

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



Année Universitaire 2007/2008

République du Mali
Un peuple- Un But- Une Foi



Thèse N° :



TITRE

**Evaluation de la stigmatisation associée au VIH
et au SIDA au service des maladies infectieuses
du C.H.U du Point G**

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

Par :

Mr. Noé Daniel D. M. Akondé

JURY

Président du jury : Professeur IBRAHIMA MAIGA

Membre du jury : Docteur SAMBA DIOP

: Docteur COULIBALY SOULEYMANE

Directeur de thèse : Professeur SOUNKALO DAO

Dedicaces et Remerciements

Dédicaces

Je rends grâce à l'Eternel Dieu TOUT-PUISSANT sans qui nul ne peut rien faire. Ce travail est l'aboutissement d'un rêve d'enfant. Merci de ne m'avoir jamais abandonné et de m'avoir permis de le réaliser.

Je dédie ce travail à :

- Mon Père

Reçois ici, père, toute ma reconnaissance pour tous les efforts que tu as consentis pour me voir faire la médecine. Ce travail est aussi le tien. Mille mercis.

- Ma mère

Maman, voilà quelques années déjà que les études nous ont séparés mais tu es toujours présente à mes côtés. Si je suis devenu quelqu'un aujourd'hui en grande partie je le dois à l'éducation que tu m'as donnée. Je te prie de bien vouloir me pardonner toutes les peines que je t'ai faites.

- Mon oncle Richard et à sa femme Béatrice.

Vous m'avez accueilli dans votre foyer à mon arrivée à Bamako. Vous n'avez ménagé aucun effort pour me mettre à l'aise malgré la distance qui me séparait de ma famille. Ce travail est le fruit de votre sollicitude et de votre présence effective à mes côtés durant toutes ces années d'études. Que l'Eternel vous rende tous vos égards à mon endroit et qu'enfin IL vous comble de bonheur.

- Mes frères Schadrac et Christel.

A nous trois, nous sommes comme les doigts d'une main. Nous nous sommes toujours soutenu malgré les différentes épreuves qu'on a eu à traversé. D'ailleurs elles nous ont renforcés. Me voilà entrain de concrétiser mon rêve. C'est aussi une ambition partagée. Nous n'avons pas tous pris le même chemin mais nous avons tous choisi d'être au service de notre prochain.

Mes remerciements vont à l'endroit de toutes les personnes qui m'ont donné leur confiance et leur affection. Je m'adresse en particulier :

- Au **Dr Damissa Coulibaly**. Je me souviens encore de la première fois où nous nous sommes rencontrés. Nous attendions tous le Dr Dao. Que de chemins parcourus depuis. Vous avez été pour moi un exemple de rigueur et de travail bien fait au quotidien. Je vous dois beaucoup.
- Au **Dr Hamsath Cissé**. Votre gentillesse, votre sollicitude à mon égard m'ont beaucoup aidé dans mon intégration dans le service de Maladies Infectieuses. Malgré la distance qui aujourd'hui nous sépare, voyez ici la preuve de la grande estime que j'ai pour vous.
- A **Carine Koundé**. Chère aînée, simplement merci pour tous les bons moments passés ensemble depuis 2000.
- Au **Dr Avohou Nadine Donoumassou**. Un grand merci pour tous ces instants malgré les divergences. Notre amitié je la voudrais éternelle. A nous revoir bientôt, j'espère.
- A **Awa Assimou Traoré**. Plus qu'une amie, tu es une sœur pour moi. Nous avons partagé de très bons moments ensemble. J'espère que de retour dans nos pays respectifs, nous aurons dans nos valises cette amitié inoubliable.
- A **Rachida Souley**. J'ai trouvé en toi une personne compréhensive. Malgré toutes les péripéties de la vie, je suis heureux d'avoir fait ta connaissance.
- A **Nafissa Souley**. Ma petite sœur ! je remercie le ciel d'avoir fait ta connaissance. Une réelle complicité est née entre nous.
- Un grand merci à tous mes amis principalement **Rakia Ali AGA, Jacques Gnonssiké, Sheila, Nadège, Salima Kabaou, Arnaud Amoussou** et tous ceux qu'en cet instant précis j'oublie.
- A mes voisins de Diallobougou et de Kérécity au Point G. Le Mali est notre terre d'accueil mais le monde nous appartient. Nous venons d'horizons divers et cela nous a énormément enrichi. Les années de cohabitations ont été merveilleuses malgré tous les problèmes.
- A tous mes collègues internes du service de Maladies Infectieuses du CHU du Point G. Merci pour tout. A vos côtés, les mois de travail ont été d'une convivialité de tous les instants. Je n'oublierai jamais ces moments-là. Une fois encore je vous dis MERCI.

- A mes cadets je vous dis merci et vous souhaite beaucoup de courage surtout aux étudiants de 1^{ère} année qui affrontent le numerus clausus.
- Des remerciements particuliers à mes oncles Rémi, Marcel, Barthélemy et leurs familles ; à la famille NOUNAWON ; à toutes mes tantes Monique, Françoise, Victoire et à leurs familles respectives ; à la famille Abgéssi
- Des remerciements particuliers à l'AEESBM et à tous ses membres depuis 1999 jusqu'à aujourd'hui. Merci pour tout le soutien et les moments de franche camaraderie et de sincère amitié que nous avons partagé tout au long de ces années.
- A Mme Ousmane Fadima A. Soumana :

Je ne sais comment te remercier pour ta présence et ton amitié indéfectible. Tout simplement merci pour tout. Que l'Eternel te bénisse et te comble de toutes ses grâces.

FACULTE DE MEDECINE, DE PHARMACIE ET D'ODONTO-STOMATOLOGIE

ANNEE UNIVERSITAIRE 2007-2008

ADMINISTRATION

DOYEN : ANATOLE TOUNKARA – PROFESSEUR

1^{er} ASSESSEUR : DRISSA DIALLO – MAITRE DE CONFERENCES

2^{eme} ASSESSEUR : SEKOU SIDIBE – MAITRE DE CONFERENCES

SECRETAIRE PRINCIPAL: YENIMEGUE ALBERT DEMBELE -PROFESSEUR

AGENT COMPTABLE: Mme COULIBALY FATOUMATA TALL- CONTROLEUR DES FINANCES

LES PROFESSEURS HONORAIRES

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

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

D.E.R. CHIRURGIE ET SPECIALITES CHIRURGICALES

1. PROFESSEURS

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

2. MAITRES DE CONFERENCES

Mr Abdoulaye DIALLO	: Ophtalmologie
Mr Gangaly DIALLO	: Chirurgie Viscérale
Mr Mamadou TRAORE	: Gynéco-obstétrique
Mr Filifing SISSOKO	: Chirurgie Générale
Mr Sékou SIDIBE	: Orthopédie –Traumatologie
Mr Abdoulaye DIALLO	: Anesthésie –Réanimation
Mr Tiéman COULIBALY	: Orthopédie – Traumatologie
Mme TRAORE J. THOMAS	: Ophtalmologie
Mr Mamadou L. DIOMBANA	: Stomatologie

Mme DIALLO Fatimata S. DIABATE : Gynéco-obstétrique
 Mr Nouhoum ONGOIBA : Anatomie et chirurgie Générale
 Mr Sadio YENA : Chirurgie Générale et Thoracique
 Mr Youssouf COULIBALY : Anesthésie –Réanimation

3. MAITRES ASSISTANTS

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

D.E.R. DE SCIENCES FONDAMENTALES

1. PROFESSEURS

Mr Daouda DIALLO : Chimie Générale et Minérale
 Mr Amadou DIALLO : Biologie
 Mr Moussa HARAMA : Chimie Organique
 Mr Ogobara DOUMBO : Parasitologie –Mycologie
 Mr Yénimégué Albert DEMBELE : Chimie Organique
 Mr Anatole TOUNKARA : Immunologie
 Mr Bakary M. CISSE : Biologie
 Mr Abdourahmane S. MAIGA : Parasitologie
 Mr Adama DIARRA : Physiologie
 Mr Mamadou KONE : Physiologie

2. MAITRES DE CONFERENCES

Mr Amadou TOURE : Histo-embryologie
 Mr Flabou BOUGODOGO : Bactériologie- Virologie
 Mr Amagana DOLO : Parasitologie, **Chef de D.E.R.**
 Mr Mahamadou CISSE : Biologie
 Mr Sékou F. M. TRAORE : Entomologie médicale
 Mr Abdoulaye DABO : Malacologie, Biologie Animale
 Mr Ibrahim I. MAIGA : Bactériologie-Virologie

3. MAITRES ASSISTANTS

Mr Lassana DOUMBIA : Chimie Organique
 Mr Mounirou BABY : Hématologie
 Mr Mahamadou A. THERA : Parasitologie-Mycologie
 Mr Moussa Issa DIARRA : Biophysique
 Mr Kaourou DOUCOURE : Biologie
 Mr Bouréma KOURIBA : Immunologie
 Mr Souleymane DIALLO : Bactériologie-Virologie
 Mr Cheik Bougadari TRAORE : Anatomie-Pathologie

Mr Guimogo DOLO : Entomologie Moléculaire Médicale
Mr Mouctar DIALLO : Biologie Parasitologie
Mr Abdoulaye TOURE : Entomologie Moléculaire Médicale
Mr Boubacar TRAORE : Parasitologie Mycologie
Mr Djibril SANGARE : Entomologie Moléculaire Médicale

4. ASSISTANTS

Mr Mangara M. BAGAYOKO : Entomologie Moléculaire Médicale
Mr Bokary Y. SACKO : Biochimie
Mr Mamadou BA : Biologie, Parasitologie, Entomologie Médicale
Mr Moussa FANE : Parasitologie, Entomologie
Mr Blaise DACKOOU : Chimie Analytique

D.E.R. DE MEDECINE ET SPECIALITES MEDICALES

1. PROFESSEURS

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

2. MAITRES DE CONFERENCES

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

3. MAITRES ASSISTANTS

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

D.E.R. DES SCIENCES PHARMACEUTIQUES

1. PROFESSEURS

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

2. MAITRES DE CONFERENCES

Mr Drissa DIALLO : Matières Médicales
Mr Alou KEITA : Galénique
Mr Benoît Yaranga KOUMARE : Chimie Analytique
Mr Ababacar I. MAIGA : Toxicologie

3. MAITRES ASSISTANTS

Mme Rokia SANOGO : Pharmacognosie
Mr Yaya KANE : Galénique
Mr Saïbou MAIGA : Législation
Mr Ousmane KOITA : Parasitologie Moléculaire
Mr Yaya COULIBALY : Législation

