

Ministère de l'Enseignement  
Supérieur et de la Recherche

République du Mali  
Un Peuple- Un But- Une Foi

Scientifique



**UNIVERSITE DES SCIENCES DES TECHNIQUES  
ET DES TECHNOLOGIES DE BAMAKO  
(U.S.T.T.B)**

ANNEE UNIVERSITAIRE : 2019 - 2020

N° ..... /

**T THESE**

**ETUDE DE LA PERCEPTION ET DE L'ACCEPTATION DE L'AUTOTEST  
VIH PAR LES PROFESSIONNELS DE SANTE DANS LE DISTRICT DE  
BAMAKO**

Présentée et soutenue publiquement le 07/01/2020 Devant la Faculté de Médecine, et  
d'odontostomatologie du Mali

**PAR MADAME AMINATA CHERIF HAIDARA**

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

JURY

**PRESIDENT: Pr HAMADOUN SANGHO**

**MEMBRE: Dr DONATO KOYALTA**

**CO-DIRECTEUR : Dr ABDOULAYE MAMADOU TRAORE**

**DIRECTEUR DE THESE : Pr DAOUA KASSOUM MINTA**

**DEDICACE**

*Je dédie ce travail à :*

➤ **Mon père, Abdramane HAIDARA.**

*Tu as voulu, nous inscrire tous à l'école sans exception pour que nous ayons ce « privilège », celui d'être instruit. Père, grâce au tout-puissant et à ta détermination, nous voilà au terme de ce travail. Tu as inculqué en nous, la cohésion, le travail, le partage, la justice et l'équité. Que Dieu te garde longtemps dans la santé, le bonheur et la foi, pour récolter les fruits des longues années de sacrifices pour tes enfants. Puisse-t-il nous permettre d'être à la hauteur de ce que tu as toujours souhaité pour nous. Il n'existe point de mots pour te dire merci. Sois assuré de notre profonde reconnaissance et notre profond amour.*

## REMERCIEMENTS

*Mes remerciements vont à l'endroit de :*

➤ *Allah le Tout-Puissant, le Miséricordieux, l'Omnipotent et l'Omniscient.*

*Je suis ce que tu as voulu que je sois, je ne serais que ce que tu as voulu que je sois. Que ta volonté soit faite !*

➤ *Tous les maîtres de la Faculté de Médecine, d'Odonto-Stomatologie de Bamako pour la qualité des enseignements que vous nous avez prodiguée tout au long de notre formation.*

➤ *Tous les personnels du Centre de santé de référence de la commune IV.*

➤ **Ma mère :**

*Après nous avoir donné naissance, vous nous avez aimé, éduqué, dorloté tout en nous apprenant la bonté, la modestie, la tolérance, le pardon et l'amour du prochain. Vous nous avez aussi appris à rester unis comme un seul Homme. Comme le dit ce proverbe Bamanan « Unissez-vous comme un fagot et il sera difficile de vous briser, mais pris séparément, vous serez facile à écraser ». Que Dieu accorde à vous toutes ; santé, longévité dans la foi et le bonheur !*

➤ **A mon Mari : Docteur Mohamed Amadou DIALLO** pour ton soutien et ton assistance constant pour la réussite de ce travail. Je te sois reconnaissant en tous ce que tu as pu faire dans le parcours de mes études. Que DIEU te donne longue vie pleine de bonheur auprès de ta famille.

➤ **A mes enfants : El Hadji Amadou M DIALLO e t Abdramane M DIALLO** qui sont heureux pour la fin de ce travail, je vous s'adore que DIEU vous bénis.

➤ **Mes sœurs Fanta HAIDARA, Astan Chérif HAIDARA, Hawa Chérif HAIDARA, Bintou Chérif HAIDARA, Djénébou Sissoko, Rahamatou Chérif HAIDARA, Nahawa Chérif HAIDARA,** les mots me manquent pour vous témoigner de ma reconnaissance, depuis mon tout jeune âge vous m'avez témoigné de l'affection et vous avez toujours été là quand j'en avais besoin.

*Ce travail, sans vos soutiens tant moraux que physique, n'aurait certainement pas vu  
Ce jour.*

➤ **Mes frères : Ousmane Chérif HAIDARA, Abdoul Kader Chérif HAIDARA, Mohamed Chérif HAIDARA, Abdoulaye Chérif HAIDARA.**

*Merci de la confiance et du soutien physique pour la réalisation de ce travail.*

➤ **Ma belle-sœur, Mme Aissata BOCOUM.** Que Dieu renforce davantage nos liens !

➤ **Docteur Abdoulaye Mamadou TRAORE** et toute sa famille.

*Cher maître, il m'est certes difficile de vous témoigner toute mon estime, mon respect et toute ma reconnaissance. Permettez-moi cependant de vous dire que, plus qu'un maître, vous êtes pour moi un frère. Votre esprit scientifique, votre souci de bien faire, votre disponibilité, votre savoir-faire, votre modestie, font de vous un homme de grande référence. Sachez que je vous suis très reconnaissant, ce travail sans vous aurait souffert de savoir-faire. Je vous souhaite santé, longévité, et beaucoup de bonheur.*

➤ **A Docteur TEME Abdoulaye :**

*Ce travail est le fruit de vos connaissances intellectuelles. Les mots me manquent pour vous dire à quel point vous comptez pour moi. Que le tout puissant vous accorde encore longue vie (amen).*

➤ **A Docteur SANAFI Salif :**

*Merci de m'avoir montré le chemin pour avoir ce sujet. Vous êtes pour moi plus qu'un aîné, mais un grand frère. Que ce travail vous rende fier de moi et fasse votre joie ! Puisse Dieu vous récompenser et vous accorder longue vie. Merci !*

➤ Docteur **Salif COULIBALY**, Docteur **Diaminatou TRAORE**, Docteur **Mané KONATE**, Docteur **Mamadou SIDIBE**, Docteur **Nouhoum TRAORE**, Docteur **Mariam GOITA**, Docteur **Fatoumata DIAGOURAGA**, Docteur **Sidiki TANGARA**, Docteur **Jean Marie KONE**, Docteur **Naman KEITA**, Docteur **Youssef DEMBELE**, Docteur **Bakary KONE**, Docteur **Madani KONE**, Docteur **Abdramé KEITA**, Docteur **Maimouna KANTE**, Docteur **Djouldé BATHILY**, Mme **Youma TRAORE**, Mme **Nassiga DIALLO**, Mme **Coumba KOUMARE**.

Soyez assurés de ma reconnaissance pour tout votre soutien !

➤ **Mes amis et collègues : Fanta KALAPO, Fatoumata KANE, Djénéba CAMARA, Assétou SAMAKE, Fatoumata DIALLO, Afisatou AKPAO, Aoua TRAORE, Djénéba CISSE, Yacouba KONE, Adama NIARE, Nana Aminata KONE** et tous les personnels aux services d'Infectiologie, de Médecine Interne, de Gynéco-Obstétrique, de Pharmacie du CHU Point G et aux services de Pédiatrie, Gastro-Entérologie, Gynéco-Obstétrique, de Pharmacie du CHU Gabriel TOURE.

*Ainsi que les personnels du CHU CNOS, CHU IOTA, de ASACOTOQUA, de ASACOSAB 3, de ASACOLA I, de ASACOLA II et des USACs des Centres de Santé de Référence des communes IV et V. Merci de m'avoir accepté tel que je suis, pour votre entière disponibilité au cour de mon enquête dans vos services respectifs.*

*A tous et à toutes, nous vous disons grand merci pour l'acceptation de ma personne et la bonne compréhension, puisse Dieu couronner nos œuvres de succès !*

*Enfin, je remercie tous ceux dont je n'ai pas fait mention de leurs noms ici et qui, de près ou de loin, ont contribué à la réalisation de la présente thèse.*

## **HOMMAGES AUX MEMBRES DU JURY**

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

#### **PROFESSEUR HAMADOUN SANGHO,**

- Professeur titulaire de santé publique à la FMOS
- Chef de département d'enseignement et de recherche(DER) en santé publique à la FMOS
- Ancien directeur général du centre de recherche, d'étude et de documentation pour la survie de l'enfant(CREDOS)
- Chevalier de l'ordre national du Mali

#### **Cher Maître**

*La spontanéité au quelle vous avez accepté de présider ce jury de thèse nous ont beaucoup marqué. Vos qualités d'homme de sciences qui n'ont d'égale que votre personnalité, ont forcé notre admiration. Qu'il nous soit permis cher Maître cette occasion de vous souhaiter une longue vie pour que nous puissions longtemps bénéficier de vos enseignements et expériences.*

**A NOTRE MAITRE ET MEMBRE DU JURY :**

**Docteur Donato KOYALTA,**

- **Maître assistant CAMES**
- **Expert au Bureau ONUSIDA/MALI**

**Cher Maître**

*Nous avons l'honneur et le privilège de vous avoir parmi les juges de ce travail.*

*Votre rigueur scientifique et votre grande disponibilité ont forcé l'admiration de tous.*

*Permettez-nous, cher Maître de vous exprimer toute notre reconnaissance et notre respect.*

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

**Docteur Abdoulaye Mamadou TRAORE,**

- Spécialiste des maladies infectieuses
- Certifié de santé publique
- Diplômé de gestion des projets
- Diplômé de lutte anti paludique
- Maître-assistant en maladies infectieuses à la faculté de médecine et d'odontostomatologie.

**Cher Maître ;**

*Ce travail est le fruit de vos efforts. Votre courage, votre disponibilité, votre simplicité et votre sens social font de vous un maître admiré. Soyez rassuré cher maître de notre profond rattachement et de notre sincère reconnaissance.*



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

**Professeur Daouda Kassoum MINTA :**

- Professeur titulaire des maladies infectieuses et tropicales
- Chargés de cours des maladies infectieuses et tropicales à la faculté de médecine et d'odontostomatologie
- Chargé de cours de parasitologie mycologie
- Chargé de cours thérapeutique
- Président du comité scientifique de lutte contre le VIH au MALI
- Directeur du centre d'excellence de lutte contre le VIH adulte
- Ancien coordinateur du programme de lutte contre le VIH au MALI
- Président de la société malienne de contrôle des résistances aux antis microbiens.

**Cher Maître ;**

*Votre disponibilité constante, votre compétence, votre exigence pour le travail bien fait, vos immenses qualités humaines nous ont marqué à jamais. La clarté de votre enseignement et votre grande culture scientifique imposent respect et admiration. Soyez rassuré cher maître de notre profonde gratitude.*

## SIGLES ET ABREVIATIONS

ADN	: Acide Désoxyribonucléique
AES	: Accident d'Exposition au Sang
ASACO	: Association de Santé Communautaire
ARCAD	: Association de Recherche Conseil et d'Accompagne à Domicile
ARN	: Acide Ribonucléique
ASACOLA I	: Association de Santé Communautaire de Lafiabougou secteur 1 et 3
ASACOLA II	: Association de Santé Communautaire de Lafiabougou secteur 2
ASACOSAB 3	: Association de Santé Communautaire de Sabalibougou secteur 3
ASACOTOQUA	: Association de Santé Communautaire de Torokorobougou et Quartier Mali
CAMES	: Conseil Africain et Malgache pour l'Enseignement Supérieur
CAOE	: Centre d'Accueil et d'Orientation des Enfants
CCDV	: Centre de Conseil et de Dépistage Volontaire
CDC	: Centers for Disease Controls
CESAC	: Centre d'Ecoute de Soins d'Animation et de Conseil
CHU	: Centre Hospitalier Universitaire
CMV	: Cytomégalovirus
CNOS	: Centre National d'Odonto-Stomatologie
CPN	: Consultation Périnatale
CS	: Cellule Scientifique
CSCOM	: Centre de Santé Communautaire
CSLS	: Cellule Sectorielle de Lutte contre le Sida
CSREF	: Centre de Santé de Référence
DAF	: Direction Administratif et Financier
DAT	: Dispensaire Anti Tuberculose
EDS	: Enquête Démographique et Sanitaire du Mali
FMOS	: Faculté de Médecine et d'Odontostomatologie
HSH	: Homme ayant des Rapports Sexuels avec d'autre d'Homme
INRSP	: Institut National de Recherche en Santé Publique
INNTI	: Inhibiteur non Nucléotidique de la Transcriptase Inverse
INTI	: Inhibiteur Nucléotidique de la Transcriptase Inverse

IOTA	: Institut Ophtalmologique Tropicale d’Afrique
IST	: Infection Sexuellement Transmissible
LAV	: Lymphadénopathies Associated Virus
OMS	: Organisation Mondiale de la Santé,
ONG	: Organisation Non Gouvernementale
ONU	: Organisation des Nations Unies
PCR	: Polymérase Chain Réaction
PR	: Principale Récipiendaire
PEV	: Programme Elargi de Vaccination
PF	: Planification Familiale
PMI	: Protection Maternelle et Infantile
PTME	: Prévention de la Transmission Mère-Enfant
TROD	: Test Rapide d’Orientation Diagnostique
SE HCNLS	: Secrétariat Exécutif du Haut Conseil National de Lutte Contre le Sida
SIDA	: Syndrome Immuno-Déficiences Acquis
SR	: Sous Récipiendaire
TS	: Travailleurs de Sexe
UDI	: Utilisateur de Drogue Injectable
UNICEF	: Fonds des Nations Unies pour l’Enfance
USAC	: Unité de Soins d’Accompagnement et de Conseil
USAID	: Agence de Développement pour le Peuple Américain
VIH	: Virus d’Immunodéficiences Humain

## LISTE DES TABLEAUX

Tableau I : Répartition des professionnels de santé selon la structure d'enquête.....	35
Tableau II: Répartition des professionnels de santé selon le sexe. ....	36
Tableau III : Répartitions des professionnels de santé selon le profil et le sexe.....	37
Tableau IV : Répartition des professionnels de santé selon leur implication dans la prise en charge des PVVIH. ....	37
Tableau V : Répartition des participants selon leur connaissance de l'existence de l'autotest	38
Tableau VI : Répartition des professionnels de santé selon leur connaissance à propos du nombre de type l'autotest existant. ....	39
Tableau VII : Répartition des professionnels de santé selon la source de leur information sur l'autotest.....	39
Tableau VIII : Répartition des professionnels de santé selon leur application de l'autotest. ...	41
Tableau IX : Répartition des professionnels de santé selon leur acceptation de l'autotest. ....	41
Tableau X : Répartition des professionnels de santé selon leur connaissance sur la disponibilité de l'autotest au Mali.....	42
Tableau XI : Répartition des participants sur leur connaissance des conditions de stockage de l'autotest.....	42
Tableau XII : Répartition des professionnels de santé selon l'indication de l'autotest. ....	43
Tableau XIII : Répartition des professionnels de santé selon leur opinion sur l'autotest au Mali. ....	44
Tableau XIV : Répartition des professionnels de santé sur les propositions d'amélioration de la gestion de l'autotest. ....	45
Tableau XV : Répartition des professionnels de santé selon les raisons de refus de l'autotest. ....	46
Tableau XVI : Répartition des professionnels de santé selon les propositions de l'application de l'autotest au Mali.....	47
Tableau XVII : Répartition des réponses des professionnels de santé en fonction des choix des structures pour disposer de l'autotest .....	48
Tableau XVIII : Répartition selon les approches proposées pour la mise en œuvre de l'autotest au Mali. ....	48

Tableau XIX : Répartition des participants selon la durée dans la PEC des PVVIH. ....49

Tableau XX : Indications de l'autotest en fonction de l'ancienneté dans la PEC du VIH (avec 2 classes : inférieur à 5 ans d'exercice et supérieur ou égal à 5 ans d'exercice). ....50

## LISTE DES FIGURES

Figure 1 : Cycle de réplication du VIH.....	5
Figure 2 : Cinétique des paramètres en lien avec le dépistage du VIH .....	7
Figure 3 : Evolution de la prévalence du VIH dans les régions entre 2001 et 2012 .....	10
Figure 4 : Prévalence du VIH par sexe et par âge.....	11
Figure 5 : Flux de répartition des participants .....	34
Figure 6 : Profil des participants .....	36
Figure 7 : Répartition selon le nombre d'année dans l'exercice de la profession .....	38
Figure 8 : Perception sur l'autotest chez les professionnels de santé selon la fiabilité, la banalisation de la maladie et l'augmentation du taux de dépistage. ....	40

## SOMMAIRE

I. INTRODUCTION .....	1
OBJECTIFS .....	3
II. GENERALITES .....	4
2.1. Définition du VIH .....	4
2.2. Classification et variabilité génomique .....	4
2.3. Mode de transmission.....	5
2.4. Historique de la découverte du virus.....	6
2.5. Physiopathologie du VIH .....	6
2.6. Les stratégies pharmacologiques disponibles en 2017.....	8
2.7. Situation épidémiologique du VIH .....	9
2.8. Conseil dépistage du VIH : .....	11
2.9. Les autotests .....	15
III. METHODOLOGIE.....	23
3.1. Cadre et lieux de l'étude.....	23
3.2. Type et période d'étude.....	31
3.3. Echantillonnage.....	31
3.4. Population d'étude.....	32
3.5. Critères d'inclusion .....	32
3.6. Critères de non inclusion.....	32
3.7. Déroulement de l'étude et collecte des données .....	32
3.8. Saisies et analyse des données .....	33
3.9. Considérations éthiques.....	33
IV. RESULTATS .....	34
V. Commentaires et discussion .....	51
5.1. Description de l'échantillon .....	51
5.2. Autotest .....	52
5.3. Connaissance sur l'autotest .....	52
5.4. Approches pour l'autotest .....	53
5.5. Acceptabilité de l'autotest.....	54
5.6. Banalisation de la maladie par l'autotest.....	55
5.7. Praticabilité de l'autotest.....	55
5.8. Fiabilité de l'autotest VIH.....	55

5.9.	Disponibilité de l'autotest .....	55
5.10.	Raisons pouvant limiter l'utilisation de l'autotest selon les professionnels de santé 56	
5.11.	Amélioration de l'application de l'autotest et sa disponibilité dans les structures	56
	Conclusion .....	58
	Recommandations.....	59
	Références bibliographiques.....	60
	Annexes.....	



