Supérieur : /\_\_ / 5- Médorsa:/\_\_/

## **B – Mesurer le niveau de l'observance du traitement ARV des patients**

**Q1**-Date du début sous traitement ou durée de mise au traitement :

1- 6-25 mois:/\_\_/ 2- 26-45 mois:/\_\_/ 3- 46-65mois : /\_\_/ 4- ≥66mois:/\_\_/

**Q2**- Quel est le schéma thérapeutique que vous prenez :

1-TDF/3TC/EFV:/\_\_/ 2- : AZT/3TC/NVP:/\_\_/ 3-TDF/3TC+ATZ:/\_\_/

4-ABC/3TC/+ATZ:/\_\_/ 5-ABC/3TC+EFV : /\_\_/ 6-AZT/3TC+EFV:/\_\_/

7-AZT/3TC+ATZ:/\_\_/ 8-AZT/3TCLPR/r : /\_\_/

**Q3**-Avez-vous quelqu'un qui supervise vos prise ARV ?

1-Oui:/\_\_/ 2- Non:/\_\_/

Si Oui quelle est la nature des superviseurs : 1- Famille:/\_\_/ 2- conjoint(e)

**Q4**- Avez-vous respectez les 3 derniers rendez-vous au renouvellement de l'ordonnance ARV ?

1-OUI:/\_\_/ 2-NON : /\_\_/

Si non quel est les motifs de non-respect des RDV : 1- Oublies:/\_\_/

2- Voyages:/\_\_/ 3- Raisons sociales : /\_\_/ 4- Facteurs géographiques:/\_\_/

**Q5**-Quel est le résultat de la dernière charge virale

1- Indélectable : /\_\_/ 2- Délectable:/\_\_/

**-Facteurs lié au partage du statut sérologique ou non**

**Q1**-Date de la séropositivité : \_\_\_\_/\_\_\_\_/201

**Q2**-Avez-vous informé (partagé) votre entourage de votre séropositivité ?

1- Oui:/\_\_/ 2- Non:/\_\_/

Si Oui quel est le type de l'entourage informé de votre séropositivité :

1- Famille:/ \_\_/ 2-conjoint(e):/\_\_/ 3-Ami(e):/\_\_/

**Q3**-Avez-vous eu le soutien de votre entourage ?

1-Oui:/\_\_/ 2- Non:/\_\_/

Si Oui quelle est la nature du soutien : 1- Social:/\_\_/ 2-Economique:/\_\_/

3-Social et Economique:/\_\_/

**Q4-**Avez-vous été stigmatisé et/ou discriminé par la personne informée de votre statut sérologique ?

1-Oui: /\_\_/ 2- non : /\_\_/

**Q5-** Avez-vous été rejeté par votre entourage ?

1-Oui: /\_\_/ 2-Non: /\_\_/

**Q6-**Avez-vous perdu des liens après avoir informé la famille ?

1-Oui: /\_\_/ 2-Non: /\_\_/

## **Annexes**

### **Fiche de signalétique**

**Nom :** MAIGA

**Prénom :** BOUREIMA

**Titre :** Impact du partage du statut sérologique sur l'observance du traitement ARV chez les adultes séropositifs suivis à l'USAC du CNAM.

Tel : 75595558

**Année académique :** 2018-2019

**Ville de soutenance :** Bamako

**Pays :** Mali

**Lieu de dépôt :** Bibliothèque de la Faculté de Médecine et d'Odontostomatologie (FMOS)

**Secteur intérêt :** Maladies infectieuses et Sante publique.

### **Résumé :**

**Introduction/Objectifs :** Le but de ce travail était d'étudier l'impact du partage du statut sérologique sur l'observance du traitement ARV chez les adultes séropositifs suivis à l'USAC du CNAM.

**Méthode et patients :** Il s'agit d'une enquête transversale analytique réalisée du 2 mai au 12 août 2018 (4mois). La population d'étude était des adultes séropositifs sous traitement ARV suivis à l'USAC du CNAM.

**Résultats :** Nous avons inclus 1400 patients suivis sous ARV, sur un total de 1452 patients recensés au cours de la période de juillet 2007 à décembre 2017. Les patients non inclus étaient les cas décédés au nombre de 18, et les patients transférés pour suivi dans d'autre structures. Les adultes étaient majoritairement des femmes et des jeunes. La moyenne d'âge était de 40 ans avec des extrêmes 15 à 84 ans. Plus la moitié de nos adultes n'ayant pas partagé leur statut (58,5%), mais observant au traitement (71,90%). La plupart entre eux était suivi sous ARV plus de 66mois (79,40%).

La majorité d'entre eux étaient sous le schéma thérapeutique (TDF/3TC/EFV) (73,70%), et il n'était pas assisté par un superviseur du suivi à domicile (72,10%). L'oubli était le motif du non-respect de RDV chez nos adultes qui avaient la mauvaise observance (32,20%). Le partage du statut n'a pas amélioré l'observance du traitement ARV avec un test de Chi-2= 0,7843 et P= 0,24.

**Conclusion :** Le partage du statut n'a pas amélioré l'observance du traitement ARV chez nos cas. Il semble nécessaire de réaliser d'autres travaux pour évaluer la perception de l'entourage après le partage du statut sérologique afin d'améliorer l'observance des patients.

**Mots clés :** Partage du statut sérologique ; Observance du TARV; adultes Séropositifs.

# 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 que s'y passe ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à compromettre 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.

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

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

Que je sois couverte d'opprobre et méprisée de mes confrères si j'y manque !

## Je le jure!