D.E.R. DE SANTE PUBLIQUE

1. PROFESSEUR

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

2. MAITRES DE CONFERENCES

Mr Moussa A. MAIGA : Santé Publique
Mr Jean TESTA : Santé Publique
Mr Mamadou Soukalo TRAORE : Santé Publique

3. MAITRES ASSISTANTS

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

4. ASSISTANTS

Mr Oumar THIERO : Biostatistique
Mr Seydou DIARRA : Anthropologie Médicale

CHARGES DE COURS ET ENSEIGNANTS VACATAIRES

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

ENSEIGNANTS EN MISSION

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

Liste des Abréviations

- ADN_v : Acide Désoxyribonucléique
- ARN : Acide Ribonucléique
- AZT : Azythromycine
- CDD : Circonstances De Découverte
- CD4 : Clutter of Differentiation
- C.H.U : Centre Hospitalier et Universitaire
- CMH : Complexe Majeur d'Histocompatibilité
- CMV : Cytomégalovirus
- EDSM : Enquête Démographique et de Santé au Mali
- ELISA :
- FFI : Faisant Fonction d'Interne
- HSV : Herpes simplex virus
- HIVAN : Néphropathie due au VIH
- IF : Inhibiteurs de Fusion
- INTI : Inhibiteurs Nucléotidiques de la Transcriptase Inverse
- INNTI : Inhibiteurs Non Nucléotidiques de la Transcriptase Inverse
- IP : Inhibiteurs des Protéases
- LT CD4+ : Lymphocytes T « helper »
- MK : Maladie de Kaposi
- OMS : Organisation Mondiale de la Santé
- ONU : Organisation des Nations Unies
- ONUSIDA : Programme des Nations Unies pour la lutte contre le SIDA
- PvVIH : Personne vivant avec le VIH
- RIPA : Radioimmunoprécipitation
- VZV : Varicelle Zona Virus

Sommaire

Introduction	page 2
Objectifs	4
I- Généralités	5
1. Historique	6
2. Epidémiologie	10
3. Virologie fondamentale	12
3.1- Classification des rétrovirus	12
3.2- Aspects structuraux	13
4. Mode de transmission	19
5. Clinique	20
6. Diagnostic	34
7. Traitement	36
7.1- Traitement des infections opportunistes	36
7.2- Traitement antirétroviral	37
8. Prévention	48
8.1- Prévention collective	48
8.2- Prévention individuelle	49
8.3- Conduite à tenir en cas d'accident d'exposition au sang	49
8.4- Prophylaxie antirétrovirale de la transmission materno-fœtale	50
8.5- La recherche vaccinale	52
II- Méthodologie	54
III- Résultats	59
IV- Commentaires	81
V- Conclusion et Recommandations	88
VI-Références bibliographiques	92
VII- Annexes	98

HOMMAGE TO MEMBERS OF JURY

Hommage aux membres du jury

A notre maître et président de jury

- **Professeur IBRAHIM MAIGA**
- **Maître de conférence agrégé en bactériologie-virologie**
- **Chef de service du laboratoire de biologie médicale et d'hygiène médicale du C.H.U du Point G**
- **Responsable de l'enseignement de la bactériologie à la FMPOS.**

Cher maître

Nous avons été très touché par votre accueil, votre modestie, votre simplicité et la spontanéité avec laquelle vous avez accepté de présider ce jury.

Votre rigueur scientifique et votre enseignement de qualité, votre disponibilité ont forcé notre admiration.

Cher maître nos attentes ont été comblées toutes les fois où nous vous avons approché.

Veillez recevoir, cher maître, l'expression de notre profond respect.

A notre maître et juge

- **Docteur SAMBA DIOP**
- **Maître- assistant à la FMPOS**
- **Diplômé en Anthropologie médicale, sciences de la vie, de la nature et de la terre.**
- **Chercheur au programme de recherche de SEREFO.**

Cher maître,

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

Vos qualités d'homme de science, votre esprit de recherche et votre simplicité nous ont impressionné. Votre disponibilité, vos critiques et suggestions ont largement contribué à améliorer la qualité de ce travail.

Trouver ici, cher maître nos sincères remerciements.

A notre maître et juge

- **Docteur SOULEYMANE COULIBALY**
- **Spécialiste en Psychologie médicale**
- **Maître-assistant à la FMPOS.**

Cher maître,

Cela a été pour nous un réel plaisir que vous ayez accepté de juger ce travail.

Votre disponibilité, votre générosité, vos qualités de formateur nous impose du respect et une grande admiration.

Merci pour toutes les critiques et suggestions, merci pour les entrevues chaleureuses et cordiales.

Veillez recevoir ici l'expression de notre sincère et profond respect.

A notre maître et directeur de thèse

- **Professeur SOUNKALO DAO**
- **Maître de conférence agrégé en maladies infectieuses**
- **Clinical Investigator au programme SEREFO**

Honorable maître,

Nous ne saurions assez vous remercier pour avoir accepté de nous confier ce travail ni pour tous les efforts que vous avez consenti pour sa réalisation.

Vous avoir comme maître a été pendant toutes ces années un énorme privilège pour nous.

Votre pratique hospitalière quotidienne a été pour nous une leçon de savoir, savoir-faire, savoir être et surtout de savoir vivre.

Merci pour les mots d'encouragements sans cesse renouvelés.

Merci pour votre énorme sympathie qui n'a d'égale que votre souci du travail bien fait.

Trouver ici, cher maître, le témoignage de toute notre reconnaissance pour tout ce que nous avons appris à vos côtés, notre admiration et notre profonde gratitude.

Introduction

Introduction

La stigmatisation désigne la réaction d'un groupe ou d'une société envers des personnes ou des groupes minoritaires, différents ou défavorisés (minorités ethniques, homosexuels, malades, handicapés, alcooliques, toxicomanes, chômeurs, délinquants, etc....) consistant à attribuer une étiquette qui les catégorise comme déviants (17). Plus simplement, on pourrait définir la stigmatisation comme la parole ou l'action menant à transformer une déficience, une incapacité ou un handicap en une marque négative pour la personne (9). La discrimination, quant à elle, est le fait de faire une différence entre deux éléments ; le résultat étant qu'une personne souffre d'un traitement injuste ou d'une inégalité de chance suite au jugement de valeur d'autres personnes (29). La discrimination est donc la conséquence de la stigmatisation.

L'état de santé réel ou supposé pourrait alors être un critère de stigmatisation. Rappelons-nous qu'à leur époque, les pestiférés ainsi que les lépreux ont été victimes de stigmatisation à cause de leur état de santé. De nos jours, l'infection à VIH semble être la pathologie responsable du plus grand nombre de faits stigmatisants. En effet, que ce soit en Afrique sub-saharienne ou dans les pays industrialisés plusieurs exemples de stigmatisation à l'égard des personnes vivant avec le VIH ont été décrits.

Cette situation a amené plusieurs instances de l'ONU à présenter des rapports et adopter des résolutions quant à la gestion de la pandémie du SIDA. C'est ainsi que la Commission des droits de l'homme en ses résolutions 2003/47, 2001/51 du 24 avril 2001, 1999/49 du 27 avril 1999 et 1997/33 du 11 avril 1997 réaffirme que " l'expression « ou toute autre situation » utilisée à des fins anti-discriminatoires dans les textes internationaux relatifs aux droits de l'homme doit être interprétée comme incluant l'état de santé, y compris dans le contexte du VIH/SIDA." Auparavant, en 1994, à Dakar, avait eu lieu la Consultation inter pays du réseau africain sur l'éthique, le droit et le VIH qui a fait plusieurs recommandations. L'une d'elles était que toute action en réponse à l'épidémie

doit être guidée par des principes parmi lesquels celui de la non-discrimination: "Toute personne directement affectée par l'épidémie doit être partie intégrante de sa communauté avec le même droit au travail, au logement, à l'éducation, aux services sociaux, avec le droit au mariage, à la liberté de mouvement, de croyance et d'association, avec le droit au conseil, aux soins et aux traitements, à la justice et à l'équité."

L'Assemblée Générale des Nations Unies, lors de sa session extraordinaire sur le VIH/SIDA en Juin 2001, a adopté la Déclaration d'engagement qui souligne le consensus mondial sur la nécessité de lutter contre la stigmatisation et la discrimination liées au SIDA. Elle stipule aussi que ce combat est une condition préalable à l'efficacité de la prévention et de la prise en charge des PvVIH. Par ailleurs, elle réaffirme que la discrimination liée au statut sérologique d'une personne constitue une violation des droits de l'homme. Dans ce but, couvrant la période 2002-2003, une campagne mondiale de lutte contre la stigmatisation et la discrimination associées au VIH/SIDA a été initiée par l'ONUSIDA. Au cours de cette période une étude financée par l'ONUSIDA a été faite conjointement en Inde et en Ouganda. Elle révèle que 90% des personnes enquêtées arboraient au moins un point de vue hostile et plus de la moitié en arborait trois voire plus. Cette étude révèle aussi que les comportements stigmatisants à l'égard des PvVIH étaient partout présents : en famille, au travail, dans les structures de santé. La stigmatisation liée au VIH est donc un obstacle majeur dans la prise en charge globale des séropositifs.

Au Mali, pays de solidarité mais aussi de tabous, le SIDA a bouleversé les rapports sociaux (3). Selon l'Enquête Démographique et de Santé (EDSM 4), la prévalence de l'infection à VIH est estimée à 1,3 %. Antérieurement, l'EDSM 3 révélait que plusieurs des personnes enquêtées estimaient ne pas être prêtes à prendre soin d'un proche atteint du VIH/SIDA. Quant est-il réellement aujourd'hui avec les PvVIH (4). C'est pour répondre à cette question que cette étude a été initiée avec les objectifs suivants :

Objectif général :

Etudier la stigmatisation associée au VIH et au SIDA en milieu hospitalier.

Objectifs spécifiques :

- 1- Déterminer la fréquence des personnes vivant avec le VIH victimes de stigmatisation.
- 2- Déterminer l'impact de la stigmatisation sur l'adhérence au traitement.
- 3- Déterminer l'impact psychosocial de la stigmatisation.
- 4- Décrire les stratégies adoptées par les PvVIH pour lutter contre la stigmatisation.