## I. INTRODUCTION

Infection par le virus d'immunodéficience humaine (VIH) demeure un problème majeur de santé publique en Afrique, qui abrite près de 26 millions de personnes infectées par le VIH et représente 70 % de tous les décès liés au sida dans le monde. Même si l'incidence des nouvelles infections par le VIH a baissé, la prévalence reste particulièrement élevée en Afrique subsaharienne, allant de 0,8 % à 27,7 % selon les pays [1].

En 2016, environ 44 % des personnes infectées par le VIH n'étaient pas diagnostiquées en Afrique noire [2]. La stigmatisation, la discrimination, l'absence de confidentialité, l'éloignement des lieux de dépistage et le délai parfois trop long de communication des résultats du test contribuent à limiter l'accès aux systèmes traditionnels de Conseil et dépistage volontaire [3-4].

De nouvelles stratégies de dépistage du VIH sont apparues indispensables pour atteindre les personnes non diagnostiquées afin de leur prescrire le traitement antirétroviral [4].

Le dépistage de 90 % de toutes les personnes vivant avec le VIH d'ici 2020 est le premier objectif de l'initiative « 90-90-90 » déclinée par l'Onu Sida. L'autotest VIH constitue une stratégie complémentaire nouvelle pour le dépistage du VIH au sein de la population générale et des groupes à risque [professionnel (les) du sexe et leurs clients, hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, jeunes adolescents] [5- 6].

Depuis 2015, un autotest sanguin de dépistage du VIH est disponible dans le monde. Il s'agit d'un test rapide à orientation diagnostique effectué directement par le patient.

Selon l'Organisation mondiale de la santé (OMS), l'autotest VIH est un test rapide d'orientation diagnostique (TROD) de l'infection à VIH utilisé par une personne souhaitant connaître son statut VIH, qui prélève son propre échantillon (fluide gingival ou sang capillaire par piqûre au bout du doigt), exécute elle-même le test et en interprète le résultat, le plus souvent en privé ou en présence d'une autre personne de confiance [6].

L'arrivée de ce test semble redistribuer les rôles des professionnels de Santé. Le médecin n'est pas prescripteur de ce test mais peut conseiller et être sollicité à son sujet : information du patient ou prise en charge suite à un résultat. Le pharmacien délivre le dispositif et doit

être en mesure d'apporter de l'information au patient, mais la découverte du résultat se réalise au domicile du patient sans présence d'un professionnel de santé.

En Afrique, les premières études pilotes, principalement menées dans plusieurs pays anglophones, démontrent de bonnes acceptabilité, praticabilité et d'excellentes performances cliniques de l'autotest VIH [6].

Plus récemment, d'excellentes praticabilités de l'autotest VIH ont été rapportées en contexte culturel d'Afrique centrale francophone, à Bunia et Kisangani en République Démocratique du Congo [7], et à Bangui en République Centrafricaine [6, 7].

Au Mali, le dépistage du VIH reposait anciennement sur l'exploration, en laboratoire d'analyse biomédicale, de tests en série (détermine et SD Bioline) motivée par une prescription médicale, réalisée par des personnels formés (professionnels de santé ou non) au sein des structures de santé publique et privée, des centres de conseil de dépistage volontaire (CCDV) ou des associations de lutte contre le VIH. Cette procédure reste soumise à l'acceptation du patient et l'on doit observer la « règle des 3 C » : consentement éclairé, conseil et confidentialité.

Jusqu'à récemment, le pays a adopté l'autotest dans sa politique nationale des approches différenciées des services de lutte contre le VIH avec des indications précises pour booster le taux de dépistage [8].

Cependant, aucune étude n'a été documentée sur l'acceptabilité, la praticabilité et les goulots d'étranglement de cette pratique au Mali. Il nous a paru nécessaire d'entreprendre la présente étude pour étudier cette problématique auprès des praticiens (médecins et pharmaciens assurant la prise en charge du VIH) pour mieux aider à la réussite de l'approche différenciée dans son volet dépistage.

## **OBJECTIFS**

### **➤ Objectif général**

Etudier la perception et l'acceptation de l'autotest VIH auprès des médecins et des pharmaciens dans le district de Bamako.

### **➤ Objectifs spécifiques**

1. Déterminer le niveau de connaissance sur l'autotest ;
2. Décrire la perception de l'autotest VIH auprès des médecins et pharmaciens ;
3. Identifier les raisons et craintes qui pourraient être liées à la non application de l'autotest.
4. Identifier les raisons d'acceptabilité de l'autotest.

## **II. GENERALITE**

### **2.1. Définition du VIH**

Le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) est un rétrovirus s'attaquant aux cellules du système immunitaire en les détruisant ou les rendant inefficaces. Aux premiers stades de l'infection, le sujet ne présente pas de symptômes. Cependant, l'évolution de l'infection entraîne un affaiblissement du système immunitaire et une vulnérabilité accrue aux infections opportunistes. Le syndrome d'immunodéficience acquise (SIDA) est le dernier stade de l'infection à VIH. Il peut se déclarer au bout de 10 à 15 ans.

Les antirétroviraux permettent de ralentir son évolution [9].

### **2.2. Classification et variabilité génomique**

Le VIH appartient à la famille des Rétrovirale. C'est dans son mode de réplication et notamment par les erreurs que commet l'enzyme de rétro-transcription, la transcriptase inverse virale, que l'on explique la grande variabilité du virus. Le VIH possède une grande variabilité génomique :

- De types VIH-1 : avec quatre groupes (M, N, O, P).
- De types VIH-2 : avec deux groupes (A et B).

#### **2.2.1. Cellules cibles**

Les cellules cibles sont les cellules porteuses des récepteurs membranaires nécessaires à l'entrée du virus c'est-à-dire les lymphocytes T CD4, les monocytes/macrophages, les cellules dendritiques, les cellules de Langerhans et les cellules de la microglie cérébrale.

#### **2.2.2. Cycle de réplication :**

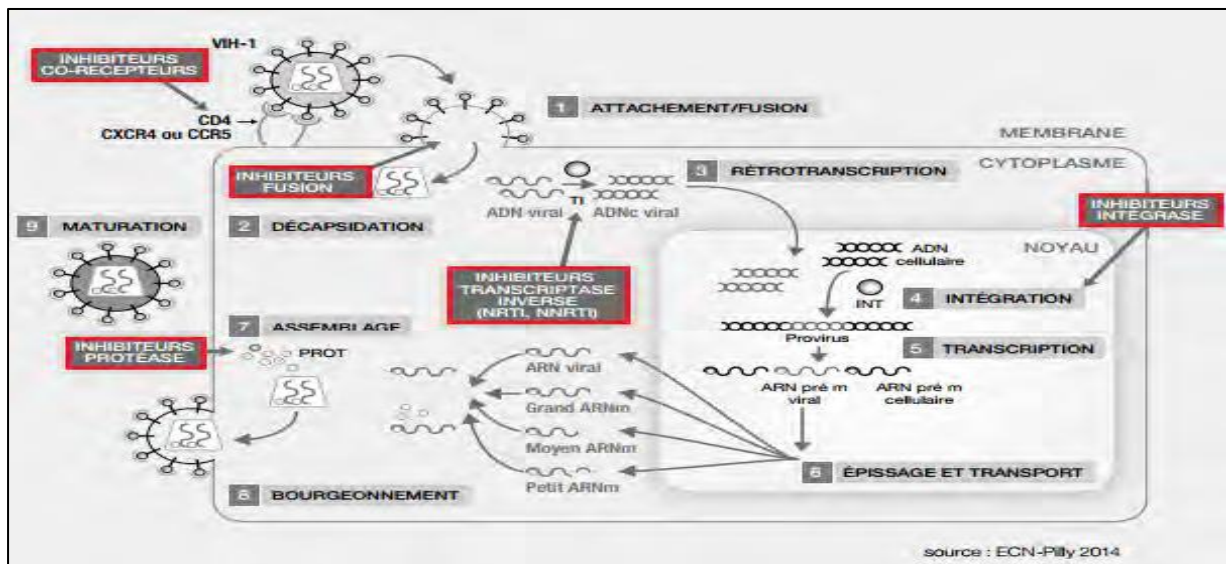
Le cycle de réplication peut être simplifié en trois grandes étapes :

La première est la reconnaissance spécifique de la protéine d'enveloppe virale gp120 par les récepteurs primaires CD4 de la cellule hôte. Cela entraîne une modification conformationnelle de gp120 qui lui permet de se fixer aux co-récepteurs membranaires CXCR4 ou CCR5. Cela conduit à l'adsorption et la pénétration du virus dans la cellule.

La deuxième étape est la retro-transcription de l'ARN viral en ADN via la transcriptase inverse virale et l'intégration de cet ADN via l'intégrase virale.

Enfin la troisième est une succession d'étapes ayant pour but de produire de nouvelles particules virales.

Sur le schéma ci-dessous chaque numéro correspond à une étape du cycle de réplication. Les cadres rouges correspondent aux classes de médicaments antirétroviraux [7].



**Figure 1 : Cycle de réplication du VIH**

### 2.3. Mode de transmission

Si le VIH est présent dans tous les fluides corporels, trois d'entre eux peuvent en contenir de façon suffisante afin de devenir infectieux. Ce sont le sang, le sperme et les sécrétions vaginales.

Dans ce contexte il existe trois modes de transmission du virus. Transmission par voie sexuelle. Tout rapport non protégé avec une personne infectée est à risque potentiel de transmission du VIH. Ceci est valable pour les rapports hétérosexuels, homosexuels et oro-génitaux. Il existe des facteurs augmentant le risque : rapport anal, lésion génitale, saignement, coexistence d'une infection sexuellement transmissible (IST), charge virale plasmatique élevée. Transmission par voie sanguine.

Il en existe trois types : par partage de matériel d'injection contaminé, par transfusion de sang ou de dérivés du sang, par accident professionnel d'exposition au sang (AES). Transmission mère-enfant : essentiellement dans la période périnatale (accouchement et allaitement) ou s'il y a primo infection pendant la grossesse.

## **2.4. Historique de la découverte du virus**

La découverte du VIH commence par les déclarations en 1981 par les Centers for Disease Control and Prévention (CDC) de plusieurs grandes villes des Etats-Unis. Ces déclarations mettent en lumière une recrudescence de pneumonies et de sarcomes de Kaposi dans des populations d'homosexuelles.

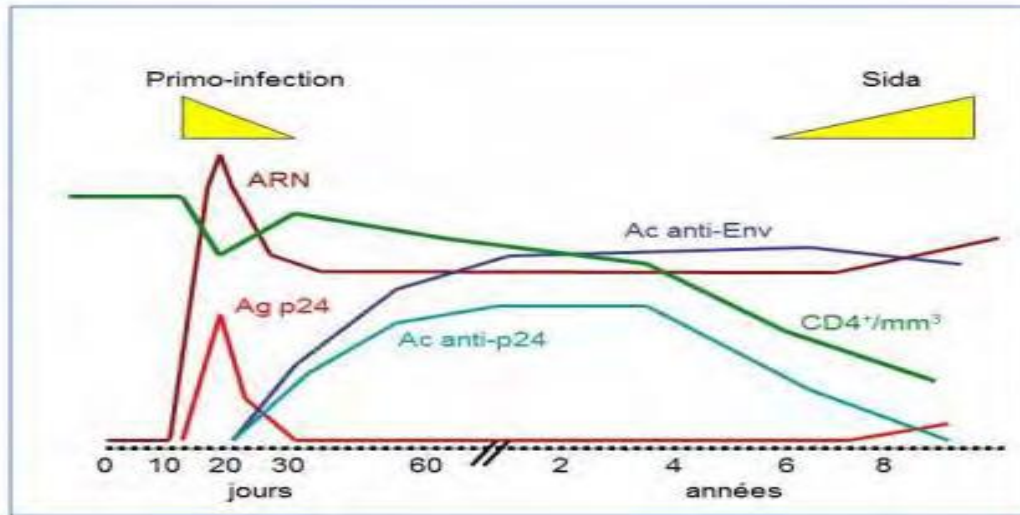
À l'époque le terme « gay syndrome » était utilisé. Cependant quelques mois plus tard, avec l'apparition de ces pathologies dans d'autres populations comme les hémophiles, les toxicomanes et certains nouveaux nés, la réalité est apparue bien plus complexe que la vision réductrice d'un syndrome lié à l'homosexualité.

C'est dans ce contexte de « gay syndrome » et de « patient zéro », qu'un groupe de recherche de l'institut Pasteur composé entre autres de Françoise Barré-Sinoussi et Luc Montagnier (futur Nobel en 2008) a mis en lumière en 1983 une activité transcriptase inverse associé à une destruction de lymphocyte T CD4+ sur des ganglions lymphatiques de patients atteints de lymphadénopathies, une pathologie opportuniste au stade SIDA. Cette découverte marque le lancement de la recherche de tests sérologiques pour détecter le virus. Le premier test de dépistage est mis au point en 1985.

Initialement appelé LAV pour « lymphadénopathies associated virus » par ce groupe de recherche, HTLV-1 et ARV par d'autres, c'est en 1986 qu'il a été établi la dénomination VIH.

## **2.5. Physiopathologie du VIH**

Dès lors qu'il y a infection et en l'absence de traitement, le VIH entraîne une destruction progressive du système immunitaire. Il est classiquement décrit trois phases dans l'évolution de la pathologie : l'infection aiguë ou primo infection, une phase de latence clinique et enfin le stade SIDA.



**Figure 2 : Cinétique des paramètres en lien avec le dépistage du VIH [10]**

○ **Infection aiguë ou primo infection :**

C'est la phase de contagiosité maximale. Elle survient dans les deux à quatre semaines suivant la contamination. Dans 1/3 des cas elle ne présente aucun signe clinique et dans 2/3 des cas il est possible d'observer par ordre décroissant de fréquence : fièvre (90%), syndrome pseudo-grippal persistant plus de 7 jours, asthénie, polyadénopathies, pharyngite, éruption maculopapuleuse, ulcérations génitales ou buccales, candidose orale, signes digestifs et d'autres manifestations plus rares.

Biologiquement on peut observer des signes aspécifiques tels que : thrombopénie (75%), leucopénie (50%), cytolysse hépatique, lymphopénie ou hyper lymphocytose. Le VIH se réplique de façon très intense. Les CD4 s'effondrent puis ré-augmentent sans revenir au niveau initial. Les anticorps anti VIH sont sécrétés. Phase de latence clinique : C'est une phase durant laquelle le virus se multiplie sans avoir de conséquences cliniques majeures. Cette phase peut durer plusieurs années. Les maladies opportunistes mineures vont apparaître et en parallèle les CD4 vont diminuer sous le seuil des valeurs normales (500/mm<sup>3</sup>).

Stade SIDA : Le système immunitaire n'est plus capable d'assurer son rôle. Les pathologies opportunistes majeures sont d'autant plus fréquentes que le taux de CD4 est inférieur à 200/mm<sup>3</sup>. La charge virale augmente. Ces pathologies sont (en fonction du taux de CD4) : candidose orale, tuberculose, maladie de Kaposi, lymphome, candidose œsophagienne, pneumocystose, toxoplasmose cérébrale, infection à CMV, cryptococcose neuroméningée,

infection à mycobactéries atypiques, leuco encéphalopathie multifocale progressive. En l'absence de traitement, le patient décède d'une de ces pathologies.

## **2.6. Les stratégies pharmacologiques disponibles en 2017**

Les antirétroviraux actuellement disponibles sont :

- les INTI : inhibiteurs nucléotidiques ou nucléotidiques de la transcriptase inverse ;
- les INNTI : inhibiteur non nucléotidiques de la transcriptase inverse- les IP : inhibiteur de protéase ;
- les INI : inhibiteur de l'intégrase - un inhibiteur de fusion ;
- un antagoniste du CCR5.

La stratégie thérapeutique est de traiter toute personne séropositive. L'objectif est d'atteindre et de maintenir une charge virale indétectable (inférieur à 50 copie/ml) et un taux de lymphocyte T CD4+ supérieur à 500/mm<sup>3</sup>.

Le traitement de première intention est l'association au moins 3 antirétroviraux de deux groupes pharmacologiques différents. Deux inhibiteurs nucléotidiques ou nucléotidiques de la transcriptase inverse (abacavir, ténofovir ou zidovudine associé avec lamivudine ou emtricitabine) avec :

- Soit un inhibiteur de la protéase (le plus souvent renforcé par une faible dose de ritonavir, ou de cobicistat) ;
- Soit un inhibiteur non nucléotidique de la transcriptase inverse.

L'association est choisie en fonction de son efficacité établie, des effets indésirables connus, des risques d'interactions et de la facilité du traitement vis-à-vis du patient. L'ajout d'un autre antirétroviral apporte des bénéfices chez certains patients mais augmente le risque de survenue d'effets indésirables.

Le choix d'un traitement de deuxième ligne tient compte des tests de résistance.

Le profil des effets indésirables des médicaments contre le VIH est vaste, on retrouve principalement des syndromes de reconstitution immunitaire en début de traitement antirétroviral de patients en stade avancé. [11]



On observe aussi des exacerbations de troubles auto-immuns tels que des sarcoïdoses ou des thyroïdites ou dans le cas de lymphomes ou de syndrome de Kaposi, des hypertrophies tumorales ou des œdèmes péri-lésionnels

- des redistributions corporelles des graisses (alias “lipodystrophies”), c’est-à-dire une accumulation de graisses surtout au niveau de l’abdomen, de la base de la nuque, et des seins et/ou amaigrissement du visage, des membres et des fesses, avec une apparence cushingoïde ;
- des anomalies métaboliques : hypertriglycéridémies, hypercholestérolémies, résistances à l’insuline, hyperglycémies ;
- des ostéonécroses ;
- des hépato toxicités chez tous les antirétroviraux. Le risque hépatique augmente en cas d’infection par le virus d’hépatite B ou C et avec la consommation excessive d’alcool ;
- diverses atteintes cutanées ;
- des troubles digestifs : de types nausées, vomissements, diarrhées.

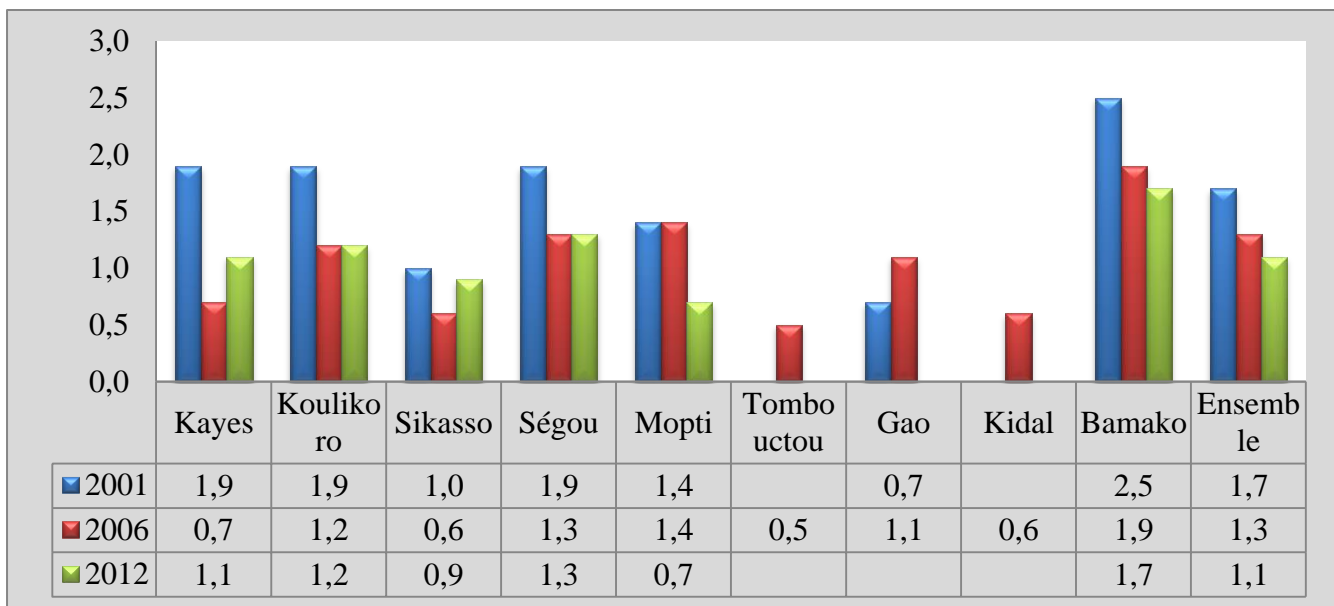
Les médicaments exposent à des toxicités à long terme. Cela pose de nouvelles problématiques dans le vieillissement des patients séropositifs. On note principalement :

- une toxicité cardiovasculaire
- une toxicité rénale
- une cytopathie mitochondriale
- une lipodystrophie
- une toxicité métabolique
- une toxicité osseuse.

## **2.7. Situation épidémiologique du VIH [8]**

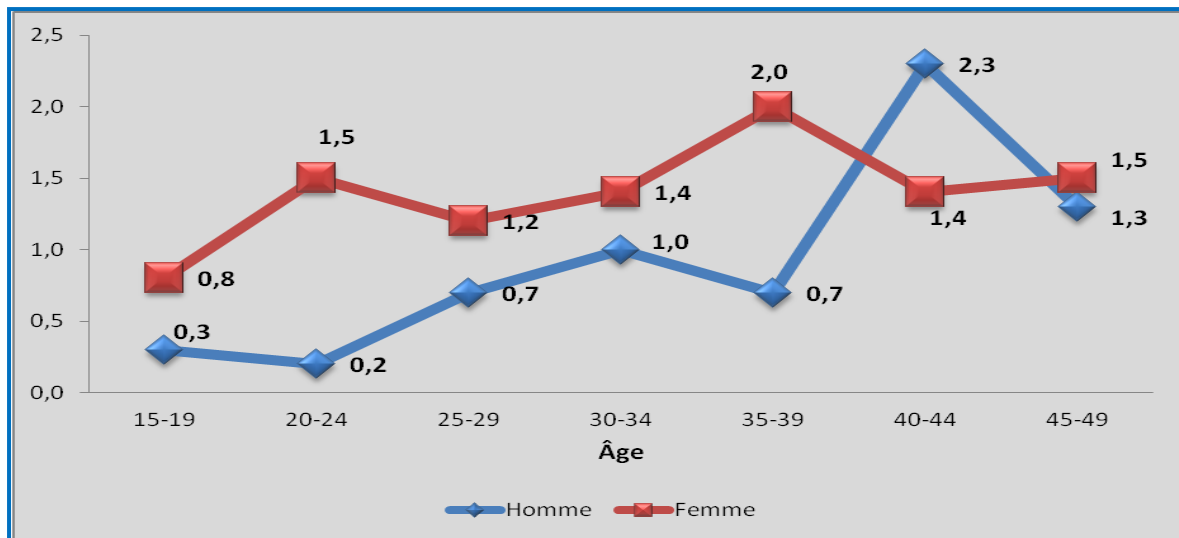
La prévalence du VIH au sein de la population générale est de 1,1% selon la dernière enquête démographique et de santé (EDSM V 2012-2013), classant ainsi le Mali parmi les pays à faible prévalence.

Une disparité régionale de la prévalence VIH est également constatée, allant de 1,7% à Bamako à 0,7% à Mopti avec un manque d’informations en 2012 pour les zones en situation de conflit telles que Tombouctou, Kidal et Gao (EDSM V 2012-2013). La situation est illustrée dans le graphique ci-dessous.



**Figure 3 : Evolution de la prévalence du VIH dans les régions entre 2001 et 2012**  
 (Sources : EDSM 2001, 2006 et 2012/2013).

L'analyse des données montre également une disparité de l'épidémie selon l'âge et le sexe avec une séroprévalence nettement plus élevée chez les femmes que chez les hommes (exception faite de la tranche d'âge de 40-44 ans). Selon l'EDSM V, la prévalence chez les femmes de 15–49 ans était estimée à 1,5% contre 1,3% chez les hommes du même groupe d'âges. Les données représentées dans le graphique ci-dessous confirment la féminisation de l'épidémie.



**Figure 4 : Prévalence du VIH par sexe et par âge**

Pour ce qui est des femmes enceintes, les résultats de la surveillance sentinelle de 2012 montrent tout de même que sur 6499 femmes enceintes ayant bénéficié du dépistage VIH, 189 étaient positives au VIH (2,9%) et 91 positives à la syphilis (1,6%). Selon les tranches d'âge, la prévalence est plus élevée chez les 35-39 ans (6%). La prévalence du VIH chez les femmes enceintes est de 6,1% à Koulikoro et de ce fait deux fois plus élevée que la moyenne nationale qui est de 2,9%.

Par ailleurs on note que la prévalence du VIH chez les femmes enceintes (2,9%) est 2,6 fois plus élevée que celle observée en population générale (1,1%). Cette situation indique bien que les interventions à l'endroit de cette cible doivent être plus que jamais intensifiées afin que les efforts de lutte générale contre le VIH ne soient pas vains. [8]

## **2.8. Conseil dépistage du VIH :**

Les services de conseil dépistage offrent deux modèles dominant :

- Le modèle offrant le dépistage à l'initiative du soignant dans les unités de soins et en PTME. (CCDV intégrés)
- Le modèle offrant du dépistage à l'initiative du client développé en grande partie par les sites gérés par les ONG et associations

Quel que soit le modèle développé, la base de fonctionnement est la même. C'est-à-dire une démarche volontaire pour les clients des CCDV autonomes qui viennent d'eux-mêmes

solliciter le service. Dans le dépistage intégré en milieu de soins, la proposition est systématique, surtout aux patients tuberculeux, aux malades présentant une IST, aux femmes enceintes et aux patients dont le tableau clinique est évocateur d'une infection à VIH.

Dans tous les cas, le test est encadré d'un conseil prétest qui permet d'obtenir le consentement éclairé et d'un conseil poste test au cours duquel le résultat est porté à la connaissance du client.

Il n'existe pas pour l'instant des directives ciblant de façon explicite le dépistage communautaire dans sa stratégie démedicalisée. On est donc loin des recommandations de l'OMS/ONUSIDA qui prônent pour l'atteinte des 3x 90, la stratégie de dépistage différencié avec une délégation des tâches aux acteurs non professionnels de santé dans l'optique de leur permettre d'effectuer des tests rapides simples sur sang total.

En ce qui concerne la couverture géographique, Il existe actuellement 239 centres de dépistage dont 228 centres de conseils dépistage intégrés dans les structures de santé et 11 CDV autonomes (5 CDV ouverts sur financement FM : Kati, Kénieba, Kayes, Ouelèssebougou et Kouremalé et 6 sur financement USAID : Bamako, Bougouni, Kolondièba, Yanfolila, Niono et Kalana) (cf. bilan CSLS 2018).

Par ailleurs, à Mopti, le Fonds Mondial finance des activités de dépistage en stratégie avancée. Aussi, au sein de l'ONG ARCAD Sida, il existe 16 sites de Prise en Charge ARV et 3 sites de santé sexuelle intégrant des activités de Conseil Dépistage Volontaires.

Malgré la crise qu'a connue le pays, on constate une augmentation du nombre de personnes dépistées. Cela pourrait s'expliquer par l'amélioration du pays en centres de dépistage et de la disponibilité de test de dépistage.

La capacité opérationnelle de l'ensemble des services de conseil dépistage a considérablement augmenté, passant de 169 000 en 2015 à 210 643 en 2016, le nombre de personnes ayant bénéficié d'un conseil dépistage du VIH, tandis que la proportion de séropositivité connaît une évolution favorable, passant de 6,35% en 2015 à 3,48% en 2016.

Les sites de dépistage appuyés par des ONG a surtout permis de toucher les groupes cibles dont les TS et leurs clients, les HSH, les UDI et la population carcérale.

Il a été observé une augmentation du taux de dépistage au VIH des patients tuberculeux passant de 56% en 2016 à 65% en 2017, mais l'objectif est encore loin d'être atteint ;

La proportion de femmes enceintes/allaitantes dépistées lors des soins prénatals est peu satisfaisante dans les formations sanitaires, soit 65,89% (250 451/380 072) selon l'annuaire statistique (2016). Ces insuffisances sont intimement liées à la faible fréquentation/utilisation continue des services de santé par les femmes enceintes, à la non institutionnalisation du dépistage systématique chez les femmes enceintes (à l'instar du bilan prénatal), la faible proposition/adhésion au dépistage VIH et aux ruptures de tests de dépistage.

Le dépistage des partenaires des femmes enceintes est très faible (moins de 2%), en lien avec la faible fréquentation/adhésion et implication aux services de soins prénatals par ces derniers. Pourtant, selon l'annuaire statistique (2016), le taux de séropositivité de ceux qui ont bénéficié du test VIH est relativement élevé et est de 57,05% (93/163).

Le dépistage précoce des enfants a connu un bond qualitatif et une décentralisation en fin 2016. 990 échantillons de PCR ADN ont été techniques au laboratoire de l'INRSP dont 830 PCR1 et 160 PCR2. Ce résultat pourrait connaître une amélioration avec la mise en place de dix Alaire Q par UNICEF en 2018 aux niveaux des districts de Kita, Kénieba, Kangaba, Koutiala, Bougouni, Kadiolo, San, Niono, Bandiagara et Bankasse.

Dépistage des populations clés :

Plan Mali est le récipiendaire principal (PR) pour la société civile pour la subvention 2018 – 2020. Son action est orientée vers les populations clés, les populations vulnérables (femmes victimes de violences sexuelle). Il intervient dans quatre régions. Il travaille avec quatre sous récipiendaires (SR) et de concert avec d'autres ONG dont FHI 360/Linkages et SOLTHIS

On estime que le nombre total de travailleurs du sexe dans le pays se situe entre 35 903 et 49 128. Le plus grand nombre de TS est concentré dans les régions de Bamako (moyenne = 7027), suivie de Sikasso (moyenne = 5819), Koulikoro (moyenne = 5437) et Ségou (moyenne = 5236).

Le nombre estimé de MSM dans au Mali se situe entre 26 754 et 37 414 selon le mapping réalisé par Plan en 2015.

La moyenne estimée des usagers de drogue par voie injectable est de 5 602.

Les TS représentent 19,86% des personnes dépistées au VIH par les ONG (AMPROD-Sahel, SOUTOURA, ASDP, ARCAD-Sida, DANAYASO, CERKES PSI-Mali et MSI Mali).

Les HSH représentent seulement 2,15% des personnes dépistées (dépistés par Soutoura et ARCAD SIDA)

Le conseil dépistage effectué par Les ONG ASDAP et CERKES dans les maisons d'arrêts (MCA, Kayes, Kati et Diola ; Sikasso et Koutiala) a permis de dépister détenus dont 25 ont été VIH+ soit 1,29% de positivité.

Les populations clés représentent 28.35% de la population totale dépistée.

Contribution de la société civile et du monde communautaire :

- Le dépistage des populations clés au niveau communautaire est très dynamique. Sous le leadership du PR société civile et des ONG nationales et internationales.
- La formation des PE au counseling et aux tests rapides sur sang total a considérablement accru l'accessibilité au dépistage par les populations clés et populations vulnérables.
- La contribution de la société civile formée par les ONG, association et organisations à base communautaire à l'accès au conseil dépistage au Mali est très appréciable. 61089 personnes dépistées sur 210643 soit 30% du volume global du dépistage.

Ce qui est surtout important, ce sont les cibles privilégiées que constituent les populations clés dont le dépistage et la prise en charge sont totalement à la charge des ONG et associations.