I Généralités

Généralités

1- Historique (13)

5 Juin 1981 : découverte des premiers cas de l'infection au VIH/SIDA aux Etats-Unis

5 Juillet 1981 : publication du 1er article dans le *New York Times* :

“Cancers rares observés chez 41 homosexuels”

Septembre/Novembre 1981 : on découvre le sida chez les toxicomanes (New York)

Janvier 1982 : 1er cas de sida chez un hémophile est identifié (USA)

5 Novembre 1982 : la cause du sida est encore inconnue mais on suspecte un agent infectieux transmissible

Décembre 1982 : le Dr Gallo découvre le HTLV1 : apparaît la notion de AIDS ou SIDA

Mars 1983 : le Pr. Montaigner identifie le LAV

Juin 1983 : les premiers cas de sida par transmission hétérosexuelle sont identifiés (USA)

Novembre 1983 : on identifie le 1er cas de sida post-transfusionnel (USA)

1984 : l'épidémie est hétérosexuelle en Afrique : “la maladie de la maigreur”

Le Docteur Robert GALLO identifie le VIH comme agent responsable du SIDA.

1985 les tests de dépistage sont mis au point, apparition de la notion de séropositifs.

Preuve de l'activité in vitro de l'AZT, dépistage des dons du sang

Un cas de VIH /SIDA au moins a été notifié dans chacune des régions de la planète. L'épidémie de SIDA devient donc mondiale. Au cours d'un atelier sur

le SIDA de l'OMS à Bangui (République centrafricaine), une définition clinique du SIDA dans les pays en développement est élaborée.

1986 : Un deuxième virus est isolé par l'équipe du professeur MONTAGNIER. Traitements des infections opportunistes, AZT et SIDA : premières études Le LAV devient HIV ou VIH.

Prise en charge difficile

- maladie confidentielle : seules quelques personnalités révèlent leur contamination : Rock Hudson, Michel Foucault...
- découverte par le système sanitaire et social de modes de vie et de pratiques différents,
- notion de "groupes à risques",
- découverte par des malades jeunes de la prise en charge médicale,
- intégration du malade comme partenaire naturel de sa propre prise en charge,
- premières manifestations de rejet social, surtout aux Etats-Unis.

1987 : L' Azidothimidine (AZT), premier médicament contre le SIDA, est approuvé aux Etats-Unis.

1988 : Le 1^{er} décembre est déclaré 'journée mondiale de la lutte contre le SIDA'. Les femmes représentent la moitié des adultes vivant avec le VIH en Afrique sub-saharienne.

Découverte du VIH du groupe O (Cameroun).

De 1989 - 1994 :

- découverte de nombreuses molécules antivirales
- premiers essais de vaccins
- essais de traitements immunologiques

-prévention de la transmission de la mère à l'enfant par l'AZT au cours de la grossesse

1991 : Le ruban rouge devient le symbole international de la sensibilisation au SIDA

L'évolution de la prise en charge est notable

- l'épidémie devient visible

- gestion collective : recherche, information, communication, éthique, environnement hospitalier...

- les premiers traitements sont adoptés après les recommandations et consensus

- la survie des patients augmente : la maladie devient une "maladie chronique"

1994 : A Dakar a lieu la Consultation inter pays du réseau africain sur l'éthique, le droit et le VIH/SIDA.

1996 : Le Brésil devient le premier pays en développement à fournir aux séropositifs la thérapie antirétrovirale dans le cadre de son système de santé publique.

Découverte des antiprotéases. La trithérapie, la bithérapie chez la femme enceinte, une meilleure évaluation des préventions, la réalisation de charges virales pour mesurer la quantité de virus dans le sang deviennent possibles.

1997 : Résolution de la Commission des droits de l'Homme sur la protection des droits fondamentaux des personnes infectées par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) ou atteintes du syndrome de l'immunodéficience acquise (SIDA).

Le traitement préventif des accidents d'exposition professionnels au VIH.

1998 : Le premier schéma thérapeutique de brève durée destiné à prévenir la transmission mère-enfant est annoncé.

Nouvelles molécules, nouveaux axes de recherche, prise en charge des accidents d'exposition sexuelle (circulaire de juillet).

1999 : En Thaïlande, début du premier essai d'un vaccin expérimental contre le VIH dans un pays en développement.

La Commission des droits de l'homme adopte une deuxième résolution sur la protection des droits fondamentaux des personnes infectées par le VIH ou atteintes du SIDA.

2000 : test de résistance génotypique : meilleure gestion des traitements.

2001 : Une troisième résolution sur le même sujet est adoptée par la Commission des droits de l'homme de l'ONU.

Adoption de la Déclaration d'engagement sur le VIH/SIDA « A crise mondiale, action mondiale » par l'Assemblée générale à sa session extraordinaire sur le VIH/SIDA tenue en juin de cette année.

2002-2003 : Campagne mondiale de lutte contre la stigmatisation, la discrimination et le déni associés au VIH/SIDA initiée par le Programme commun des Nations Unies sur le VIH/ SIDA (ONUSIDA).

2003 : Une fois encore la Commission des droits de l'homme de l'ONU adopte une résolution sur la protection des droits fondamentaux des personnes infectées par le VIH ou atteintes du SIDA. Les inhibiteurs de fusion, traitement par injection sous-cutanée biquotidienne sont disponibles.

Les nouveaux aspects de la maladie

- augmentation de la durée de la phase asymptomatique
- complications infectieuses des maladies chroniques
- effets secondaires des traitements importants

- mais aussi améliorations spectaculaires liées aux trithérapies corrélées à une nouvelle approche de la maladie
- réduction de la transmission mère-enfant
- accès aux traitements préventifs lors d'une prise de risque
- toutefois la réponse sociale est encore inadaptée à l'évolution
- les nouvelles stratégies thérapeutiques semblent faciliter une justification rationnelle des pratiques à risques : valeur des messages de prévention ?

2- Epidémiologie (30)

2-1 Dans le monde

. Près des deux tiers donc 63 % des personnes infectées par le VIH vivent en Afrique sub-saharienne.

TABLEAU I: Récapitulatif de l'épidémie mondiale de SIDA ⁽³²⁾

Décembre 2007

<p>Nombre de personnes vivant avec le VIH en 2007</p>	<p>Total 33,2 millions (30,6–36,1 millions)</p> <p>Adultes 30,8 millions (28,1–33,6 millions)</p> <p>Femmes 15,4 millions (13,9–16,6 millions)</p> <p>Enfants, moins de 15 ans 2,5 millions (2,2–2,6 millions)</p>
<p>Nouvelles infections à VIH en 2007</p>	<p>Total 2,5 millions (1,8-4,1 millions)</p> <p>Adultes 3,8 millions (3,2–5,7 millions)</p> <p>Enfants, moins de 15 ans 420 000 (350 000–540 000)</p>
<p>Décès dus au SIDA en 2007</p>	<p>Total 2,1 millions (1,9-2,4 millions)</p> <p>Adultes 1,7 millions (1,6-2,1 millions)</p> <p>Enfants, moins de 15 ans 330 000 (310 000–380 000)</p>

2-2 Au Mali (33)

En 2006, la séroprévalence est estimée à 1,3 %. En 2001 elle était de 1,7 %. Le pic de séroprévalence se situe entre 30-34 ans (3,9 %). Les femmes sont deux

fois plus touchées (2 %) que les hommes (1,3 %). Chez les 15-19 ans, les jeunes filles sont plus touchées que les garçons (1,1 % contre 0,3 %).

Dans les populations à risque, l'évolution de la séroprévalence montre une situation préoccupante : les professionnelles du sexe : 31,9 %, les routiers (3,9 %), les vendeuses ambulantes (4,6 %).

Bamako est la ville la plus touchée (2,5 %) suivie de Ségou (2 %), Kayes et Koulikoro (1,9 %). La séroprévalence est plus élevée en milieu urbain qu'en milieu rural.

Le pays réunit tous les facteurs clés de la propagation et de la potentialisation de l'impact de l'épidémie :

- la grande pauvreté : près de 70 % de la population vit en dessous du seuil de pauvreté
- l'illettrisme : 70 %, plus marqué chez les femmes
- les flux migratoires internes et externes importants et croissants
- les pratiques socioculturelles à risque à savoir le lévirat et le sororat.

3-Virologie fondamentale de l'infection à VIH (4)

3-1 Classification des rétrovirus

Les VIH appartiennent à la famille des rétrovirus qui sont essentiellement définis par leur mode de réplication. Ils sont divisés en 3 sous-groupes selon des critères de pathogénies et des paramètres phylogénétiques :

- **Les lentivirus** : ce sont des virus qui provoquent des maladies à évolution lente et qui sont cytopathogènes en culture. Les VIH appartiennent à cette classe.

2 types de virus ont été identifiés à ce jour : le VIH-1 répandu sur l'ensemble des continents et le VIH-2 présent surtout en Afrique de l'ouest.

- **Les oncovirus** à ARN sont les rétrovirus les plus répandus, associés à des tumeurs et des leucémies.
- **Les spumavirus** ne sont associés à aucune pathologie connue chez l'homme et l'animal.

3-2 Aspects structuraux (4) (14)

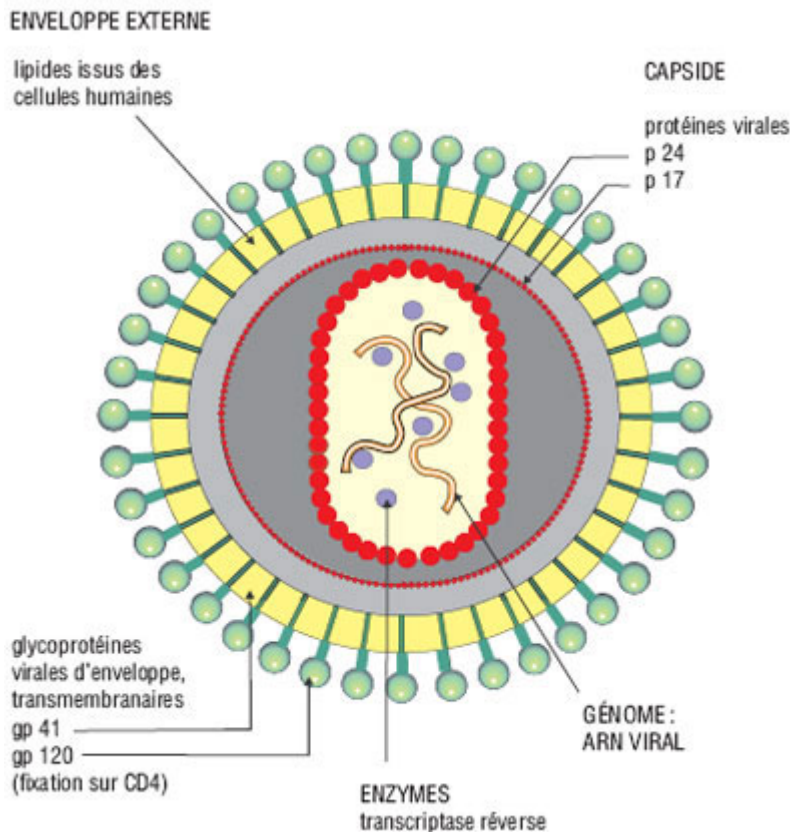


FIGURE 1 : STRUCTURE DU VIH

Les VIH 1 et 2 possèdent une enveloppe et une nucléocapside dense, excentrée quelquefois en forme de trapèze ou de barreau.