En se référant à ces constats de l'analyse situationnelle faite dans le plan opérationnel du conseil dépistage, il ressort que le modèle qui existe aujourd'hui présente certes des avantages dans le développement des structures de santé et l'intégration fonctionnelle et spatiale du dépistage dans les formations sanitaires, mais constitue une limite importante pour un passage à l'échelle réussie.

L'absence d'engagement des prestataires, la charge de travail et le manque d'esprit d'initiative rendent difficile l'application de proposition systématique de test à toute personne fréquentant une formation sanitaire. Le manque de contact et de connaissance avec le milieu communautaire et les groupes spécifiques ne permettent pas aux acteurs de la santé de viser les cibles prioritaires. Le système de référencement instauré entre les services de conseil

dépistage et les autres services entraîne une déperdition importante de clients et ne permet pas d'évaluer l'application de la proposition systématique de test sur le terrain.

La stratégie de dépistage est encore centralisée et médicalisée, et n'arrive pas à offrir le CD à l'ensemble de la population.

Les référentiels du Mali (notamment les normes et protocole de dépistage, la délégation des tâches) ne permettent pour l'instant de passer au dépistage démedicalisé.

Les professionnels de la santé qui réalisent les tests de dépistage sont des agents publics. Ils sont donc à ce titre, assujettis à une discipline et à un emploi de temps qui n'est pas flexible, ce qui limite l'accès fonctionnel des populations au dépistage. Ils n'ont pas d'assise communautaire et n'ont pas la légitimité et les stratégies nécessaires pour aborder les cibles spécifiques.

On peut en définitive dire que la faiblesse principale des structures de santé publiques est l'insuffisance de l'offensive et du ciblage : Le manque d'initiative envers les populations spécifiques et la non-application systématique du dépistage en stratégie avancée et mobile constituent des handicaps majeurs au passage à l'échelle

La question de la référence et des soins holistiques : n'est pas toujours totale, surtout au niveau des populations clés, ce qui entraîne des déperditions de personnes à mettre sous traitement. En effet, les agents de santé ne sont pas formés à l'accueil, à l'acceptation et à la prise en charge des populations clés. La stigmatisation et la discrimination sont encore fortes ce qui complique la référence des personnes, surtout les HSH qui ont des problèmes de santé spécifiques (IST de la marge anale, fistules etc.) Cela entraîne des déperditions de personnes dépistées. [12]

## **2.9. Les autotests**

L'autotest est un moyen pratique, discret et sûr d'atteindre les personnes qui sont réticentes ou hésitantes à se rendre aux services de dépistage existants, particulièrement les hommes, les populations clés et les jeunes. L'autotest ne fournit pas un diagnostic positif et tous les tests réactifs doivent être confirmés selon l'algorithme national validé. Toutefois, il faut noter que les résultats non réactifs des autotests, doivent être considérés négatifs.

L'autotest du VIH doit être proposé comme approche supplémentaire aux services de dépistage du VIH (recommandation forte de l'OMS).

Il consiste à prélever soi-même l'échantillon, effectuer le test et interpréter le résultat. Le test est réalisé par le client lui-même souvent en privé ou par quelqu'un de confiance.

Les résultats positifs doivent être confirmés par un soignant en utilisant l'algorithme national validé ;

Les résultats négatifs doivent être répétés si risques récents ou risques en cours.

L'autotest de dépistage du VIH comparé au dépistage dans les services de santé montre :

Une augmentation du dépistage du VIH parmi les partenaires hommes et parmi les hommes qui ont des rapports sexuels avec les hommes (multiplié par 2) ;

Une augmentation du dépistage du VIH parmi les partenaires des femmes enceintes ou des femmes qui sont en post partum ;

Une augmentation de la fréquence du dépistage du VIH parmi les HSH (approximativement 2 fois par an).

L'Autotest augmente la fréquence et le recours :

Multiplie par plus de 2 le recours au dépistage du VIH chez les hommes qui ont des rapports sexuels avec des hommes et chez les partenaires de sexe masculin ;

Double pratiquement la fréquence du dépistage du VIH chez les hommes qui ont des rapports sexuels avec des hommes.

Peut identifier un pourcentage équivalent ou supérieur de personnes VIH positives ;

N'accroît pas les conséquences sociales négatives ;

Crée les conditions propices au passage à l'échelle

Ne renforce pas les comportements à risque.

**NB :** L'autotest du VIH n'est pas recommandé pour les personnes qui prennent des médicaments antirétroviraux, car il peut causer des résultats faussement non réactifs.



### **2.9.1. L'autotest du VIH avec assistance directe**

Se rapporte aux situations où l'utilisateur bénéficie, avant ou pendant le test, d'une démonstration réalisée par un prestataire formé ou un pair, lui montrant comment effectuer le test et comment en interpréter les résultats. Remettre ensuite le kit au client pour la réalisation de son test en privé.

### **2.9.2. L'autotest du VIH sans assistance**

Se rapporte aux situations où l'utilisateur réalise un autotest du VIH uniquement à l'aide d'un kit d'autotest accompagné d'une notice d'utilisation du fabricant.

Les approches avec assistance directe et sans assistance peuvent toutes deux inclure des outils complémentaires, tels que permanences téléphoniques, messages SMS, vidéos, médias sociaux et applications sur internet, fournissant à l'utilisateur un appui technique, des conseils et une orientation vers un dépistage supplémentaire ou vers d'autres services, notamment les services de prévention, de soins et de traitement de l'infection à VIH.

Approches pour la prestation des services d'autotest du VIH ;

De nombreuses approches différentes, que ce soit dans le secteur public ou le secteur privé, peuvent être adoptées. Les différentes stratégies suivantes sont recommandées :

- Approche communautaire du dépistage intrafamilial
- Test donné ou réalisé par le partenaire.
- Retrait et auto dépistage sur place dans les établissements de santé après counseling pré test.
- Programme intégré (IST, TB, santé sexuelle)
- Programme Prévention post exposition
- Indications de l'autotest

Conformément aux recommandations de l'OMS, les niveaux de recommandation sont les suivants :

- HSH et TS: Intérêt majeur
- Utiliser comme un outil de prévention/contrôle, dans un contexte de prise de risque :  
« Répéter le test, peu importe la fenêtre de séroconversion »
- Usagers de drogues et populations marginalisées

Recommandations centrées sur la participation des associations et professionnels :

- Distribution dans un cadre limité et règlementé

Partenaires des personnes infectées et des femmes suivies en PTME :

- Remettre les tests aux clients après explication et démonstration.

Les Kits d'auto test

Les différents kits d'auto test disponibles et à utiliser sont :

- Kit utilisant le sang total (sang capillaire par pique au bout du doigt)
- Kit utilisant le fluide gingival

**NB** : Se référer au manuel de formation. [13]

### 2.9.3. Présentation test Oraquick VIH autotest



**Image 1: Présentation test Oraquick VIH autotest**

- |  |   |
|--|---|
| <b>a.</b> Durable laptop design case with step-by-step | instructions                            |
| <b>b.</b> Test stand                                   | <b>f.</b> Pouched device                |
| <b>c.</b> Pre-test informational booklet               | <b>g.</b> Pouched test tube with liquid |
| <b>e.</b> Post-test informational booklet              | <b>h.</b> Package inserts               |

## 2.9.4. Présentation technique d'utilisation Oraquick VIH autotest :

FDA Media

# Sida : des autotests de dépistage

Les autotests permettent de dépister le VIH de type 1 et 2

### Fonctionnement :

- 1** Prélèvement d'un échantillon de salive
- 2** Insertion de l'échantillon dans une solution de solvant qui détecte les anticorps
- 3** 20 minutes plus tard les résultats s'affichent

Exemple de résultat « **Négatif** »

Une ligne apparaît sur la zone «Contrôle» (C) ; pas de ligne au niveau de la zone «Test» (T)

Exemple de résultat « **Positif** »

Une ligne apparaît sur la zone «Contrôle» (C) et au niveau de la zone «Test» (T)

**Si résultat positif**

Fiable à **92,9%**

**Attention**, un résultat **positif** ne signifie pas forcément une infection par le VIH (une confirmation est nécessaire).

**Si résultat négatif**

Fiable à **99,8 %**

**Attention**, un résultat **négatif**, les 3 premiers mois après l'infection, ne signifie pas obligatoirement l'absence du virus.

Sources : FDA, médias

Image 2 : Présentation technique d'utilisation Oraquick VIH autotest

## 2.9.5. Présentation autotest VIH sanguin :

Ce test comprend :



### Préparation

1. Ouvrez le sachet du dispositif du test.

**IMPORTANT** : Lavez- vous et séchez-vous les mains.

2. Posez le dispositif du test sur une surface plane.
3. Retirez le capuchon du flacon 1. Posez-le sur une surface plane.

**AVERTISSEMENT** : Le flacon1 contient un liquide .Manipulez-le avec soin.

### Étape 1 : Prélèvement du sang

En cas de difficulté pour prélever du sang, veuillez-vous reporter aux Questions fréquemment posées au dos.

1. Tournez et tirez l'extrémité de la lancette. Jetez l'extrémité.
2. Frottez-vous le doigt et les mains pour augmenter le débit sanguin.
3. Placez la lancette sur le côté du bout du doigt.
4. Frottez-vous le doigt pour obtenir une GROSSE goutte de sang.
5. Laissez TOMBER 1 goutte dans le flacon 1. Refermez le capuchon du flacon 1.
6. Appliquez le pansement adhésif.

### Etape 2 : Test

Agitez et versez tout le contenu. Attendez jusqu'à ce que le liquide disparaisse.

**CONSEIL :** Il se peut que vous deviez tapoter doucement le flacon 2 pour en extraire tout le liquide.

### **Étape 3 : Lisez les résultats**

Lisez les résultats immédiatement et dans un délai maximum d'une (1) heure.

Votre résultat de test est négatif.

Deux points signifient que votre résultat de test est positif. Vous êtes probablement séropositif/séropositive. Les résultats positifs doivent être confirmés par un médecin.

Votre test n'a pas fonctionné correctement. Le point de contrôle doit apparaître pour indiquer que le test a été correctement effectué.

**Conseil :** Un point peut être plus clair que l'autre. Dans de rares cas, un anneau pâle peut apparaître au niveau du point du test ; ceci constitue un résultat positif.

### **Résultat négatif**

Comme avec de nombreux tests, de faux résultats sont possibles. Pour réduire le risque de faux résultats, assurez-vous de suivre les instructions et utilisez le test correctement. Si vous obtenez un résultat négatif, mais que vous avez effectué une activité à risque d'infection par le VIH au cours des 3 derniers mois, il se peut que vous soyez dans ce qu'on appelle la « fenêtre sérologique » et il est recommandé que vous répétiez le test ultérieurement.

### **Résultat positif**

Consultez un médecin dès que possible et informez ce dernier que vous avez effectué un autotest de dépistage du VIH. Tous les résultats positifs doivent être confirmés par une analyse en laboratoire.

### **Qu'arrive-t-il après un résultat positif ?**

La séropositivité ne signifie pas que vous avez le SIDA. Avec un diagnostic et un traitement précoces, il est peu probable que vous développiez le SIDA.

## **Disposition**

Eliminer conformément à la réglementation locale. Remettez tous les articles dans l'emballage extérieur. Jeter à la poubelle.

### **2.9.5.1. Avantages de l'autotest :**

**Les avantages de l'autotest sont :**

- **Rapide** : donne le résultat en 20 mm,
- **Pratique** : pas besoin de se déplacer au centre de santé,
- **Favorise l'autonomisation** (empowerment) des personnes,
- **Discrétion** : réduit la peur de la stigmatisation,
- **Forte acceptabilité** (population générale et populations-clés)
- **Efficacité et fiable**,
- **Crée la demande pour le dépistage VIH** chez les populations sans accès aux services actuels,
- **Ne démontre pas de conséquences sociales et comportementales négatives** (violences et comportement à risque).

### **2.9.5.2. Condition d'un test réussi :**

Le résultat du test :

- Si le risque d'infection par le VIH date de plus de 3 mois : le résultat du test est fiable,
- Si le test est réalisé 3 mois ou plus après l'exposition au risque d'infection, et qu'il est négatif, le résultat est fiable : il n'y a pas d'infection par le VIH.
- Si le test est réalisé moins de 3 mois après l'exposition au risque d'infection, il est nécessaire de refaire un test dès que les 3 mois seront dépassés.

### **III. METHODOLOGIE**

#### **3.1. Cadre et lieux de l'étude**

Notre étude s'est déroulée dans le district de Bamako (Mali). Les CHU du Point G et de Gabriel Touré ont été choisis car ayant des unités de prise en charge ainsi que le CHU d'Odontostomatologie et IOTA qui n'ont pas d'unité de prise en charge. Nous avons tiré au hasard les CSREF de la commune VI et commune V et deux CSCom rattachés à chaque CSREF seront aussi tirés au sort et le CESAC-Bamako.

L'ordonnance n° 78-34/CMLN du 18 Août 1978 fixe le statut du district de Bamako, qui est à la fois une circonscription administrative de l'Etat au même niveau hiérarchique que la région et une collectivité décentralisée dotée de la personnalité morale et de l'autonomie financière.

La même ordonnance crée les six communes du district de Bamako.

##### **3.1.1. Présentation du district de Bamako**

Bamako, capitale politique et administrative du Mali, peuplée de 2.446.700 habitants, est traversé par le fleuve Niger. Il est situé au sud du Mali avec un climat tropical de type soudanien. Son relief est composé de plaines, de plateaux et de forêts boisées. Il comprend une longue saison sèche (novembre à mai) et une courte saison pluvieuse (juin à octobre). Le district de Bamako est composé de six communes. Chaque commune est constituée de quartiers.

Chacune de ces communes est dotée de formations sanitaires dont un centre de deuxième référence et des centres de santé communautaire.

A la tête de la pyramide sanitaire existent six hôpitaux nationaux de première référence (CHU Point G, CHU Gabriel Touré, Hôpital du Mali, IOTA, CHU Odonto Stomatologie et CHU Luxembourg).

##### **3.1.2. Présentation du Centre Hospitalier Universitaire Gabriel TOURE :**

L'ancien dispensaire central de Bamako a été créé en 1951 et érigé en hôpital le 17 janvier 1959. Il sera baptisé « Hôpital Gabriel TOURE » en hommage au sacrifice d'un jeune étudiant en médecine originaire de la Haute volta (actuel Burkina Faso) mort lors d'une épidémie de peste, maladie qu'il contracta au cours de son stage en 1934.

L'Hôpital Gabriel TOURE a évolué en Etablissement Public à caractère Administratif (EPA) en 1992, doté de la personnalité morale et de l'autonomie de gestion.

L'Hôpital Gabriel TOURE était l'un des quatre (04) établissements publics (hôpitaux nationaux) à caractère administratif (EPA) institués, par la loi n°92-024 AN-RM du 05 octobre 1992 avant de devenir (EPH) par la loi n°03-022 AN-RM du 14 juillet 2003.

L'hôpital vise quatre (04) missions principales à savoir :

- Assurer le diagnostic, le traitement des malades, des blessés et des femmes enceintes.
- Assurer la prise en charge des urgences et des cas référés.
- Participer à la formation initiale et continue des professionnels de la santé et des étudiants.
- Conduire les travaux de recherche dans le domaine médical.

Le CHU Gabriel Touré de par sa situation géographique (au cœur du district de Bamako en Commune III), bâti sur une superficie de 3,1 hectares, il est l'un des hôpitaux les plus sollicités.

Il est limité :

- À l'Est par le Boulevard du peuple et le quartier populaire de Médine.
- À l'Ouest par l'École Nationale des Ingénieurs (ENI).
- Au Nord par l'avenue MAR Diagne et l'ÉTAT MAJOR de la gendarmerie nationale.
- Au Sud par la rue VAN Vollenhe.

Le consentement éclairé libre et volontaire de chaque participant était obtenu avant toute participation à l'étude. Ce consentement était obtenu de façon verbale. Nous avons l'anonymat des participants. En effet les résultats ont été diffusés de manière à ne pas identifier un participant à notre étude. Il n'y avait aucune compensation financière et matérielle à participer à cette étude. VEN et le TRANIMEX qui est une société de transit.

L'Hôpital Gabriel TOURE comprend une administration, 7 départements regroupant 26 services médicotechniques et des unités selon la Décision n°0386/DGHGT DU 30 novembre 2009 suite à la mise en œuvre du Projet d'établissement.

Notre enquête s'est déroulée au niveau du département de Gastro Entérologie, Pédiatrie Générale, Gynéco-Obstétrique et de la Pharmacie.



### **3.1.3. Présentation du Centre Hospitalier Universitaire Point G :**

En 1903 est construit le premier dispensaire de Bamako destiné aux autochtones. Il était situé en face de la Poste Centrale actuelle. L'augmentation de la population européenne au Mali nécessitera la création de l'hôpital militaire colonial de Bamako dit Hôpital du Point G.