L'enveloppe est constituée d'une double couche lipidique et de 2 types de glycoprotéines : gp 120 et gp 41.

La molécule gp 41 traverse la bicouche lipidique tandis que la molécule gp 120 occupe une position plus périphérique, elle joue le rôle de récepteur viral de la molécule membranaire CD4 des cellules hôtes.

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

Leur nucléocapside ou "core viral "est constitué des protéines internes du virus, de l'enzyme nécessaire à sa réplication (la transcriptase inverse) et de l'ARN viral. Elle inclut une couche de protéine p17 et une couche plus profonde de protéines p24. Un génome constitué de deux copies d'ARN simple brin associées à deux molécules de transcriptase inverse (p64) et à d'autres protéines enzymatiques (protéase p10 et intégrase p32).

-virus à ARN (2 molécules d'ARN, génome diploïde)

-La transcriptase inverse permet le passage de l'ARN_v à l'ADN_v, offrant les possibilités d'intégration du génome viral dans la cellule hôte.

-Les glycoprotéines gp120 et gp 41 permettant l'attachement aux récepteurs cellulaires et donc l'entrée du virus dans la cellule.

3-2-1 Génome viral

3-2-1-1 Organisation génétique des VIH 1

Le génome des rétrovirus est constitué d'au moins 3 régions appelées 'gag', 'pol', 'env' qui codent respectivement pour :

- les antigènes de la nucléocapside (gag)
- les enzymes nécessaires à la réplication virale (pol)
- les protéines de surface du virion (env)

L'organisation du génome VIH est complexe, car en plus des 3 gènes rétroviraux classiques, il existe 2 régions particulières situées entre les gènes " pol ", " env " et à la suite du gène " env".

Ces 2 régions contiennent au moins 6 gènes viraux supplémentaires dénommés "tat" " rev" " vif " , " vpr " , " vpu " ou " vpx " et " nef " .

Ces gènes supplémentaires sont pour la plupart impliqués dans des phénomènes de régulation de l'expression des protéines virales et par là même de la multiplication du virus.

Cette structure génétique complexe est spécifique de la sous-famille des lentivirus.

3-2-1-2 Variabilité génétique des VIH

L'organisation génétique des VIH-1 et 2 est similaire, mais on note l'absence du gène vpu au sein du génome du VIH-2.

Sur la base des distances génétiques chez les VIH-1 retrouvés chez les patients, une classification des VIH-1 en 3 sous groupes distincts a été établie :

-Groupe M (majoritaire) qui regroupe jusqu'à présent 9 sous types VIH-1 (A, B, C, D, F, G, H, J et K).

En Afrique de l'ouest, le sous-type A est prédominant ; en Afrique de l'Est, le sous-type C.

En France le sous-type B est prédominant.

Au niveau mondial le sous-type C est majoritaire.

Des phénomènes de recombinaison génétique chez des sujets co-infectés par des sous types VIH-1 distincts sont également à l'origine de nouveaux virus recombinants.

-Groupe O (outlier) : les VIH-1 de ce sous type ont été identifiés au Cameroun et au Gabon, ils sont rares.

-Groupe N : rares, identifiés au Cameroun.

L'un des obstacles à l'élaboration d'un vaccin efficace est donc représenté par ce phénomène de variabilité qui n'est pas non plus sans conséquences sur la physiopathologie de la maladie et sur sa prise en charge thérapeutique.

Le VIH2 est classé également en sous types génétiques distincts (30).

3-2-2 Interaction VIH-Cellules et leurs conséquences sur la physiopathologie de la maladie.

La réplication de VIH dans l'organisme a lieu dans :

-de nombreux tissus : les ganglions lymphatiques, intestin, thymus, cerveau etc....

-et/ou des liquides biologiques : sang, liquide broncho alvéolaire etc....

Dans lesquels on retrouve les cellules cibles des VIH.

3-2-2-1 Cycle de réplication du VIH dans la cellule hôte. (4) (15)

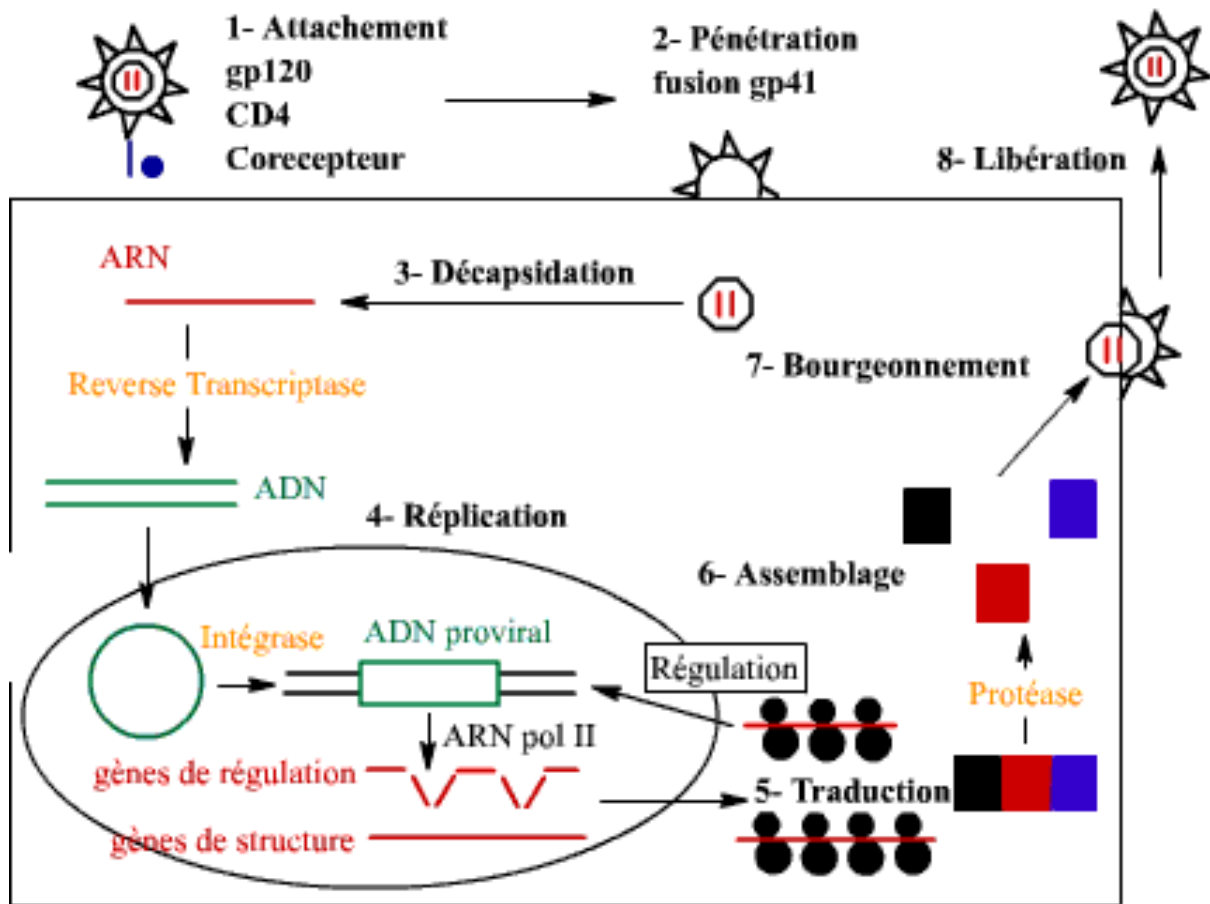


FIGURE 2 : Cycle de réplication du VIH dans la cellule hôte

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

Le récepteur CD4 ne suffit pas pour une pénétration du virus dans la cellule. Des co-récepteurs sont nécessaires:

Corécepteurs du VIH

-les corécepteurs majeurs : CXCR4 et CCR5 possèdent 7 passages transmembranaires couplés aux protéines G (GPCR).

Les chimiokines interfèrent dans l'entrée du VIH. SDF1 est un ligand naturel de CXCR4 MIP1a/b et RANTES est un ligand naturel de CCR5 par internalisation du récepteur (down-régulation).

Selon la souche virale, il y a utilisation de l'un ou l'autre de ces co-récepteurs.

Un troisième type de récepteur également présent serait un transporteur.

On le trouve sur les cellules dendritiques présentatrices d'Ag (localisées sur l'épithélium muqueux): c'est le récepteur DC-SIGN. Le virus se fixe sur ce

récepteur et il devient plus résistant à l'inactivation. Les cellules dendritiques migrent vers les ganglions jusqu'au LT_{CD4+} (qui possèdent les récepteurs CD4 et CCR5).

3-2-2-2 Cellules cibles du VIH

C'est la sous population de lymphocytes T CD4+ helper (ou auxiliaire) mais aussi les monocytes/macrophages ou d'autres cellules (cellules dendritiques, cellules de Langherans, cellules microgliales du cerveau).

Ces cellules présentatrices d'antigènes jouent probablement un rôle important de réservoir, de dissémination et d'entrée du virus dans l'organisme.

4- Mode de transmission (21)

-Transmission par voie sexuelle

Elle se fait par l'intermédiaire des muqueuses buccale, génitale ou rectale lorsqu'elles sont en contact avec des sécrétions sexuelles ou du sang contenant du virus. La muqueuse rectale par son épithélium monocellulaire est la plus susceptible à l'infection.

-Transmission par voie sanguine

Elle concerne

- les usagers de drogue par voie intraveineuse
- les transfusés
- professionnels de santé en milieu de soins et laboratoires, victimes d'accidents d'exposant au sang.

-Transmission verticale

La transmission du virus de la mère à l'enfant peut survenir à différentes étapes de la grossesse :

-in utero : dans les semaines précédant l'accouchement dans 1/3 des cas.

-intra-partum : dans 2/3 des cas au moment de l'accouchement.

Allaitement : cette période présente un risque d'infection de 5 à 7% pour l'enfant

5- Clinique

5-1 Histoire naturelle

L'évolution spontanée de la maladie peut être divisée en 3 phases.

5-1-1 Phase de primo-infection

Elle correspond à un pic de virémie cellulaire et plasmatique avec un taux de CD4 normal associé à un début de sécrétion d'anticorps anti VIH.

Les premiers symptômes surviennent le plus souvent 10 à 15 jours après la contamination. Ils sont peu spécifiques et réalisent un syndrome grippal ou pseudogrippal.

La fièvre est présente dans 90%, les signes cliniques le plus fréquemment retrouvés sont :

- Cutanéomuqueux : la pharyngite, éruption cutanée de type maculopapuleux, ulcérations cutanéomuqueuses superficielles, principalement buccales et génitales

- Ganglionnaires : des adénopathies superficielles apparaissent dans plus de la moitié des cas, au cours de la deuxième semaine d'évolution au moment où le syndrome pseudogrippal commence à disparaître. Généralement, ce sont des adénopathies multiples siégeant principalement dans les aires cervicales, axillaires et inguinales. Elles régressent en plusieurs semaines. Certaines pouvant persister plusieurs mois.

- Digestifs : sont plus rares, moins d'un tiers des cas mais plus spécifiques. La diarrhée principalement associée à des douleurs abdominales. Une candidose buccale peut survenir.

- Neurologiques : beaucoup plus rares à type de méningite aigue lymphocytaire, méningo-encéphalite, paralysie faciale périphérique.

Les principales anomalies biologiques rencontrées au cours de la primo-infection sont hématologiques et hépatiques :

-La thrombopénie est la plus fréquente, suivie de la leucopénie souvent associée à une neutropénie

-Une élévation modérée des transaminases associée à une hépatite aigue cytolytique en général asymptomatique et anictérique qui disparaît en quelques semaines.

5-1-2 Phase de latence clinique ou asymptomatique

Elle est variable d'un individu à un autre, dure plusieurs années.

La virémie est moins élevée mais continue principalement dans les organes lymphoïdes. Diminution progressive du taux des lymphocytes TCD4+.

Elle peut ne se traduire par aucun signe clinique. Cependant elle peut se manifester par des adénopathies généralisées et persistantes, généralement symétriques et touchant plus fréquemment les régions cervicales, maxillaire, sous-maxillaire ou occipitale.

5-1-3 Phase avancée de la maladie

On a une recrudescence de la réplication virale, décroissance du taux des lymphocytes TCD4+, diminution du taux des anticorps. L'immunodépression majeure entraîne un risque d'infections opportunistes et le développement de certaines tumeurs cancéreuses.

TABLEAU II : Classification de BANGUI du SIDA

Absence d'autres causes d'immunodépression cellulaire			
Adultes		Enfants (<13 ans)	
Présence d'au moins 2 signes majeurs associés à au moins 1 signe mineur		Présence d'au moins 2 signes majeurs associés à au moins 2 signes mineurs	
Signes majeurs	Perte de poids > 10% en 1 mois Diarrhée chronique > 1 mois Fièvre prolongée >1 mois	Signes majeurs	Fièvre récidivante > 1 mois Candidose buccale récidivante Infections pulmonaires récidivantes
Signes mineurs	Toux chronique > 1 mois Lymphadénopathie généralisée Infection herpétique Fatigue permanente Sueurs nocturnes Candidose buccale ou vaginale Herpès génital récurrent Cancer du col agressif à HPV	Signes mineurs	Diarrhée chronique > 1 mois Perte de poids, retard de croissance Lymphadénopathie généralisée Toux chronique >1 mois Tuberculose extra-pulmonaire Pneumocystose pulmonaire Infection maternelle à VIH confirmée

Classification en stades cliniques de l'infection par le VIH/SIDA adultes et adolescents (OMS 1990) (8-11)

Stade I

- Asymptomatique
- Lymphadénopathie persistante

Stade II

- Perte de poids < 10 % du poids corporel
- Manifestations cutanéomuqueuses mineures (dermite séborrhéique, prurigo, onychomycose, ulcérations buccales récidivantes, perlèche)
- Zona, au cours des 5 dernières années
- Infections récidivantes des voies respiratoires supérieures
- Et/ou patient symptomatique mais avec activité normale.

Stade III

- Perte de poids > 10 % du poids corporel
- Diarrhée chronique > 1 mois
- Fièvre prolongée inexpliquée (intermittente ou continue) > 1 mois
- Candidose buccale
- Leucoplasie chevelue de la langue
- Tuberculose pulmonaire au cours de l'année
- Infection bactérienne sévère
- Et/ ou patient alité < la moitié de la journée pendant le dernier mois.

Stade IV

- Cachexie liées au VIH : perte de poids > 10% du poids + diarrhée chronique > 1 mois ou asthénie chronique + diarrhée > 1 mois
- Tuberculose extra-pulmonaire
- Toxoplasmose cérébrale
- Cryptococcose extra-pulmonaire (neuroméningée)
- Salmonellose (septicémie)
- Pneumocystose
- Cryptosporidiose 1 mois
- Cytomégalovirose (CMV) touchant un autre organe que le foie, la rate ou les ganglions lymphatiques
- Herpès cutanéomuqueux > 1 mois ou extensif de toute durée
- Leuco-encéphalite multifocale progressive
- Mycoses disséminées (histoplasmosse, coccidioïdomycose)
- Candidose œsophagienne, bronchique ou pulmonaire
- Mycobactérie atypique disséminée
- Lymphome
- Maladie de Kaposi

- Encéphalopathie à VIH : dysfonctionnement cognitif et/ou moteur incapacitant, évoluant depuis plusieurs semaines à plusieurs mois, en l'absence d'affection ou de maladie concomitante non due au VIH et susceptible d'expliquer le tableau clinique
- Et/ou patient alité la moitié de la journée pendant le dernier mois

TABLEAU III: Classification de l'infection par le VIH /SIDA pour les adultes et les adolescents (CDC 1993)

Nombre de lymphocytes CD4+	Catégories cliniques		
	A	B	C
	Patient asymptomatique, ou primo-infection, ou lymphadénopathies persistantes généralisées	Patient symptomatique Sans critère de A ou C	Sida
> 500 µl ou > 29%	A1	B1	C1
200 à 499 µl ou 14 à 28%	A2	B2	C2
< 200 µl ou < 14 %	A3	B3	C3

Catégorie A

Asymptomatique

Primo-infection symptomatique

Lymphadénopathie persistante généralisée

Catégorie B

Manifestations cliniques chez un adulte ou un adolescent infecté par le VIH, ne faisant pas partie de la catégorie C et qui répondent au moins à l'une des conditions suivantes :

- Angiomatose bacillaire
- Candidose oro-pharyngée
- Candidose vaginale persistante ou qui répond mal au traitement
- Dysplasie du col, carcinome in situ
- Syndrome constitutionnel
- Fièvre > 38,5°C ou diarrhée >1 mois
- Leucoplasie chevelue de la langue
- Zona récurrent ou en envahissant plus d'un dermatome
- Purpura thrombocytopénique idiopathique
- Listériose
- Salpingite, en particulier lors de complications par des abcès tubo-ovariens
- Neuropathie périphérique

Catégorie C

Cette catégorie correspond à la définition du SIDA chez l'adulte. Lorsqu'un sujet a présenté l'une des pathologies ci-dessous, il est classé définitivement dans la catégorie C :

- Candidose bronchique, trachéale ou pulmonaire
- Candidose œsophagienne
- Cancer invasif du col utérin
- Coccidioïdomycose extra-pulmonaire
- Cryptosporidiose intestinale > 1 mois
- Infection à CMV autre que foie, rate, ganglion
- Rétinite à CMV avec perte de la vision
- Encéphalopathie due au VIH
- Infection herpétique : ulcères chroniques >1 mois ou bronchique, pulmonaire, œsophagienne
- Histoplasmosse disséminée / extra-pulmonaire

- Isosporose intestinale chronique > 1 mois
- Sarcome de Kaposi
- Lymphome de Burkitt
- Lymphome immunoblastique
- Lymphome cérébral primaire
- Infection à *M. avium* ou à *M. kansasii* disséminée ou extra-pulmonaire
- Infection à *Mycobacterium tuberculosis* quelque soit le site
- Infection à mycobactérie, identifiée ou non, disséminée ou extra-pulmonaire
- Pneumopathie bactérienne récurrente
- Leuco-encéphalite multifocale progressive
- Septicémie à salmonelle non typhi récurrente
- Toxoplasmose cérébrale
- Syndrome cachectique du VIH

5-2 Manifestations cliniques (20-23)

Observées au cours de l'infection à VIH, elles peuvent être liées à l'infection à VIH elle-même (primo-infection, cytopénie, encéphalopathie à VIH, altération de l'état général), à des infections opportunistes, à des complications tumorales ou à des co-infections ou aux effets indésirables des antirétroviraux.

5-2-1 Manifestations pulmonaires (22-23)

Elles surviennent chez plus de 80 % des malades atteints du SIDA (22). Elles sont très fréquentes et peuvent être dues à des infections opportunistes parasitaires (*Pneumocystis jirovecii* (*ex carinii*), tuberculose, plus rarement toxoplasmose et champignons) ou bactériennes (*S. pneumonia* ou *H. influenzae*, BGN) ou à des localisations pulmonaires de la Maladie de Kaposi.

La radiographie impérative peut orienter le diagnostic :

- un syndrome interstitiel ou alvéolo-interstitiel bilatéral correspondrait à une pneumocystose (si $CD4 < 200/mm^3$ et absence de prophylaxie au cotrimoxazole) ;

-un infiltrat des sommets, des images macro ou micronodulaires : tuberculose (quel que soit le taux de CD4) :

-un foyer alvéolaire : *S. pneumoniae* ou *H influenzae*, voire légionellose.

La fibroscopie bronchique avec lavage broncho-alvéolaire (LBA) est l'examen clé.

5-2-1-1 La pneumocystose

Le tableau est généralement une toux sèche associée à une dyspnée d'aggravation progressive. L'auscultation pulmonaire est normale. Le tableau peut d'emblée être sévère avec une insuffisance respiratoire aiguë et une cyanose.

La radiographie thoracique met en évidence un infiltrat fin réticulé, hétérogène bilatéral à prédominance hilair (forme typique). Dans certains cas, un pneumothorax spontané, parfois un infiltrat bilatéral simulant une miliaire, une atélectasie ou une radiographie normale.

Le diagnostic de certitude repose sur la mise en évidence du *Pneumocystis jirovecii* dans les crachats induits ou dans le lavage broncho-alvéolaire ou l'aspiration bronchique.

5-2-1-2 Les pneumonies bactériennes

5-2-1-2-1 La tuberculose

Elle est l'infection opportuniste la plus fréquente au cours du SIDA à l'échelon planétaire. Elle survient à n'importe quel stade de l'infection à VIH. Elle peut être de traduction clinique classique ou atypique.