L'Hôpital du Point G est créé en 1906 sur une superficie de 25 hectares était administré par des médecins-militaires français jusqu'en 1958. Il est situé à 83 mètres au-dessus du niveau du fleuve Niger. Trois pavillons étaient réservés aux européens dont un aux femmes et un aux indigènes. L'hôpital en ces temps-là pouvait recevoir 40 européens et 60 indigènes.

Aujourd'hui, le CHU du Point G est la plus ancienne et la plus grande formation sanitaire du Mali et est la dernière référence.

A cette époque, la construction de l'hôpital prévue pour abriter 120 lits a coûté 1.500.000 Francs de l'époque, et il était destiné aux besoins d'une population de 4000 personnes environ.

Aujourd'hui, le CHU du Point G assure trois missions : une mission de soins, une mission de formation et une mission de recherche avec un personnel composé d'environ 600 personnels. Il est géré par trois organes, à savoir le Conseil d'Administration, la Direction Générale et le Comité de Direction.

### **3.1.4. Présentation du Centre Hospitalier Universitaire Odonto-Stomatologie**

Le Centre National d'Odonto-Stomatologie est un Centre Hospitalier spécialisé en Odonto-Stomatologie. Centre de Référence Nationale, il a officiellement ouvert ses portes le 10 Février 1986.

Erigé en Etablissement Public à Caractère Administratif (EPA) par la Loi n°92-026/AN-RM du 5 octobre 1992, le CNOS est devenu Etablissement Public Hospitalier (EPH) par la Loi n°03-23/AN-RM du 14 juillet 2003.

Il doit assurer les missions suivantes :

- Assurer le diagnostic, le traitement des malades et des blessés ;
- Prendre en charge les urgences et les cas référés ;
- Assurer la formation initiale et la formation continue des professionnels de la santé ;
- Conduire des travaux de recherche dans le domaine médical.

Mais depuis le 12 décembre 2006, il est devenu un Centre Hospitalier – Universitaire d’Odonto-Stomatologie par la signature de la Convention entre le CNOS, le Rectorat et le Ministère de la Santé.

**Le CHU CNOS :**

- Services Administratifs,
- Services Techniques :
  - Service d’Odontologie Conservatrice ;
  - Service d’Odontologie Chirurgicale ;
  - Service de Parodontologie ;
  - Service de Pédodontie ;
  - Service d’Orthopédie Dento-Faciale ;
  - Service de Chirurgie Maxillo-Faciale ;
  - Service de Prothèses Dentaires (prothèses fixe, mobile, stellites, etc.) ;
  - Pharmacie Hospitalière ;
  - Laboratoire d’Analyses Biomédicales ;
  - Service Radiographique ;
  - Service Social.
- Organes d’Administration et de Gestion :
  - Conseil d’Administration
  - Direction Générale
  - Comité de Direction
  - Organes consultatifs.
  - La gestion financière du CHU- CNOS.

### **3.1.5. Présentation du Centre Hospitalier Universitaire de l'Institut Ophtalmologique Tropicale d'Afrique (CHU IOTA):**

Succédant à « l'Institut du Trachome de l'Afrique Occidentale Française » de Dakar, l'I.O.T.A. ouvre le 1er octobre 1953 à Bamako, puis intègre l'Organisation de Coopération et de Coordination contre les Grandes Endémies (O.C.C.G.E.).

Le « nouvel I.O.T.A. » est inauguré en novembre 1997 à l'occasion de la conférence technique de l'O.C.C.G.E., organisée à Bamako et portant sur « les progrès réalisés dans la lutte contre la cécité en Afrique sub-saharienne ».

- Missions :
- Soins ophtalmologiques de 3ème référence ;
- Recherche ;
- Appui aux états pour la lutte contre la Cécité ;
- Formation.

La direction de l'I.O.T.A. est dirigée par un Directeur Général, assisté d'un chef de service administratif et financier (DAF) chargé de la gestion du personnel et d'un chef de la Cellule Scientifique (CS) qui assure et coordonne l'ensemble des activités scientifiques.

Organisation : chaque département (formation, recherche, soins) est dirigé par un médecin ; les divisions (bloc opératoire, hospitalisation, consultation, laboratoire, explorations fonctionnelles, approvisionnement pharmacie, atelier d'optique) sont dirigés par un infirmier major spécialiste en ophtalmologie. Le surveillant général est chargé de la discipline du personnel, du suivi de l'exécution des travaux de nettoyage/entretien et de la supervision de la sécurité. Il rend compte au Directeur Général.

### **3.1.6. Présentation Centre d'Ecoute de Soins d'Accompagnement et de Conseil (CESAC) Bamako :**

Le CESAC est situé au centre commercial de Bamako dans les locaux alloués par le Ministère de la Santé sur la rue Louis Archinard, contiguë au Centre d'Accueil et d'Orientation des Enfants (CAOE), entre le Ministère de l'Administration Territoriale et des Collectivités Locales et la gare ferroviaire. Il comprend :

- Un secrétariat,
- Un bureau du coordinateur,

- Cinq bureaux de consultation,
- Une salle d'attente,
- Deux salles de pharmacie,
- Un bureau de conseil dépistage,
- Une salle pour les opérateurs de saisie
- Un bureau des archivages,
- Une infirmerie,
- Un laboratoire
- Un bureau de service social,
- Un magasin,
- Trois toilettes.

### **3.1.7. Présentation du Centre de Santé de Référence de la commune IV**

La commune IV est une commune urbaine créée en même temps que les autres communes de Bamako par l'ordonnance 78-34/CMLN du 18 août 1978. Située dans la partie ouest de Bamako, la commune IV couvre une superficie de 37,68 kilomètres carré avec une population de plus de 200 000 habitants en 2018.

Le CSREF de la CIV est situé en plein cœur de la commune à Lafiabougou et à cent mètres de la route principale du quartier. Ce centre d'abord PMI (Protection Maternelle et Infantile), de sa création en 1981 est érigé en CSREF en juin 2002 pour répondre aux besoins des populations de la commune en matière de santé et à la politique sectorielle de santé du gouvernement.

Le centre comporte plusieurs services et unités :

- un service de gynécologie et d'obstétrique avec :
  - une unité d'hospitalisation et bloc opératoire,
  - une unité CPN/ PF,
  - une maternité,
  - une unité suite de couche,
  - une unité de gynécologie,
  - une unité de PEV,
  - une unité de compartiment technique et bloc,

- un service de Médecine générale,
- un service de Chirurgie générale,
- un service d'ORL,
- un service de Pédiatrie,
- un service de néonatalogie,
- un service d'Ophtalmologie,
- un service d'Odontostomatologie,
- un service d'endocrinologie,
- un service d'urologie,
- un service de cardiologie,
- un service de neurologie,
- un service de Médecine interne,
- un service de rhumatologie,
- un service d'USAC,
- un service DAT,
- un Laboratoire d'Analyse,
- un Dépôt de Vente de Médicaments Essentiels (pharmacie),
- un service d'hygiène et de salubrité,
- un service de comptabilité.

### **3.1.8. Présentation du Centre de Santé de Référence de la commune V :**

Située sur la rive droite du fleuve Niger, la commune V couvre une superficie de 41,59 kilomètre carré pour 414 668 habitants (RGPH 2009)

Crée en 1982, le CSREF CV est situé au quartier Mali au flanc de la colline de Badalabougou.

Le centre comporte :

- un service de gynécologie et d'obstétrique avec :
  - une unité d'hospitalisation et bloc opératoire,
  - une unité CPN,
  - une unité PF,
  - une maternité,
  - une unité suite de couche,

- une unité de gynécologie,
  - une unité de PEV,
  - une unité de compartiment technique et bloc,
- un service de médecine générale,
  - un service de pédiatrie,
  - un service de dermatologie,
  - un service d’ophtalmologie,
  - un service d’odontostomatologie,
  - un service de chirurgie générale,
  - un service d’endocrinologie,
  - un service d’urologie,
  - un service de cardiologie,
  - un service de neurologie,
  - un service de Médecine interne,
  - un service de rhumatologie,
  - un service d’USAC,
  - un service DAT,
  - un laboratoire d’analyse,
  - un dépôt de vente de médicaments essentiels (pharmacie),
  - un service d’hygiène et de salubrité,
  - un service de comptabilité.

### **3.1.9. Présentation du CSCOM/ASACOLA I :**

L’Association de Santé Communautaire de Lafiabougou Secteur 3 dénommée ASACOLA S3 a été créée le 09 octobre 1993 selon le récépissé n° 970/ MATS- DNAT conformément aux dispositions de l’ordonnance N° 41/PG-RS du 28 Mars 1959.

Le centre de santé communautaire (CSCoM ASACOLA1) de Lafiabougou secteur 3 et 4 a été créé le 23 octobre 1995 selon la décision n° 596/ MATS- DNAT, il est fonctionnel depuis le 07 Février 1997.

Le centre est géré par :

Un Conseil d’Administration ; un Comité de Gestion et une Commission de Surveillance.

Le centre de santé communautaire est situé sur la rive gauche du fleuve Djoliba dans la partie Ouest de la Ville de Bamako entre la colline du Koulini Yéléké et l'avenue Cheick Zayed.

Son aire géographique est limitée à l'Est par la Rue 466 de Lafiabougou Secteur 3, (la place CAN), à l'Ouest par le marigot Woyowayanko, au Sud par le quartier de Djicoroni Para et au Nord par le quartier de Taliko.

L'aire de santé de l'ASACOLA I couvre une superficie de 8,20 Km<sup>2</sup> et couvre les secteurs 3, 4 de lafiabougou, Kôda de Lafiabougou, une partie de l'ACI 2000 et une partie de Lafiabougou- Bougoudani.

Situation du personnel à la date du 31 juillet 2019 était au total 28 personnels.

#### **3.1.10. Présentation ASACOLA II :**

L'Association de Santé Communautaire de Lafiabougou Secteur 2 ASACOLA II a été créée en 1998 dans le district sanitaire de la commune IV. Il est limité à l'Est par la Rue 466 de lafiabougou secteur 3(Place CAN), à l'ouest par la frontière Hamdallaye Lafiabougou, au Sud par le rom point Bougie Ba au rom point KOUAMEKOUROUMA et au Nord par la colline de Lassa.

Situation du personnel à la date du 30 Juin 2019 était au total 17 personnels.

#### **3.1.11. Présentation ASACOTOQUA :**

L'Association de santé Communautaire de Torokobougou et quartier Mali ASACOTOQUA a été en 1992 par les populations des deux quartiers désireuses de participer à la protection et à l'amélioration de leur état de santé. Elle est apolitique, laïque et à but non lucratif.

Situation du personnel à la date du 31 juillet 2019 était au total 35 personnels.

### **3.2. Type et période d'étude**

Il s'agit d'une étude transversale avec collecte prospective en un seul passage au mois d'avril 2019.

### **3.3. Echantillonnage**

Nous avons procédé au choix des sites par tirage au sort sans remise des structures sélectionnées.

Parmi les 6 CHU de Bamako nous avons retenu

- le CHU du Point G avec quatre services (Gynéco Obstétrique, Maladies infectieuse, Médecine interne et la Pharmacie) ;
- le CHU Gabriel TOURE avec quatre services (Département de la Pédiatrie, Gastro-entérologie, Gynéco- Obstétrique et la Pharmacie ;
- le CHU Ondo Stomatologie,
- le CHU de l’Institut Ophtalmologie Tropicale de l’Afrique,

Parmi les 6 CSREF de Bamako nous avons retenu le CSREF IV et CSREF V

Parmi les 9 CSCOM de la commune IV, 2 CSCOM ont été choisis ASACOLA I et ASACOLA II pour le CSREF CIV et parmi les 11 CSCOM de la commune V, 2 CSCOM ont été choisis ASACOSAB3 et ASACOTOQUA pour le CSREF V ; et le CESAC de Bamako. Nous avons adopté la méthode par commodité dans les centres retenus pour choisir les personnels présents (Médecins et Pharmaciens qui ont été enquêtés).

### **3.4. Population d’étude**

Notre population d’étude a été constituée de praticiens médicaux et pharmaceutiques impliqués dans la prise en charge des patients VIH et non impliqués

### **3.5. Critères d’inclusion**

Ont été inclus dans notre étude, les médecins, les pharmaciens, les Odonstomatologues et les ophtalmologues exerçant dans le district de Bamako, précisément dans les structures sélectionnées et acceptant de participer à notre enquête en donnant leur consentement libre et volontaire.

### **3.6. Critères de non inclusion**

Les médecins, les pharmaciens, les Odonstomatologues et les ophtalmologues susceptibles de participer à l’enquête qui n’ont pas accepté pas de participer à l’étude n’ont pas été inclus ainsi que ceux qui n’étaient pas présents au moment de notre enquête. Praticiens exerçant dans d’autres structures de la même ville et en dehors de Bamako.

### **3.7. Déroulement de l’étude et collecte des données**

Nous avons élaboré une fiche de collecte des données (protocole) qui a aussi fait l’objet d’amendements.



Une fois les sites d'étude déterminés, notre directeur de thèse a adressé des courriers aux directeurs ou médecin chef pour demander leur participation à l'étude.

Après l'obtention des différentes approbations, nous avons démarré l'enquête de terrain auprès des médecins et des pharmaciens impliqués concernés.

Nous avons administré les questions à chaque participant et de façon individuelle. Les réponses obtenues étaient transcrites sur notre questionnaire.

### **3.8. Saisies et analyse des données**

Les informations transcrites sur nos questionnaires ont été saisies dans une base de données que nous avons élaboré sur SPSS version 21 IBM Statistics.

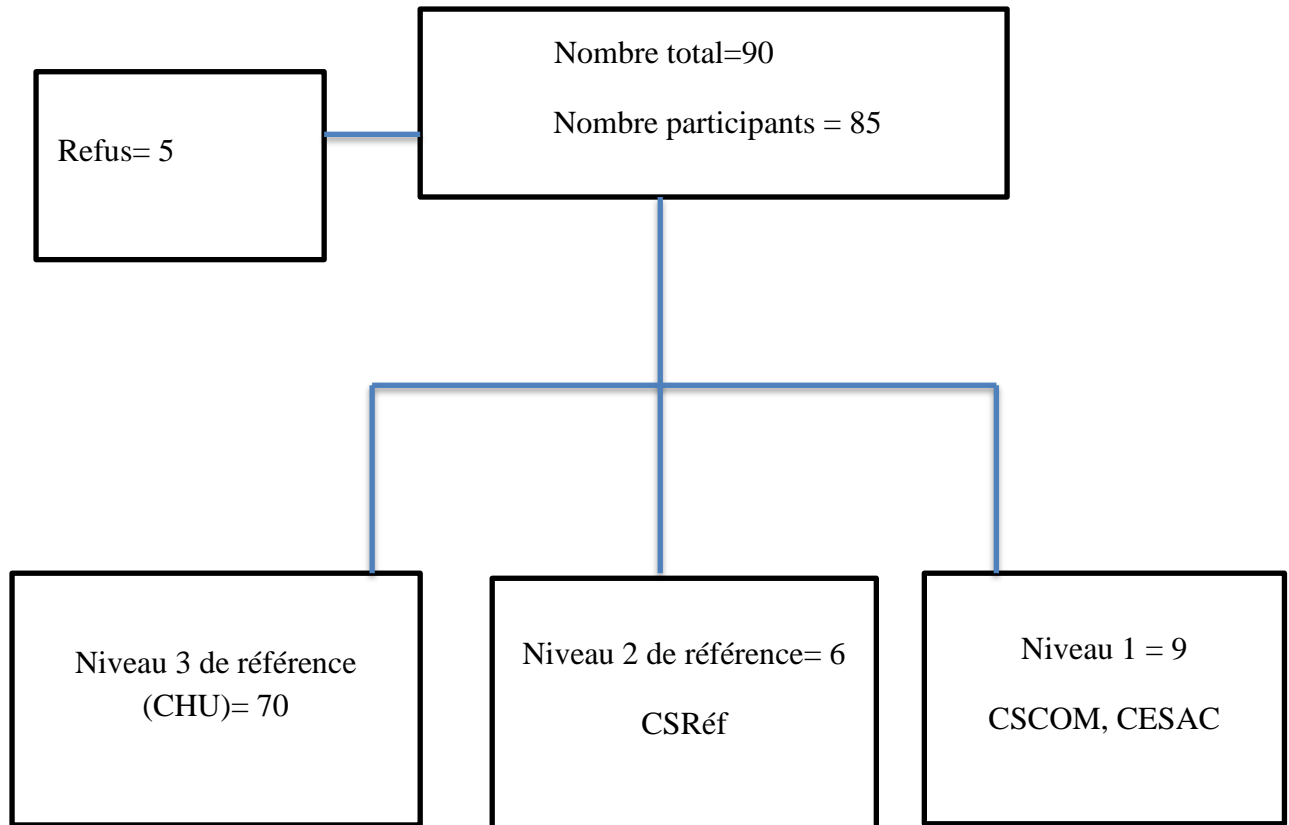
Les variables étudiées étaient relatives aux données sociodémographiques (âge, sexe, ancienneté dans la profession), et relatives aux connaissances, acceptabilité vis-à-vis de l'autotest.