5-2-1-2-2 Les mycobactérioses atypiques

Mycobacterium kansasii à tropisme respiratoire prépondérant est à l'origine de toux, dyspnée d'installation progressive, de fièvre et d'infiltrats pulmonaires localisés ou diffus fréquemment associés à des excavations à paroi fine.

Mycobacterium avium complex ne touche le poumon que dans 4 % des cas.

5-2-1-2-3 Les infections à pyogènes

Elles sont fréquentes et présentent des tableaux cliniques divers. Le syndrome de condensation pulmonaire, les opacités interstitielles et/ou nodulaires diffuses peu évocatrices d'infections à pyogènes, bronchites et sinusites traînantes ou récidivantes. Les germes responsables sont habituellement *Streptococcus pneumoniae* et *Haemophilus influenzae*. Chez les malades à un stade avancé d'immunodépression ou hospitalisés, on rencontre également *Staphylococcus aureus* ou *Pseudomonas aeruginosa*.

5-2-1-2-4 Les mycoses pulmonaires (22-23)

La cryptococcose, après l'atteinte méningée, est la plus fréquente des mycoses pulmonaires. Elle s'inscrit généralement dans le cadre d'une infection disséminée. Elle peut être infraclinique ou au premier plan se traduisant par une toux, dyspnée avec une fièvre installés plus ou moins rapidement. La radiographie pulmonaire objective des opacités interstitielles localisées ou diffuses, fréquemment associées à des condensations, des adénopathies médiastinales et/ou des épanchements pleuraux. Quelquefois des nodules excavés ou non et des miliaires. Le diagnostic de certitude repose sur la mise en évidence des cryptococques et l'antigène cryptococcique dans le liquide broncho-alvéolaire, le liquide pleural, le sang, le LCR, le tissu pulmonaire, par coloration à l'encre de chine et culture. Les candidoses pulmonaires restent exceptionnelles. L'infection à *Aspergillus* s'observe essentiellement chez les patients très immunodéprimés ($CD4 < 50/mm^3$). Elle débute insidieusement, se traduit par une fièvre élevée, une toux et une dyspnée presque constantes. Les images radiologiques sont des opacités excavées des lobes supérieurs, des nodules parenchymateux disséminés et des opacités interstitielles localisées ou diffuses. Le diagnostic est affirmé par l'endoscopie bronchique retrouvant des *Aspergillus* à l'examen direct et en culture.

Quelques cas d'histoplasmoses et de coccidioïdomycoses pulmonaires ont été décrits.

5-2-2-Manifestations neurologiques (20-25)

5-2-2-1 Atteintes neurologiques centrales

Liées au tropisme du VIH, aux infections opportunistes ou aux atteintes tumorales, elles réalisent souvent des formes intriquées.

Céphalées, convulsions, troubles de conscience, signes de localisation, troubles psychiques (confusion, états démentiels) nécessitent un scanner cérébral. Des images d'abcès évoquent une toxoplasmose cérébrale, surtout si $CD4 < 100/mm^3$. Des aspects d'hypodensité évoquent une leuco-encéphalite multifocale (à VIH, CMV ou VZV). La normalité du scanner cérébral doit faire rechercher une Cryptococcose, une tuberculose, une listériose, une syphilis.

Une atteinte myélitique associée doit faire rechercher une atteinte à CMV ou à VZV, ou à toxoplasme.

5-2-2-2 Atteintes neurologiques périphériques

Les neuropathies périphériques sont les complications neurologiques les plus fréquentes de l'infection à VIH.

5-2-3-Manifestations digestives (6-20)

La cavité buccale doit faire l'objet d'une surveillance attentive. Elle est le siège de gingivites, de parodontopathies, de candidoses buccales ou de leucoplasie chevelue du bord de la langue. La dysphagie fait envisager :

- une candidose œsophagienne
- des ulcérations à CMV ou à HSV 1

La lésion élémentaire typique de la candidose œsophagienne est une plaque blanchâtre adhérent à une muqueuse souvent érythémateuse et œdématiée, parfois ulcérée. Un examen histologique apporte la certitude diagnostique en mettant en évidence les levures et les filaments mycéliens.

L'œsophagite à CMV est confirmée par la mise en évidence d'inclusions cytomégaliennes dans les cellules épithéliales ou endothéliales après coloration standard à l'hématoxyline éosine.

La diarrhée chronique fait rechercher dans les selles, des parasites (cryptosporidies, microsporidies, *Isospora belli*), des bactéries (salmonelles, shigelles, *Campylobacter*, *Clostridium difficile* et sa toxine). Des biopsies digestives sont nécessaires pour le CMV.

5-2-4-Manifestations dermatologiques (9-20)

Multiples, elles sont souvent peu spécifiques, mais parfois à l'origine de la découverte de l'infection par le VIH. La dermatite séborrhéique et le prurit diffus peuvent exister à un stade précoce. Des lésions violacées peuvent révéler une maladie de Kaposi ou plus rarement une angiomatose bacillaire due à *Bartonella*. Les candidoses muqueuses et la leucoplasie chevelue de la langue sont les lésions opportunistes les plus courantes, de même que le Zona ou l'herpès chronique.

5-2-4-1 Les infections bactériennes

La fréquence des infections cutanées augmente avec l'immunodépression. Les infections cutanées banales à type de folliculite, d'impétigo, d'érysipèle, d'abcès sous cutané sont fréquentes. Les germes en cause sont les streptocoques (A, C, G) et au staphylocoque doré, plus rarement à *Haemophilus influenzae*. Quelques cas d'infection à *Rhodococcus equi* et *Pseudomonas aeruginosa* ont été décrits. Des infections cutanées à *Mycobacterium avium* intracellulaire, *M. tuberculosis* sous forme d'ulcérations chroniques, de nodules, d'abcès. La biopsie cutanée met en évidence des BAAR. La culture permet une identification précise.

L'angiomatose bacillaire due à *Bartonella quintana* ou à *Bartonella henselae* se manifeste par des papules ou des nodules cutanés angiomateux.

5-2-4-2 Les infections virales

L'herpès cutanéomuqueux chronique ou extensif est un marqueur clinique de SIDA. Il est observé chez 15 à 25% des patients atteints de SIDA. Ce sont des ulcérations chroniques, multiples et confluentes. La localisation génitale ou anale est prédominante. Le Zona peut survenir à n'importe quel stade de

l'infection. Les atteintes dues au *Molluscum contagiosum* sont des papules ombiliquées, blanc rosé prédominant au niveau du visage ou du pubis. Ils surviennent en plus grand nombre à un stade avancé de l'immunodépression. Ils peuvent simuler une histoplasmosse ou une cryptococcose cutanée et nécessitent parfois d'être biopsiés.

5-2-4-3 Les infections mycosiques

La candidose buccale est la manifestation la plus fréquemment observée, les dermatophyties se présentent sous forme de d'onychomycose, d'intertrigo. Les onyxis des ongles des pieds sont particulièrement fréquents en dessous de 100 lymphocytes T CD4 et l'aspect d'ongle blanc est quasi pathognomonique d'une immunodépression sous-jacente.

La cryptococcose cutanée se présente initialement comme des lésions papuleuses évoluant vers un nodule, une papule ombiliquée.

5-2-4-4 La dermatite séborrhéique, le prurit, le prurigo

La dermatite séborrhéique est la manifestation la plus fréquente au cours de l'infection à VIH. Sa fréquence augmente avec le degré d'immunodépression.

Le prurigo est marqué par des lésions papulovésiculeuses et un prurit, rapidement érosives, diffuses, de taille variable.

5-2-5-Manifestations oculaires (20)

Le fond d'œil systématique permet de les dépister et chez tout patient porteur d'une virémie CMV. Les nodules cotonneux correspondent à une microangiopathie rétinienne liée au VIH.

Les rétinites chez les sujets ayant des CD4 < 50 /mm³ sont principalement dues au CMV, plus rarement au toxoplasme, exceptionnellement à *Candida*, mycobactéries, tréponème, *Pneumocystis*.

La nécrose rétinienne aiguë doit faire suspecter le virus varicelle-zona (VZV)

5-2-6-Manifestations néphrologiques (35)

L'insuffisance rénale aiguë est fréquemment rencontrée au cours de l'infection à VIH.

Les troubles hydroélectrolytiques peuvent être ou non associés à une insuffisance rénale aiguë.

La néphropathie liée au VIH (NVIH) ou HIVAN est une forme sévère et particulière de hyalinose segmentaire et focale (HSF) survenant essentiellement chez les sujets de race noire quelque soit le stade de l'infection VIH. Le type 1 est le plus souvent rencontré. Elle se manifeste par un syndrome néphrotique d'installation brutale avec une insuffisance rénale rapidement progressive, évoluant le plus souvent vers le stade terminal en quelques mois.

5-2-7-Manifestations hématologiques (12)

Elles sont fréquentes à tous les stades de la maladie. Au stade SIDA, les cytopénies centrales sont fréquentes : leucopénie et lymphopénie sont fréquentes et liées à l'état d'avancement de la maladie. L'anémie est fréquente.

La thrombopénie liée à l'infection à VIH, est fréquemment observée à un stade plus précoce de l'infection.

5-2-8-Manifestations tumorales (10)

Lymphome non hodgkiniens qui se caractérisent par des localisations extra pulmonaires plus fréquentes, des aspects histologiques de haute malignité et par un pronostic péjoratif.

L'augmentation de volume et de dureté d'un ganglion impose une biopsie exérèse.

Maladie de kaposi

L'agent viral responsable de la maladie de Kaposi est le HHV-8

L'atteinte cutanée est au premier plan. La lésion élémentaire est habituellement une macule qui évolue vers une papule, un nodule, une plaque, une tumeur ulcérovégétante, parfois sessile ou pédiculée.

Il peut s'y associer, en particulier au niveau des membres inférieurs, un œdème lymphatique qui apparaît habituellement après plusieurs mois d'évolution.

L'atteinte muqueuse est rare, sauf la muqueuse buccale.

Les atteintes viscérales font la gravité de la MK. Les localisations digestives sont souvent asymptomatiques. Les localisations pleuro pulmonaires sont fréquentes et difficiles à diagnostiquer. Elles coexistent avec une atteinte cutanéomuqueuse dans plus de 95% des cas.

Le diagnostic de certitude est histologique. La MK est caractérisée par une double prolifération vasculaire endothéliale et de cellules fusiformes siégeant dans le derme superficiel et moyen.

6-Diagnostic (34)

6-1 Diagnostic indirect

Le diagnostic indirect se fait en 2 parties : le test de dépistage et le test de confirmation.