### **3.9. Considérations éthiques**

Les autorisations administratives ont été obtenues à partir des correspondances adressées aux responsables des structures. Le consentement éclairé libre et volontaire de chaque participant était obtenu avant toute participation à l'étude. Nous avons garanti l'anonymat des participants dans la diffusion des résultats. En effet ces résultats ont été diffusés de manière à ne pas identifier un participant. Il n'y avait aucune compensation financière et matérielle à participer à cette étude.

#### IV. RESULTATS

Au total, 85 participants ont été interrogés dans le cadre de notre enquête. Il s'agit de 43 médecins impliqués dans la prise en charge et 33 non impliqués dans la prise en charge du VIH soit 89,4% de l'échantillon et 9 pharmaciens impliqués dans la prise en charge (10,6%).



**Figure 5 : Flux de répartition des participants**

**Tableau I : Répartition des professionnels de santé selon la structure d'enquête.**

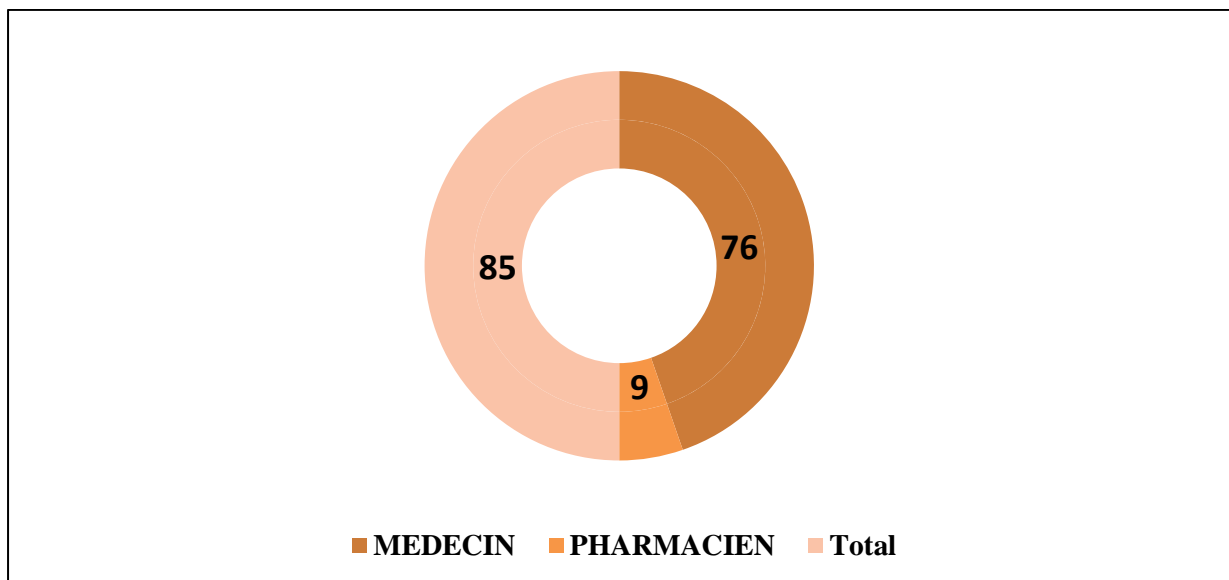
Structure enquêtée		Effectif	Pourcentage
CHU	Point G	20	23,5
	Gabriel Touré	32	37,6
	Odontostomatologie	8	9,4
	IOTA	10	11,8
CSREF (Bamako)	Commune V	3	3,5
	Commune IV	3	3,5
	ASACOTOQUA	1	1,2
CSCOM Commune V	ASACOSAB 3	1	1,2
CSCOM Commune IV	ASACOLA I	2	2,4
CESAC	ASACOLA II	1	1,2
	CESAC	4	4,7
TOTAL		85	100

Les professionnels des CHU ont été majoritaire soit 37,6% au CHU Gabriel Touré, 23,5% au CHU du Point G.

**Tableau II: Répartition des professionnels de santé selon le sexe.**

Sexe	Effectif	Pourcentage (%)
Masculin	64	75,3
Féminin	21	24,7
Total	85	100,0

Plus de praticiens de sexe masculin (75,3%) ont participé à l'enquête que de sexe féminin, le sex-ratio était de 3,05.



**Figure 6 : Profil des participants**

**Tableau III : Répartitions des professionnels de santé selon le profil et le sexe.**

Sexe	Profil	Médecin	Pharmacien	Total	Pourcentage (%)
		Masculin	55	9	64
Féminin		21	0	21	24,7
Total		76	9	85	100

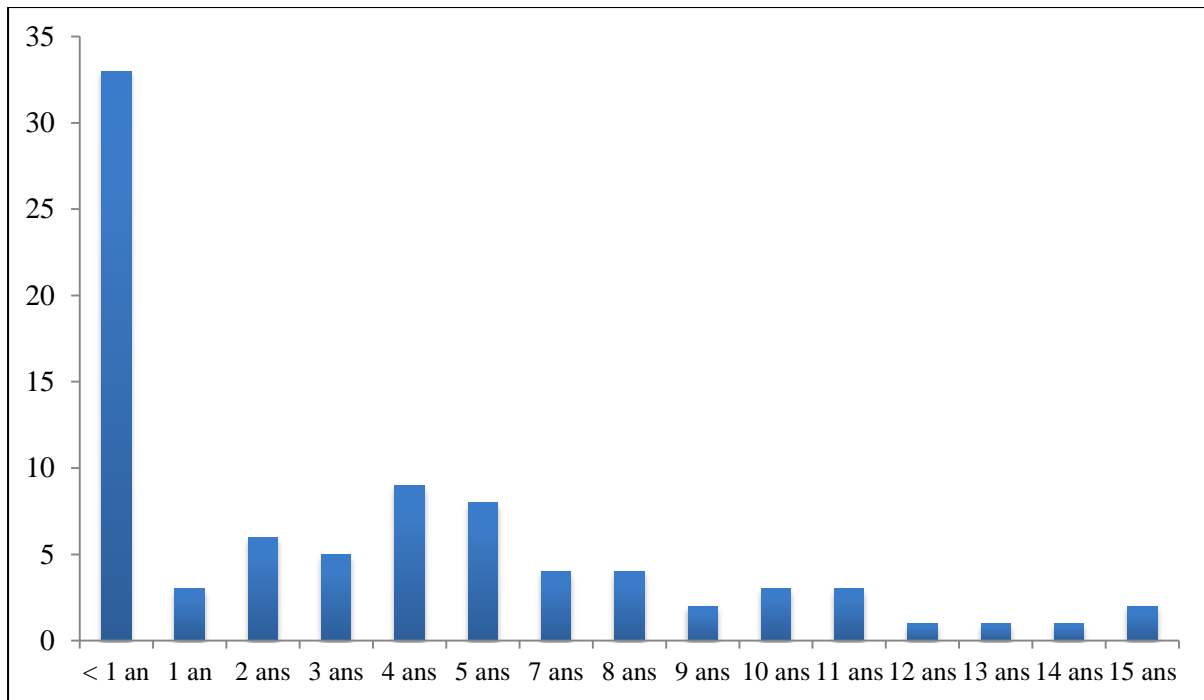
Dans cette étude au moins 75,3 % représentaient le sexe masculin pour les Médecins et les Pharmaciens.

**Tableau IV : Répartition des professionnels de santé selon leur implication dans la prise en charge des PVVIH.**

Implication PEC du VIH	Effectif	Pourcentage (%)
Oui	52	61,2
Non	33	38,8
Total	85	100

Sur les 85 praticiens enquêtés, 52 (61,2%) sont impliqués dans la prise charge des PVVIH.

La moyenne des participants impliqués dans la prise en charges des PVVIH est de : 3,72 +/- avec un écart type de 4,19.



**Figure 7 : Répartition selon le nombre d'année dans l'exercice de la profession**

**Tableau V : Répartition des participants selon leur connaissance de l'existence de l'autotest**

Connaissance de l'autotest	Effectif	Pourcentage (%)
Oui	58	68,2
Non	27	31,8
Total	85	100

Les professionnels de santé estiment connaître l'existence de l'autotest avec 68,2 % contre 31,8 %.

**Tableau VI : Répartition des professionnels de santé selon leur connaissance à propos du nombre de type l'autotest existant.**

Nombre d'autotest existant	Effectifs	Pourcentage %
Ne sais pas	52	61,2
0	7	8,2
1	18	21,2
2	8	9,4
Total	85	100,0

Dans notre série 61,2 % des personnels ne connaissaient pas le nombre de l'autotest qui existe ; huit professionnels ont cité l'existence de 2 autotests soit 9,4%.

**Tableau VII: Répartition des professionnels de santé selon la source de leur information sur l'autotest.**

Source d'information	Effectif (n=58)	Pourcentage (%)
EPU (conférence/ réunion scientifique, séminaire)	26	44,8
Mission de supervision	1	1,7
Campagne de sensibilisation	1	1,7
Média	17	29,3
Internet	4	6,8
Lecture	1	1,7
Au cours du stage	7	12,1
Au cours du dépistage du VIH	1	1,7
TOTAL	58	100

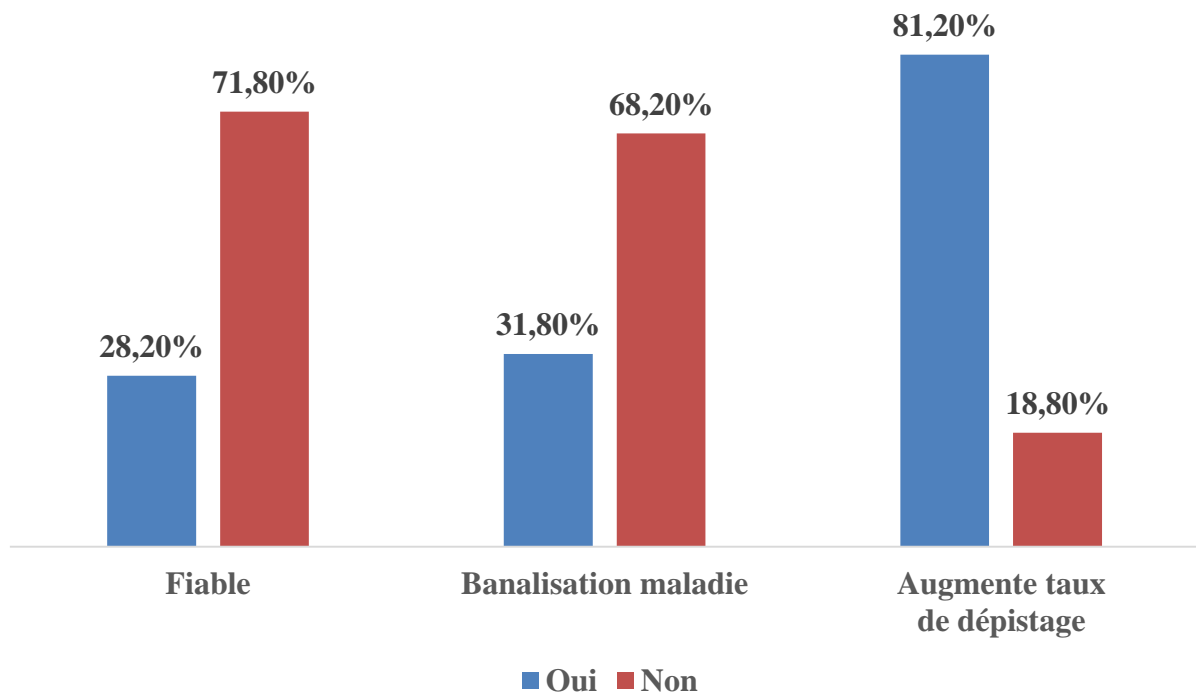
Les principaux canaux d'information des participant à cette étude étaient à travers les EPU sur le VIH (44,8), les médias (29,3) et du stage dans le service (12,1).

### Perception sur l'autotest VIH

Au cours de notre enquête, 28,2% des professionnels de santé avaient une connaissance sur la fiabilité de l'autotest contre 71,8%.

Parmi les professionnels de santé 31,8% pensaient que l'apparition de l'autotest VIH banalisera la maladie contre 68,2%. Parmi ceux qui pensaient que l'autotest ne banalise pas la maladie, Huit (8) pharmaciens/9 pensaient que l'apparition de l'autotest ne banalisera pas la maladie.

Dans notre série, 81,2% trouvaient que l'avènement de l'autotest va augmenter le taux de dépistage au Mali.



**Figure 8 : Perception sur l'autotest chez les professionnels de santé selon la fiabilité, la banalisation de la maladie et l'augmentation du taux de dépistage.**



**Tableau VIII: Répartition des professionnels de santé selon leur application de l'autotest.**

Application autotest	Effectif	Pourcentage (%)
Oui	16	18,8
Non	69	81,2
Total	85	100,0

81,2 % des professionnels de santé n'avaient pas au moins proposée une fois l'autotest VIH à une personne contre 18,8 %.

**Tableau IX : Répartition des professionnels de santé selon leur acceptation de l'autotest.**

Acceptation de l'autotest	Effectifs	Pourcentage%
Oui	75	88,2
Non	10	11,8
Total	85	100,0

Parmi les professionnels de santé, 88,2% ont donné un avis favorable sur la mise en œuvre de l'autotest au Mali contre 11,8% d'opinion défavorable.

**Tableau X : Répartition des professionnels de santé selon leur connaissance sur la disponibilité de l'autotest au Mali.**

Connaissance sur disponibilité de l'autotest au Mali	Effectifs	Pourcentage%
Oui	27	31,8
Non	58	68,2
Total	85	100,0

Au cours de notre enquête, 68,2% des prestataires ont déclaré que l'autotest n'est pas disponible au Mali.

**Tableau XI : Répartition des participants sur leur connaissance des conditions de stockage de l'autotest.**

Connaissance conditions stockage du test	Effectif	Pourcentage (%)
Réfrigérateur	28	31,8
Laboratoire	1	1,1
Chambre froide	2	2,3
Pas de réponse	50	56,8
A l'abri de la lumière	1	1,1
Température ambiante	6	6,8
Total	88	100

Dans notre étude 31,8 % des professionnels de santé pensaient que l'autotest doit être stocké dans un réfrigérateur, 6,8% pour une température ambiante, 2,3% dans une chambre froide, dans un laboratoire et en dehors de la lumière avec 1, 1% chacun.

**Tableau XII : Répartition des professionnels de santé selon l'indication de l'autotest.**

Indication de l'autotest	Effectif	Pourcentage (%)
Populations Clés	45	33,8
Agent de Santé	25	18,8
La population générale	18	13,5
Femmes enceintes	13	9,8
Couple sero discordant	8	6,0
Jeunes	6	4,5
Les volontaires	2	1,5
Pas de réponse	16	12,0
Total	133	100,0

33,8% des praticiens de santé dans cette étude pensaient que l'indication de l'autotest c'est pour les populations clés suivi de 18,8% pour les agents de santé.

**Tableau XIII : Répartition des professionnels de santé selon leur opinion sur l'autotest au Mali.**

Opinions sur l'autotest	Effectifs	Pourcentage%
Augmentation du taux de dépistage	34	45,3
Garanti de la confidentialité	2	2,7
Diagnostic rapide	13	17,2
Diminution du stress lié au test VIH	2	2,7
Pas de réponse	7	9,3
Allègement de la charge de travail des agents de santé	3	4,0
Permet de connaître son statut sérologique	7	9,3
Dédramatisation du VIH/sida	1	1,2
Amélioration de la prise en charge	3	4,0
Réduction de la prévalence	3	4,0
Total	75	100,0

Parmi ceux qui sont favorables à l'autotest 45,3% pensent qu'il permet d'augmenter le taux de dépistage du VIH au Mali.

D'autre part, 17,2% qu'avec l'autotest le diagnostic sera rapide et facile.

**Tableau XIV : Répartition des professionnels de santé sur les propositions d'amélioration de la gestion de l'autotest.**

<b>Proposition d'amélioration de la gestion de l'autotest</b>	<b>Effectifs</b>	<b>Pourcentage%</b>
Assurer la disponibilité dans toutes les structures de santé et dans les officines privées	25	29,4
Former les agents de santé pour la bonne pratique de l'autotest	21	24,7
Rendre gratuit	2	2,4
Impliquer les structures sanitaires et les pharmacies dans la gestion des auto tests	3	3,5
Rendre disponible à moindre coût	2	2,4
Mettre à la disposition des ONG impliquées dans la PEC des PVVIH	2	2,4
Pas de réponse	29	34,1
Stockage dans les écoles, et les Hôtels	1	1,2
Total	85	100,0

Par rapport à l'amélioration de la gestion de l'autotest deux propositions ont été majoritairement représentée qui sont entre autre :

- ✓ Assurer la disponibilité dans toutes les structures de santé et dans les officines privées : 29,4%
- ✓ Former les agents de santé pour la bonne pratique de l'autotest : 24,7%.

**Tableau XV : Répartition des professionnels de santé selon les raisons de refus de l'autotest.**

Raisons de refus de l'autotest	Effectifs	Pourcentage%
Mauvaise compréhension et faible connaissance sur le VIH	4	40
Banalisation de la maladie	1	10
Risque de faux positif	1	10
Pas de réponse	2	20
Impréparation des personnes à tester	1	10
Source possible de propagation de la maladie	1	10
Total	10	100,0

La principale raison pour les professionnels de santé qui pourra amener à ne pas accepter les autotests au VIH est le faible niveau de connaissance sur cette maladie (40%). Les autres raisons de refus possible évoquées sont : Banalisation de la maladie, Risque de faux positif, Impréparation des personnes à tester et Source de propagation de la maladie avec 10% chacun.

**Tableau XVI : Répartition des professionnels de santé selon les propositions de l'application de l'autotest au Mali.**

Propositions de l'application de l'autotest au Mali	Effectifs	Pourcentage %
Rendre disponible dans les pharmacies et les structures de santé	9	10,6
Impliquer les agents de santé	6	7,1
Impliquer les associations des PVVIH	1	1,2
Impliquer les jeunes	2	2,4
Introduire de façon progressive	1	1,2
Pas de réponse	20	23,5
Rendre accessible à tous les maliens	1	1,2
Rendre gratuit	12	14,1
Sensibiliser la population sur la pratique de l'autotest	9	10,6
Systématique à chaque consultation	16	18,8
Systématique chez les femmes enceintes	2	2,4
Vendre à un prix acceptable	1	1,2
Volontaire	5	5,9
Total	85	100,0

Au cours de cette enquête, 18,8% de notre échantillon ont déclaré qu'il faut proposer l'autotest au VIH de façon systématique à chaque consultation de patient. D'autres propositions ont été faites notamment

Pour l'application de l'autotest au Mali, quatre propositions ont été majoritairement rapportées :

- ✓ Disponibilité dans les pharmacies et les structure de santé ;
- ✓ Gratuité,
- ✓ Systématisé à chaque consultation,
- ✓ Sensibiliser la population sur la pratique de l'autotest

**Tableau XVII : Répartition des réponses des professionnels de santé en fonction des choix des structures pour disposer de l'autotest**

Si non devra-t-elle être disponible dans les	Effectifs	Pourcentage%
ONG,	39	35,45
Structures médicalisés	37	33,64
Structures non médicalisées	18	16,36
Officines de pharmacie,	16	14,55
Total	110	100,0

Les Structures les plus cités étaient les ONG avec 35,45% et les moins cités étaient les officines des pharmacies avec 14,55%.

**Tableau XVIII : Répartition selon les approches proposées pour la mise en œuvre de l'autotest au Mali.**

Approches préférées	Effectifs	Pourcentage (%)
Approche communautaire du dépistage intrafamilial	24	17,6
Test donné ou réalisé par le partenaire	25	18,4
Retrait et auto dépistage sur place dans les établissements de santé après counseling pré test	32	23,5
Programme intégré (IST, TB, santé sexuelle)	34	25
Programme Prévention post exposition	21	15,5
Total	136	100

Programme intégré a été majoritairement cités avec 25% suivi de retrait et auto dépistage sur place dans les établissements de santé après counseling pré test avec 23,5%.



**Tableau XIX : Répartition des participants selon la durée dans la PEC des PVVIH.**

<b>Année d'expérience</b>	<b>Effectifs</b>	<b>Pourcentage (%)</b>
Moins de 5 ans	56	65,9
≥ 5 ans	29	34,1
Total	85	100

Notre échantillon était constitué de 65,9% de praticiens ayant moins de 5 ans d'exercice professionnelle, 34,1 avaient au moins 5 ans ou plus d'expérience professionnelle dans la PEC

**Tableau XX : Indications de l'autotest en fonction de l'ancienneté dans la PEC du VIH (avec 2 classes : inférieur à 5 ans d'exercice et supérieur ou égal à 5 ans d'exercice).**

Cibles autotest	< 5 ans		≥ 5 ans		Total	%
	n	%	n	%		
Populations clés	30	66,7	15	33,3	45	100
Agents de santé	17	68	8	32	25	100
Population générale	12	66,7	6	33,3	18	100
Femmes enceintes	8	61,5	5	38,5	13	100
Couples sero- discordant	5	62,5	3	37,5	8	100
Jeunes	3	50	3	50	6	100
Volontaires	1	50	1	50	2	100
Pas de réponse	13	81,2	3	18,8	16	100

Les populations clés ont été majoritairement citées pour les cibles de l'autotest au Mali chez les moins de 5 ans d'exercice dans la PEC avec (66,7%) que chez les 5 ans et plus d'exercice dans la PEC avec (33,3%).

## **V. Commentaires et discussion**

Ce travail sur l'acceptabilité et la praticabilité de l'autotest VIH par les professionnels de santé à différents niveaux de la pyramide sanitaire à Bamako est original. Elle a permis d'identifier les goulots d'étranglement à la mise en œuvre de l'approche différenciée dans son volet dépistage communautaire du point de vue des praticiens.

Dans sa réalisation ce travail a été confronté à des refus de participation et la complétude car certains n'ont pas souhaité répondre à toutes les questions posées. Malgré ces insuffisances, les connaissances, la perception et l'acceptation de l'autotest VIH auprès des praticiens médicaux et pharmaceutique dans les structures de santé ont été déterminées ainsi que les craintes à la bonne marche de cette approche.

### **5.1. Description de l'échantillon**

Au total, nous avons enrôlé 85 médecins et pharmaciens ayant accepté librement et volontairement de participer à l'enquête. Nous avons retrouvé une prédominance des médecins dans notre série, ils représentaient 89,4% de notre échantillon contre 10,6% de pharmaciens. Cela reflète la tendance dans les structures de santé où les médecins cliniciens sont plus nombreux que les pharmaciens. En général, il n'y a que très peu de pharmaciens (dans la majorité des cas un par structure) dans les hôpitaux et les CSREF, cela est aussi vrai dans les unités de soins où de prise en charge du VIH où il n'y a qu'un seul pharmacien dispensateur pour plusieurs médecins cliniciens.

Les CHU Gabriel Touré et du Point G, avec respectivement 37,6% et 23,5% ont été les structures les plus représentées. Il s'agit des deux CHU les plus grands en termes de personnels et de cohorte de PV VIH.

Les praticiens de sexe masculin étaient majoritairement plus représentés dans notre série avec 75,3% des cas, le sex-ratio de 3,05. Au Mali, pour l'instant le ratio du genre dans les études médicales est en faveur des hommes.

Dans les structures enquêtées notamment à option polyvalente, 61,2% des professionnels de santé étaient impliqués dans la prise en charge des PVVIH. C'est à l'IOTA et au CHU CNOS que les personnels enquêtés ne faisaient pas de prise en charge, correspondant de fait aux structures à option chirurgicale.

## **5.2. Autotest**

Actuellement, on estime que seulement 79% des personnes vivant avec le VIH connaissent leur statut sérologique (OMS). Le dépistage de 90% de toutes les personnes vivant avec le VIH d'ici 2020 est le premier objectif de l'initiative « 90-90-90 » déclinée par l'Onusida. Pour atteindre cet objectif de dépistage, les pays recherchent des moyens d'augmenter rapidement le recours aux services de dépistage du VIH, en particulier pour les populations ayant un faible accès et pour ceux ayant un risque plus élevé et qui ne feraient pas le test autrement.

Dans la vision de l'élimination du VIH 2030, de nouvelles stratégies de dépistage du VIH sont apparues indispensables pour atteindre les personnes non diagnostiquées afin de leur prescrire le traitement antirétroviral (OMS). L'autotest VIH constitue un nouvel outil de dépistage complémentaire, potentiellement intéressant en direction de la population générale et des populations « clés » à haut risque comme les professionnels de sexe et leurs clients, les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, ou encore les adolescents (OMS, 2017). Il est recommandé par l'OMS depuis 2016.

Selon l'OMS, l'autotest VIH est un test rapide d'orientation diagnostique (TROD) de l'infection à VIH utilisé par une personne souhaitant connaître son statut VIH, qui prélève son propre échantillon (fluide gingival ou sang capillaire par piqûre au bout du doigt), exécute elle-même le test et en interprète le résultat, le plus souvent en privé ou en présence d'une autre personne de confiance [14-15] .

Et sa réactivité devrait conduire à une confirmation dans un laboratoire de référence.

## **5.3. Connaissance sur l'autotest**

Dans de nombreux pays africains (Nigeria, Namibie, Afrique du Sud et Tanzanie), divers autotests étaient déjà disponibles en vente illicite sur internet [17]. Depuis 2017, une réglementation formelle concernant l'autotest existe dans de nombreux pays africains dont le Mali. Cependant, est-ce que l'autotest est connu des praticiens au Mali ? Dans notre série, 68,2% des professionnels de santé des structures enquêtées à Bamako connaissaient l'existence de l'autotest VIH contre 31,9% qui n'avaient jamais entendu parler de l'autotest. Il s'agissait de praticien exerçant dans les CHU IOTA et CNOS dont la mission n'avait près que pas de lien avec la gestion des PVVIH. Ce résultat ne peut pas être extrapolé à l'ensemble du pays car n'ayant été réalisé que dans la capitale.

Il apparaissait que tous les pharmaciens (100%) connaissaient l'existence des autotests VIH.

Bien vrai que nombreux sont ceux qui ont déclaré connaître l'existence de l'autotest VIH, 61,2% n'ont pas pu citer les types d'autotest existant, 21,2% ont pu citer le nom d'un autotest.

Parmi ceux qui connaissaient l'autotest, les principaux canaux d'information étaient à travers les EPU sur le VIH (44,8%), les médias (29,3%) et du stage dans le service (12,1%). Il faut rappeler que cette stratégie est nouvellement adoptée au Mali [8] et que certainement tous les acteurs de prise en charge du VIH n'ont pas participé à son élaboration et aux formations inhérentes.

#### **5.4. Approches pour l'autotest**

Nous rappelons au Mali, que les services de conseil dépistage offrent deux modèles dominant :

- Le modèle offrant le dépistage à l'initiative du soignant dans les unités de soins et en PTME. (CCDV intégrés)
- Le modèle offrant du dépistage à l'initiative du client développé en grande partie par les sites gérés par les ONG et associations.

Quel que soit le modèle développé, la base de fonctionnement est la même. C'est-à-dire une démarche volontaire pour les clients des CCDV autonomes qui viennent d'eux-mêmes solliciter le service. Dans le dépistage intégré en milieu de soins, la proposition est systématique, surtout aux patients tuberculeux, aux malades présentant une IST, aux femmes enceintes et aux patients dont le tableau clinique est évocateur d'une infection à VIH. Dans tous les cas, le test est encadré d'un conseil prétest qui permet d'obtenir le consentement éclairé et d'un conseil poste test au cours duquel le résultat est porté à la connaissance du client.

Au Mali, en matière de conseil dépistage différencié les approches retenues sont :

- Approche communautaire du dépistage intrafamilial ;
- Test donné ou réalisé par le partenaire ;
- Retrait et auto dépistage sur place dans les établissements de santé après counseling pré test ;
- Programme intégré (IST, TB, santé sexuelle) ;

- Programme Prévention post exposition.

Très peu de personnels ont pu citer l'ensemble des approches. Un quart des enquêtés ont pu évoquer le programme intégré (IST, TB, santé sexuelle) avec (25%). S'agissant des autres approches, (23,5%) et (17,6%) ont cité respectivement les approches le retrait et auto-dépistage sur place et l'approche communautaire. L'analyse de ces résultats fait ressortir une insuffisance de niveau de connaissance sur les différentes approches malgré que la plupart de personnes enquêtées exercent dans des structures de prise en charge du VIH dont la porte d'entrée reste le dépistage.

### **5.5. Acceptabilité de l'autotest**

Dans notre série, la majorité (88,2%) des professionnels (médecins et pharmaciens) de santé est favorable à l'autotest. Cependant, (11,8%) ont déclaré leur avis défavorable à l'autotest. En Afrique, plusieurs études, pilotes ou observationnelles, principalement menées dans les pays anglophones, ont démontré des niveaux élevés d'acceptabilité de l'autotest VIH. Toutes ces études ont été réalisées sur des populations clés et partenaires. Nous n'avons trouvé aucune étude dans la littérature sur l'acceptation chez les prestataires médecins surtout.

Au cours d'une étude réalisée en France auprès des pharmaciens, Arthur rapporte que ces derniers sont favorables à l'autotest [18].

S'intéressant aux motifs d'acceptation de l'autotest, plusieurs idées ont émergées au cours de notre enquête. Il s'agit principalement de l'augmentation du taux de dépistage, de la rapidité du diagnostic avec possibilité de PEC rapide, de la garantie de confidentialité et la banalisation de la maladie.

Nombreux étaient ceux qui pensent dans notre série que l'autotest va booster le dépistage. L'augmentation du taux de dépistage par l'autotest a été abordée par plusieurs auteurs. En France, selon Arthur 59% des médecins généralistes avaient trouvé que l'autotest VIH est utile pour dépister de nouveaux cas de séropositivité non détectés par les moyens existants alors que 80% d'entre eux l'ont trouvé utile pour éviter de nouvelles contaminations [18].

En France toujours, depuis 2010, 85% des personnes enquêtées dans la population générale pensaient déjà que les gens se dépisteraient plus facilement s'il existait un test à faire soi-même avec lecture rapide du résultat [18].

Cela a aussi été démontrée au cours d'une méta-analyse au cours de laquelle l'autotest du VIH a doublé le recours au dépistage du VIH par rapport aux services conventionnels de dépistage (risque relatif (RR) = 2,12 ; IC à 95 % : 1,51–2,98).

### **5.6. Banalisation de la maladie par l'autotest**

Au cours de notre enquête, 31,8% des médecins et pharmaciens ont déclarés que l'autotest permet de banaliser le dépistage au VIH. Certes, la majorité (68,2%) estime que l'apparition de l'autotest ne banalise pas le dépistage voire de la maladie. Nous n'avons pas retrouvé dans la littérature de données concernant la banalisation du VIH/Sida par les médecins et pharmaciens avec l'autotest.

### **5.7. Praticabilité de l'autotest**

Bien que 68,2 % des professionnels (médecins et pharmaciens) de santé connaissent l'existence de l'autotest VIH, nombreux (81,2%) sont ceux qui ne l'avaient jamais proposé le dépistage au moins une fois. Rareté liée à la disponibilité soit aux préjugés sur la praticabilité du test dans le contexte de population en général illettrée. Pourtant, d'excellentes praticabilités de l'autotest VIH ont été rapportées en contexte culturel d'Afrique centrale, notamment à Bunia et Kisangani en République démocratique du Congo [7] et à Bangui, en République centrafricaine [7].

Dans près de 19% des cas, les médecins avaient déjà proposé l'autotest VIH à des tierces. Ces derniers avaient obtenu l'autotest VIH avec des représentants en général des délégués médicaux. Ces tests ont été proposés après counseling dans la structure et délivré pour réalisation au lieu voulu par le patient.

### **5.8. Fiabilité de l'autotest VIH**

Dans notre échantillon, 71,8% des professionnels de santé ne se sont pas exprimés sur la fiabilité de l'autotest. A ce jour, les tests proposés dans le cadre de cette stratégie ont montré d'excellentes sensibilité et spécificité [20].

### **5.9. Disponibilité de l'autotest**

S'agissant de la disponibilité de l'autotest dans la capitale malienne, seuls 68,2% des praticiens ont déclaré que les autotests n'étaient pas disponibles. La disponibilité était évoquée du fait de son usage par les ONG impliquées dans la lutte contre le VIH, les structures médicalisées, structures non médicalisées et les officines/pharmacies. En effet, en dehors du Projet « ATLAS » qui a rendu disponible l'autotest dans leurs sites d'étude,

l'autotest n'est pas disponible dans les structures de santé non concernées par ce projet. Nous n'avons pas connaissance de la vente d'autotests VIH dans les pharmacies et officines privées à Bamako.