6-1-1 Tests de dépistage

Les méthodes immuno-enzymatiques de types ELISA sont les méthodes de référence. On distingue les tests de première, deuxième, troisième et quatrième génération. Les méthodes de première et deuxième générations ne mettent en évidence que des anticorps de la classe IgG. Les tests de troisième génération détectent les IgM et les IgG, elles sont les plus utilisées actuellement. Les tests de quatrième génération permettent la détection combinée de la protéine p24 du VIH 1 et des anticorps anti -VIH 1 et anti-VIH 2 de type IgM et IgG.

Les tests rapides sont aussi disponibles et ne nécessitent pas d'appareillage coûteux, ni d'entretien particulier : l' Immunocomb II et le Génie II.

6-1-2 Tests de confirmation

La technique de référence est le Western blot. Le dosage par radioimmunoprécipitation (RIPA) est un test très coûteux.

6-2 Diagnostic direct

Trois techniques permettent de faire le diagnostic direct.

- La détection de l'antigène p24 : elle est indiquée essentiellement lors de la suspicion d'une primo-infection et chez le nouveau-né de mère séropositive pour le VIH 1.
- L'isolement du virus en cellules de cultures : longue et coûteuse.
- La détection des acides nucléiques viraux : permet de détecter l'ADN proviral intégré dans l'ADN cellulaire.

7- Traitement

7-1 Traitement des infections opportunistes

TABLEAU IV : Traitement des infections opportunistes (17)

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

7-2 Traitement antirétroviral

7-2-1 Buts (7-8)

- Rendre indétectable la charge virale plasmatique, en dessous du seuil de détection (200 ou 50 copies/ml), le plus longtemps possible.
- Préserver et/ou restaurer la fonction immunitaire par augmentation du taux de lymphocytes CD4/mm³ et l'amélioration de leur fonctionnalité.
- Amélioration de la qualité de vie, l'accroissement de la survie, la diminution des hospitalisations.
- Réduire la morbidité et la mortalité liées au VIH.

7-2-2 Bilan préthérapeutique

- **Sérologie VIH confirmée sur deux prélèvements**
- **Poids corporel**
- **Indice de Karnofsky**
- **Numération formule sanguine + Plaquettes**
- **Numération des lymphocytes T CD4**
- **Les transaminases**
- **La créatininémie**
- **La glycémie**
- **La radiographie du thorax**
- **La charge virale (si disponible)**

7-2-3 Moyens (7-8-18)

Les antirétroviraux actuellement disponibles agissent au niveau de deux enzymes nécessaires à la réplication du virus (la transcriptase inverse et la protéase) et de l'entrée du virus dans la cellule.

- Les inhibiteurs nucléosidiques et nucléotidiques de la transcriptase inverse (INTI)
- Les inhibiteurs non nucléosidiques de la transcriptase inverse (INNTI)
- Les inhibiteurs de protéase (IP)
- Les inhibiteurs de fusion

TABLEAU V: Les inhibiteurs nucléosidiques de la transcriptase inverse (INTI) (7-8-19)

DCI	Spécialités	Présentation	Posologie
Zidovudine* (AZT)	RETROVIR®	Gel : 100 et 250 mg	
		Cp : 300 mg	
		Solution buvable : 100mg/10ml	300 mg/12h
		Flacon pour perfusion: 200 mg/ml	
Lamivudine* (3TC)	EPIVIR®	Cp : 150 mg et 300 mg	150 mg/12h
		Solution buvable : 10mg/ml	
Stavudine* (d4T)	ZERIT®	Gel : 15, 20, 30 et 40 mg	Poids > 60kg : 30mg/12h
		Poudre pour solution buv : 1mg/ml	Poids < 60kg : 40mg/12h
Didanosine* (ddI)	VIDEX®	Cp: 25, 50,100, 150 mg	Poids> 60kg: 200mg/12h
		Gélule : 125, 200 mg 250, 400	
		Sol. buv.: 2 et 4 g	Poids< 60kg: 125mg/12h
Zalcitabine (ddC)	HIVID®	Cp : 0,375mg et 0,750mg	0,750mg/ 8h
Abacavir* (ABC)	ZIAGEN®	Cp : 300mg	300 mg/12h
		Sol. buv. : 20mg/ml	
		Gélule : 200mg	
Emtricitabine (FTC3)	EMTRIVA®	Sol. buv. : 10mg/ml	200 mg/24h
Tenofovir*(TDF)	VIREAD®	Comp : 300mg	1 cp/24H

Tenofovir : inhibiteur nucléotidique de la transcriptase inverse

TABLEAU VI : Les inhibiteurs non nucléosidiques de la transcriptase inverse (INNTI) (8-18-19)

DCI	Spécialités	Présentation	Posologie
Nevirapine* (NVP)	VIRAMUNE [®]	Cp : 200mg Sol. buv : 50mg/5 ml	200mg/24h pdt 14 jours Puis 200mg/12h
Efavirenz* (EFV)	SUSTIVA [®] STOCRIN [®]	Gel : 50, 100, 200mg Cp : 600 mg Sol. buv : 30 mg/ml	600mg/24h
Delavirdine (DLV)	RESCRIPTOR [®]		400mg/8h

TABLEAU VII : Les inhibiteurs de protéase (IP) (8-18-19)

DCI	Spécialités	Présentation	Posologie 800mg/8h à jeun
Indinavir *(IDV)	CRIXIVAN [®]	Gel: 200, 400 mg	<u>En association avec le ritonavir : 400mg/12h</u>
Ritonavir *(RTV)	NORVIR [®]	Caps. molle : 100mg Sol. buv. : 600mg/7,5ml	600mg/12h (n'est plus recommandé) au cours des repas. Doses croissantes de J1 à J5 1200mg/8h
Saquinavir (SQV)	FORTOVASE [®] INVIRASE [®]	Gel : 200 mg Cp : 250 mg	600mg/8h 750mg/8h
Nelfinavir *(NFV)	VIRACEPT [®]	Sol.buv:600mg/7,5ml	
Amprenavir (APV)	AGENERASE [®]	Gel : 50, 150 mg Sol. buv. :15mg/ml	> 50 kg : 1200mg/12h < 50 kg : 20mg/kg/12h Ritonavir :100mg/12h
Lopinavir/r* (LPV/r)	KALETRA [®]	Gel :133,3mg/33,3mg	3 gel/12h aux repas 300mg/24h
Atazanavir (ATV)	REYATAZ [®]	Gel : 150, 200mg	Ritonavir : 100mg/24h

TIPRANAVIR: 1000mg/j en 2 prises + ritonavir: 200mg ×2

TABLEAU VIII : les inhibiteurs de fusion (18-19)

DCI	Spécialités	Présentation	Posologie
Enfuvirtide (T20)	FUSEON®	Poudre pour sol. inj. 90mg/ml	90mg/12h en sous cutanée

7-2-4 Les antirétroviraux disponibles au Mali (33)

- **Abacavir**
- **Didanosine**
- **Efavirenz**
- **Indinavir**
- **Lamivudine**
- **Nelfinavir**
- **Nevirapine**
- **Ritonavir**
- **Stavudine**
- **Ténofovir**
- **Zidovudine**
- **Lamivudine + Zidovudine + Abacavir (TRIZIVIR)**
- **Lamivudine 150+ stavudine30 + Névirapine200 (TRIOMUNE 30)**
- **Lamivudine 150+ stavudine40 + Névirapine200 (TRIOMUNE 40)**
- **Lopinavir + Ritonavir (KALETRA)**
- **Zidovudine + Lamivudine (COMBIVIR)**

7-2-5 Indications du traitement antirétroviral

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

- **Stade 4 de l'OMS, quelque soit le nombre de Lymphocytes T CD4**
- **Stade 3 de l'OMS avec un taux de lymphocytes T CD4 < 350/mm³**
- **Stade 2 de l'OMS ou stade 1 avec un taux de lymphocytes T CD4 < 200/mm³**

Pour les patients asymptomatiques ou peu symptomatiques avec un taux de lymphocytes CD4 entre 200 et 350/mm³, le traitement sera discuté en fonction de :

- L'évolutivité clinique
- La rapidité de la baisse des lymphocytes T CD4
- La charge virale (si disponible)
- La motivation du patient

7-2-6 Les régimes thérapeutiques recommandés par l’OMS (adultes et adolescents)

- 1^{ère} intention pour le VIH-1

Stavudine					Nevirapine
ou		+	Lamivudine	+	ou
Zidovudine					
Efavirenz					

- 1^{ère} intention pour le VIH-2

Schéma préférentiel

6-2-6-1 Au Mali (20)

- Les schémas de première ligne pour le VIH1 :

Schéma préférentiel :

Stavudine	+	Lamivudine	+	Névirapine
------------------	----------	-------------------	----------	-------------------

Les régimes alternatifs suivants sont possibles, en cas de contre-indication ou de toxicité à une ou plusieurs des molécules du schéma préférentiel.

- Stavudine + Lamivudine + Efavirenz
- Zidovudine + Lamivudine + Névirapine
- Zidovudine + Lamivudine + Efavirenz

- **Les schémas de première ligne pour le VIH2 ou une co-infection VIH1-VIH2 :**

Schéma préférentiel

Stavudine + Lamivudine + Indinavir/ritonavir

Les alternatives thérapeutiques :

- Stavudine + Lamivudine + Indinavir/ritonavir
- Zidovudine + Lamivudine + Saquinavir/ritonavir
- Zidovudine + Lamivudine + Abacavir

- **Schéma thérapeutique de deuxième ligne**

Schéma préférentiel pour le VIH1 :

Abacavir + Didanosine + Indinavir/ritonavir

Les alternatives thérapeutiques

- Abacavir + Ténofovir + Indinavir/ritonavir
- Abacavir + Ténofovir + Lopinavir/ritonavir
- Zidovudine + didanosine ou Ténofovir + IP boosté

Schéma thérapeutique pour le VIH2

Abacavir + Didanosine ou Ténofovir + Lopinavir/ritonavir

7-2-7 Principaux effets secondaires des antirétroviraux (7-18-19)

TABLEAU IX: Effets secondaires des inhibiteurs nucléosidiques de la transcriptase inverse