Une étude réalisée en France auprès de la population rapporte que (79%) des Français seraient prêts à acheter leur(s) autotest(s) en parapharmacie sous le contrôle d'un docteur en pharmacie. » [20].

### **5.10. Raisons pouvant limiter l'utilisation de l'autotest selon les professionnels de santé**

Au cours de notre travail, 20% des médecins et pharmaciens n'ont pas donné de raisons qui justifient la limitation de l'utilisation de l'autotest. Par contre 80% ont fait des propositions. Dans notre série, les raisons qui sont données par les médecins et pharmaciens ont été la crainte de la mauvaise compréhension des consignes de réalisation du test dans 40% des cas, la banalisation de la maladie (10%), le risque de faux positif (10%), l'impréparation des personnes à tester (10%) et la possible propagation de la maladie (10%).

En France, selon Arthur, les médecins généralistes ont énoncé plusieurs facteurs limitant l'utilité de l'autotest VIH. Il s'agissait de l'inégalité d'accès entre les patients liés au coût du test, le risque de faux négatif notamment durant les trois premiers mois suivant le risque d'exposition, le manque d'encadrement ainsi que le risque psychologique pour les patients (dépression, suicide...). Par ailleurs, ils n'ont considéré que la nécessité de confirmer un résultat positif par une sérologie, la banalisation de l'autotest au détriment de la réalisation de sérologie classique, ainsi que l'absence de diagnostic d'autres IST sont des freins importants pour l'utilisation de ce test [18].

Quant aux pharmaciens, ils placent le risque psychologique (60%), le risque de faux négatif notamment durant les trois premiers mois suivant le risque d'exposition (57%) et le manque d'encadrement du patient (56%) derrière le coût dans les raisons pouvant limiter l'utilité de l'ADVIH. (91% pensent que l'arrivée de l'autotest ne banalise pas la pathologie. Ils sont donc conscients qu'il n'est pas anodin de délivrer un autotest VIH.

### **5.11. Amélioration de l'application de l'autotest et sa disponibilité dans les structures**

Les médecins et les pharmaciens ont fait des suggestions d'amélioration de l'usage de l'autotest. Ces propositions vont dans le sens d'assurer la disponibilité dans toutes les structures de santé, pharmacies/officines, et ONG impliquées dans la PEC, voire dans les



écoles et hôtels, de former les agents de santé et de rendre gratuit le test ou de donner à un prix accessible à la population. Cependant, en France, les médecins ont mis beaucoup plus l'accent sur la formation par les infectiologues sur la gestion de l'autotest VIH et d'autre part l'information des patients par le biais d'affichages en salle d'attente [18].

## **Conclusion**

L'autotest de dépistage du VIH est un outil complémentaire au dispositif de dépistage actuel et il ne doit pas s'y substituer.

Notre étude pilote a été initiée pour faire un état de lieux sur le niveau de connaissance, l'acceptabilité et la praticabilité de l'autotest VIH par les médecins et pharmaciens exerçant dans les structures de santé étatiques de tous les niveaux de la pyramide sanitaire du Mali.

Il ressort de cette étude que la majorité des médecins et pharmaciens ont entendu parler de l'autotest VIH. Les canaux d'information les plus cités ont été les EPU, media et au cours du stage. Les approches nouvellement élaborées dans la stratégie nationale de l'approche différenciée pour le dépistage sont peu connus. La majorité des professionnels de santé ont une bonne perception de l'autotest et est prête à l'utiliser. Les autotests n'étaient pas encore disponibles.

Les craintes pour l'utilité de l'autotest sont la mauvaise compréhension des consignes de réalisation du test, la banalisation de la maladie, le risque de faux positif, l'impréparation des personnes à tester et la possible propagation de la maladie.

Les propositions pour l'utilisation de l'autotest sont : la gratuité et la disponibilité dans toutes les structures de santé, pharmacies/officines, et ONG impliquées dans la PEC, voire dans les écoles et hôtels et la formation des agents de santé.

## **Recommandations**

Aux vu de nos résultats, nous formulons, à l'endroit du Secrétariat Exécutif du Haut Conseil National de lutte contre le Sida (SE HCNLS) et la Cellule Sectorielle de Lutte contre le Sida du Ministère de la Santé et des Affaires Sociales (CSLS/MSAS) de la Tuberculose et des Hépatites les recommandations suivantes :

- Former les professionnels de santé sur l'autotest VIH
- Former les professionnels de santé sur l'approche différenciée au dépistage
- Elaborer des outils de communications visuels (panneaux, affiches, dépliants sur l'autotest de dépistage)
- Faire la promotion de l'autotest dans la population générale par une meilleure promotion de la communication pour le développement.
- Etendre la recherche sur l'autotest dans d'autres structures de santé, y compris les centres privés et auprès de la population pour identifier tous les goulots d'étranglement si on veut réussir la mise en œuvre de l'approche différenciée.

## Références bibliographiques

1. United Nations Programme on HIV/AIDS. How AIDS changed everything. OMD 6: 15 years, 15 lessons of hope from the AIDS response. Genève: UNAIDS, 2015. In [http : unaids.org/sites/default/files/media\\_asset/MDG6Report\\_fr.pdf](http://unaids.org/sites/default/files/media_asset/MDG6Report_fr.pdf) (consulté en avril 2017).
2. United Nations Programme on HIV/AIDS. Prevention gap report. Genève: Unaid, 2016. [unaids.org/en/resources/documents/2016/prevention-gap](http://unaids.org/en/resources/documents/2016/prevention-gap) (consulté en avril 2017).
3. Kalichman SC, Simbayi LC. HIV testing attitudes, AIDS stigma, and voluntary HIV counselling and testing in a black township in Cape Town, South Africa. *Sex Transm Infect* 2003; 79: 442-7.
4. OMS& Unitaïd. Technology Landscape, HIV rapid diagnostic tests for self-testing. Second edition. Genève: WHO & Unitaïd, 2016. [who.int/hiv/pub/vct/hiv-selftesting-2016-secondedition/en/](http://who.int/hiv/pub/vct/hiv-selftesting-2016-secondedition/en/) (consulté en mars 2017).
5. Johnson C, Bagage R, Forsythe S, et al. Realizing the potential for HIV self-testing. *AIDS Behav* 2014; 18: 391-5.
6. Tonen-Wolyec S, Filali M, Mboup S, Bélec L. Autotest VIH en Afrique : enjeux et défis. *Médecine et Santé Tropicales* 2018 ; 28 : 144-149.
7. Gresenguet G, Longo JD, Tonen-Wolyec S, et al. Acceptability and usability evaluation of finger-stick whole blood HIV self-test as an HIV screening tool adapted to general public in the Central African Republic. *Open AIDS J* 2017 ; 11 : 101-18.
8. Haut Conseil National de Lutte contre le sida du Mali. UNAIDS. Politique Nationale des approches différenciées des services de lutte contre le VIH. Mali 2019.
9. Organisation mondiale de la santé (OMS). Thèmes de santé VIH/SIDA. En ligne : [http://www.who.int/topics/hiv\\_aids/fr/](http://www.who.int/topics/hiv_aids/fr/)
10. Haute autorité de santé (HAS). Autotests de dépistage du VIH : Information à l'intention des professionnels de santé et des associations. Cinétique des marqueurs contribuant au dépistage de l'infection par le VIH, stades cliniques et nombre de lymphocytes CD4 repris par Barin F et co. 2015
11. Prescrire. Eviter les effets indésirables par interactions médicamenteuses, comprendre et décider, le guide 2016. 2016
12. Rosalía Rodriguez-García, René Bonnel, David Wilson, N'Della N'Jie. Investing in Communities Achieves Results. Findings from an Evaluation of Community Responses to HIV and AIDS, 201

13. Autotest VIH : un document d'information pour accompagner leur utilisation (HAS, 15 avril 2015)
14. World Health Organization. WHO recommends HIV self-testing Policy brief. Geneva: WHO, 2016.  
apps.who.int/iris/bitstream/10665/251549/1/WHO-HIV-2016.21-eng.pdf? Au=1  
(consulté en mai 2017).
15. World Health Organisation. Supplement. Guidelines on HIV self-testing and partner notification. Supplement to consolidated guidelines on HIV testing services. Genève: WHO, 2016. apps.who.int/iris/bitstream/10665/ 251655/1/9789241549868-eng.pdf  
(consulté en mars 2017).
16. Joint United Nations Programme on HIV/AIDS. How AIDS changed everything. OMD 6: 15 years, 15 lessons of hope from the AIDS response Genève: UNAIDS, 2015.  
unaids.org/sites/default/files/media\_asset/MDG6Report\_fr.pdf (consulté en avril 2017).
17. World Health Organization & Unitaïd. Technology Landscape, HIV rapid diagnostic tests for self-testing. Second édition. Genève: WHO & Unitaïd, 2016. who.int/hiv/pub/vct/hiv selftesting-2016-secondedition/en/ (consulté en mars 2017).
18. SAYIR Arthur : Perception de l'autotest VIH chez les pharmaciens d'officine de Midi-Pyrénées. Université Toulouse iii Paul Sabatier, Thèse 2017
19. Tonen-Wolyec S, Batina-Agasa S, Muwonga S, et al. Evaluation of the practicability and virological performance of finger-stick whole-blood HIV self-testing in French-speaking sub-Saharan Africa. PLoS one 2018. [https:// doi.org/10.1371/journal.pone.0189475](https://doi.org/10.1371/journal.pone.0189475).
20. (Indira BM, Vianna W, Ferguson D, Read S. Performance of and preference for oral rapid HIV testing in The Bahamas. Journal of Infection and Public Health 2018 ; 11(1) :126-129)

## Annexes

### Fiche signalétique

**Nom :** HAIDARA **Prénom :** Aminata Chérif **E-mail :** ami.haida90@gmail.com

**Titre de la thèse :** Etude de la perception et de l'acceptation de l'autotest VIH par les professionnels de santé dans le district de Bamako.

**Année :** 2018 – 2019 **Ville de soutenance :** Bamako **Pays :** Mali

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

**Secteur d'intérêt :** Maladies infectieuses et de santé publique.

#### RESUME

**Introduction :** Dans le cadre des soins différenciés, le Mali a adopté l'autotest dans son arsenal de dépistage. Notre objectif était d'étudier la perception et l'acceptation de l'autotest auprès des médecins et pharmaciens dans le district de Bamako.

**Personnels et méthodes :** Nous avons conduit une étude prospective de type connaissance, attitude et pratique au mois d'avril 2019. Les CHU Touré, Point G, IOTA et CNOS ont fait l'objet d'un choix raisonné complétés par deux CSREF et deux CSCOM rattachées tirés au hasard. Les Médecins et les Pharmaciens exerçant dans les structures sélectionnées et ayant accepté de participer volontairement ont été inclus.

**Résultats :** Au total 76 médecins et 9 pharmaciens ont été interrogés, en majorité de sexe masculin (sex-ratio= 3,05) ; 68,2% connaissent l'existence de l'autotest (dont tous les pharmaciens, à travers les formations et les médias). Parmi eux 74,1% ont pu citer au moins une approche. Au total 88% sont favorables à l'autotest de dépistage du VIH, affirmant qu'il va permettre d'augmenter le taux de dépistage. Pour raison de non disponibilité de test 81,2% n'ont jamais proposés de faire le dépistage à l'autotest. Les craintes qui pourraient limiter l'utilisation de l'autotest sont l'incompréhension de consigne (40%), l'impréparation de personne à tester (10%), le risque de faux positif et la banalisation de la maladie.

**Conclusion :** Il faut former les prestataires de la santé sur l'autotest VIH et entreprendre d'autre étude dans la population pour identifier d'autres goulots étranglements à la mise en œuvre de l'approche différenciée.

**Mots-clés :** Autotest-VIH, connaissance-acceptabilité-praticabilité, médecins & pharmaciens.

Name: **H Aidara** First Name: **Aminata Chérif** E-mail: [ami.haida90@gmail.com](mailto:ami.haida90@gmail.com)

**Title:** Study of the perception and acceptance of HIV self-testing by health professionals in the district of Bamako.

Year: 2018 – 2019 City-Country: Bamako-Mali

Library of the Faculty of Medicine, Pharmacy and Odonto-Stomatology.

Focus Area: Infectious Diseases and Public Health.

## **ABSTRACT**

**Background:** In the context of differentiated care, Mali has adopted HIV self-test in its screening arsenal. Our objective was to study the perception and acceptance of HIV self-test with doctors and pharmacists in the district of Bamako.

**Personal and methods:** We conducted a prospective study on the levels of knowledge, attitudes and practices of April 2019. The University Hospital Teaching Gabriel Toure, Point G, Ophthalmological Institute Tropical for West Africa (IOTA) and the National Center Odontology and Stomatology of Bamako were chosen. Referral Health Centers for two Commune (4 and 5) of Bamako and two community health centers that were attached to them were chosen to complete the survey in the above hospitals. Doctors and Pharmacists working in these health centers agreed to voluntarily participate were included.

**Results:** A total of 76 physicians and 9 pharmacists were included, mostly male (sex ratio = 3.05); 68.2% are aware of the existence of HIV self-testing (all pharmacists, through training and the media). Of these, 74.1% were able to cite at least one approach. A total of 88% are in favor of self-testing for HIV, saying it will increase the screening rate. Due to lack of test availability 81.2% have never offered to do HIV self-test. Fears that could limit the usefulness of the self-test are misunderstanding of instructions (40%), unprepared person to test (10%), risk of false positive and trivialization of the disease.

**Conclusion:** Health care providers need to be trained on HIV self-testing and other population-based studies to identify other bottlenecks in the implementation of the differentiated approach.

**Keywords:** HIV self-test, knowledge-acceptability-practicability, doctors & pharmacists



## Fiche d'enquête

### Questionnaire auto test- VIH

1. Numéro fiche d'enquête /...../
2. Nom de la structure : .....
3. Sexe : /...../ 1=Féminin, 2= Masculin ;
4. Profil de l'enquêté : /...../ 1= Médecin ; 2= Pharmacien, 3 = Biologiste
5. Estes vous impliquée dans la gestion de PVVIH /\_\_\_/ 1 = Oui, 2= Non
6. Nombre d'année d'exercice dans la prise en charge /...../
7. Avez-vous entendu parler de l'autotest VIH ? /...../ 1= Oui ; 2= Non  
Si oui, préciser le canal de l'information : .....
8. Combien types autotest existe-il ? .....
9. Connaissez-vous la fiabilité de l'autotest VIH ? /...../ 1= Oui ; 2= Non
10. Trouvez-vous que l'apparition de l'autotest VIH banalise la maladie ? /.../ 1= Oui 2= Non
11. Pensez-vous que l'avènement de l'auto test va augmenter le taux de dépistage au Mali pour l'atteinte du premier 90 ? /\_\_\_/ 1= Oui ; 2= Non
12. Quel est le taux de dépistage de la population Générale ?.....
13. Quel est le taux de dépistage des populations clés ?.....
14. Quelle idée avez-vous dans la stratégie de l'approche différenciée dans les soins VIH.  
.....
15. Quels sont les cibles (indications) de l'autotest au Mali ?  
.....
16. Quelles sont les conditions de stockage des autotests disponibles ?  
.....
17. Avez-vous déjà proposée l'autotest à quelqu'un ? /\_\_\_/ 1= Oui, 2= Non

18. Il existe différentes approches pour la prestation de services d'autotest, les quelles sont en vigueur au Mali ? (Cocher)

- Approche communautaire du dépistage intrafamilial
- Test donné ou réalisé par le partenaire
- Retrait et auto dépistage sur place dans les établissements de santé après counseling pré test
- Programme intégré (IST, TB, santé sexuelle)
- Programme Prévention post exposition
- Autre (préciser .....)

19. Quelles sont les solutions qui vous paraissent pertinentes pour améliorer la gestion pratique de l'autotest VIH au Mali ?

.....

20. Comment souhaiteriez-vous que l'auto test soit appliqué au Mali ?

.....

21. Etes-vous favorable à l'autotest VIH ? /\_\_\_/ 1= Oui 2= Non

Si oui, pourquoi .....

Si non, pourquoi ? .....

22 Pensez-vous que l'auto test est actuellement disponible au Mali ? /\_\_\_/ 1= Oui, 2= Non

23. Si non devra-t-elle être disponible dans les : ONG /\_\_\_/, structures médicalisés /\_\_\_/, structure non médicalisées /\_\_\_/ les officines de pharmacie /\_\_\_/.

## 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.

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

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

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

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

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

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

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

Je jure