		Principaux effets secondaires
INTI	Zidovudine* (AZT)	<ul style="list-style-type: none"> - Anémie, neutropénie, leucopénie - Myalgies, céphalées, nausées - Acidose lactique, hépatomégalie, stéatose
	Lamivudine* (3TC)	<ul style="list-style-type: none"> - Généralement bien tolérée. - Acidose lactique, hépatomégalie, stéatose - Pancréatite, neuropathie périphérique - Arrêt entraîne une réactivation d'une hépatite B chronique.
	Stavudine* (d4T)	<ul style="list-style-type: none"> - Neuropathies périphériques - Elévation modérée des transaminases, cytolyse - Pancréatites aiguës
	Didanosine* (ddI)	<ul style="list-style-type: none"> - Pancréatite, altération de la fonction hépatique - Acidose lactique, stéatose - Hyperuricémie asymptomatique - Neuropathies périphériques
	Zalcitabine (ddC)	<ul style="list-style-type: none"> - Neuropathies périphériques - Ulcérations buccales, œsophagiennes - Elévation des transaminases - Cardiomyopathie, insuffisance cardiaque
	Abacavir* (ABC)	<ul style="list-style-type: none"> - Réaction d'hypersensibilité - Céphalées - Fatigue
	Emtricitabine (FTC)	<ul style="list-style-type: none"> - Céphalées, vertiges, asthénie, insomnie - Diarrhées, nausées, vomissements, dyspepsie - Cytopénie, - Arrêt entraîne une réactivation d'une hépatite B chronique
	Tenofovir*	<ul style="list-style-type: none"> - Diarrhées, nausées, vomissements, flatulences - Hypophosphatémie légère à modérée - Tubulopathie proximale

TABLEAU X : Effets secondaires des inhibiteurs non nucléosidiques de la transcriptase inverse (7-18-19-32)

		Principaux effets secondaires
INNTI	Nevirapine* (NVP)	<ul style="list-style-type: none"> - Rashes cutanés au début du traitement - Lyell - Anomalies des tests hépatiques, hépatites - Fièvre, nausée, vomissements, céphalées
	Efavirenz* (EFV)	<ul style="list-style-type: none"> - Rash cutané - Troubles neurosensoriels (vertiges, insomnie, somnolence, troubles de la concentration, perturbation des rêves, réactions psychotiques...)
	Delavirdine (DLV)	<ul style="list-style-type: none"> -Eruptions cutanées maculo-papuleuses -Prurit, fièvre, céphalées, diminution de l'appétit

TABLEAU XI : Effets secondaires des inhibiteurs de protéase (7-8-19-32))

		Principaux effets secondaires
IP	Indinavir* (IDV)	<ul style="list-style-type: none"> - Altération du goût, troubles digestifs - Lithiase urinaire, insuffisance rénale - Sécheresse et réactions cutanées - Elévation des triglycérides, du cholestérol et de la bilirubine - Hémolyse, diabète, lipodystrophies - Hématome chez les hémophiles
	Ritonavir * (RTV)	<ul style="list-style-type: none"> - Nausées, vomissements, diarrhée, douleur abdominale - Paresthésie péri-buccale, altération du goût - Lipodystrophies, hyperlipidémie, diabète - Cytolyse, cholestase biologique - Hématome chez les hémophiles
	Saquinavir (SQV)	<ul style="list-style-type: none"> - Troubles digestifs modérés - Lipodystrophies, cytolysse - Intolérance au glucose, diabète - Aggravation des hépatopathies virales ou alcooliques - Hématomes chez les hémophiles - Elévation des transaminases des CPK, gGT
	Nelfinavir* (NFV)	<ul style="list-style-type: none"> - Rashes cutanés, lipodystrophies - Diarrhée - Neutropénie, élévation des transaminases, des CPK - Elévation des triglycérides, du cholestérol - Intolérance au glucose, diabète - Hématome chez les hémophiles
	Amprenavir (APV)	<ul style="list-style-type: none"> - Nausées, vomissements, flatulence, diarrhée - Rashes cutanés avec ou sans prurit - Paresthésies buccales et péri-buccales - Elévation des transaminases, des triglycérides
	Lopinavir/r *(LPV/r)	<ul style="list-style-type: none"> - Diarrhées, nausées, vomissements, douleurs abdominales - Rashes cutanés, prurit - Céphalées, somnolence
	Atazanavir (ATV)	<ul style="list-style-type: none"> - Hyperbilirubinémie non conjuguée - Nausées, vomissements, dyspepsie, diarrhées - Céphalées, insomnie, rash

TABLEAU XII: Effets secondaires des inhibiteurs de fusion

		Principaux effets secondaires
	Enfuvirtide (T20)	Papule érythémateuse au site d'injection, donc changer de site à chaque injection

7-2-8 Le syndrome de reconstitution immunitaire (8-33)

Définition

Série de symptômes survenant lors de l'utilisation efficace d'antirétroviraux et de la reconstitution immunitaire qui s'ensuit.

Ils sont attribués à la réapparition d'une réaction inflammatoire autour d'une infection sous-jacente connue ou non.

Symptomatologie

Elle est tributaire de l'infection opportuniste sous-jacente :

- Tuberculose pulmonaire : fièvre, signes de pleurésie, infiltrats pulmonaires, apparaissant généralement un à six semaines après la mise en route du traitement ; les signes sont plus fréquents chez les patients qui débutent le traitement antirétroviral en cours de traitement antituberculeux.
- *Mycobacterium avium* cellulaire : fièvre élevée, adénopathies (hilaires, rétropéritonéales, cervicales), nodules cutanés, nécrose graisseuse.
- Cryptococcose : fièvre et syndrome méningé, adénopathies médiastinales
- *Cytomégalo virus* : uvéite, réactivation d'une rétinite
- *Virus zona varicelle* : zona
- Herpès Simplex virus : myélite, encéphalite
- Virus de l'hépatite B ou C : réactivation d'une hépatite

Diagnostic

La difficulté est de distinguer les manifestations d'un syndrome de reconstitution immunitaire d'une nouvelle infection opportuniste ou de l'aggravation d'une infection opportuniste liée à un échec du traitement.

Les éléments orientant vers le diagnostic :

- Le délai d'apparition des signes cliniques qui surviennent généralement dans les six mois suivant l'instauration d'un traitement antirétroviral puissant.
- Des signes indirects en faveur d'un syndrome de reconstitution :
 - Augmentation des CD4
 - Diminution de la charge virale
 - Régression d'autres pathologies opportunistes
 - Négativité des examens étiologiques (prélèvements généralement négatifs)

Prise en charge

Le traitement antirétroviral doit être poursuivi s'il est efficace et toléré, les manifestations cliniques disparaissent progressivement dans les semaines qui suivent en continuant le traitement antirétroviral.

8- Prévention (7-8-18)

8-1 Prévention collective

- ✓ Dépistage des donneurs de sang et des donneurs d'organes séropositifs
- ✓ Limitation des transfusions sanguines
- ✓ Dépistage chez les groupes à risque (prostituées, toxicomanes, transporteurs, homosexuels, militaires, hémophiles, voyageurs.....)
- ✓ Stérilisation stricte des matériels d'injection ou d'endoscopie ou utilisation de matériel à usage unique. Le VIH est sensible aux antiseptiques chimiques (eau de javel à 0,1% durant au moins 15 minutes, alcool à 70° et à la chaleur (supérieure à 56°C durant au moins 30 minutes) mais résiste aux radiations ionisantes.

- ✓ Campagnes d'information en particulier auprès des groupes à risque

8-2 Prévention individuelle

- ✓ Utilisation de préservatifs au cours des rapports sexuels
- ✓ Utilisation de seringues à usage unique
- ✓ Allaitement artificiel des nourrissons en cas de séropositivité de la mère.
- ✓ Information des sujets séropositifs sur les risques de transmission du VIH
- ✓ Information des femmes séropositives sur les risques de transmission en cas de grossesse.
- ✓ Port de gants de masques et de lunettes lors des examens, protection contre les piqûres accidentelles (interdiction du recapuchonnage des aiguilles utilisées, conteneurs rigides pour les aiguilles usagées, incinération du matériel de prélèvement, lavage des mains immédiatement après contact avec un liquide biologique et systématiquement après tout soin et tout examen clinique.

8-3 Conduite à tenir en cas d'accident d'exposition au sang

8-3-1 Soins en urgence :

- ✓ Nettoyer la lésion à l'eau courante et au savon, rincer,
- ✓ Réaliser l'antisepsie avec un dérivé chloré, du dakin ou de l'eau de javel à 12° dilué au 1/10 ; ou à défaut de l'alcool à 70° ou de la povidone iodée en solution dermique ; le temps de contact doit être d'au moins 5 minutes.
- ✓ En cas de projection sur les muqueuses : rincer abondamment à l'eau ou au sérum physiologique.

8-3-2 Consultations en urgence d'un médecin

Elle permet l'évaluation du risque, la recherche du statut du patient source et la discussion sur une prophylaxie antirétrovirale éventuelle.

La chimioprophylaxie antirétrovirale doit être débutée le plus tôt possible. Au mieux dans les 4 premières heures et au plus tard dans les 48 heures suivant l'exposition.

Les indications : -patients source séropositif pour le VIH

- accident d'exposant au sang confirmé avec un risque réel.

Le traitement préférentiel se compose de : 2 INTI + 1 IP. Eventuellement une bithérapie en cas d'intolérance : 2 INTI (AZT + 3TC).

Si le patient source est traité, le choix sera fonction de son traitement.

8-4 Prophylaxie antirétrovirale de la transmission materno-fœtale (8-32)

Elle a pour but de diminuer le risque de transmission du VIH de la mère à l'enfant pendant la grossesse, l'accouchement et en post-partum.

Ce traitement sera fonction de l'état clinique et immunologique de la patiente, du moment de présentation à la structure de santé par rapport à la date prévue de l'accouchement.

8-4-1 VIH 1

➤ Femme sous traitement ARV avant la grossesse :

Si ce traitement est efficace et bien toléré, le poursuivre. Si l'Efavirenz est compris dans le traitement, le remplacer par la Névirapine ou un IP (autre que l'indinavir).

➤ Femme débutant sa grossesse en l'absence de traitement ARV :

- Si la femme nécessite un traitement antirétroviral, la prise en charge sera celle de l'adulte ou de l'adolescent : 2 INTI + 1IP ou la Névirapine.
- Si la femme est asymptomatique ou peu symptomatique avec un taux de CD4 > 350/mm³, une trithérapie à visée prophylactique sera débutée au

troisième trimestre de la grossesse, poursuivie pendant l'accouchement et jusqu'à la fin de l'allaitement, si allaitement maternel exclusif.

AZT+3TC+NVP

AZT+3TC+1 IP (NFV ou LPV/r ou SQV/r)

Si la trithérapie n'est pas réalisable, une bithérapie sera proposée :

-AZT dès la 28^{ème} semaine de grossesse ou à défaut dès que la femme se présente, pendant l'accouchement (dose de charge 600mg, puis 300mg toutes les 3 heures jusqu'au clampage du cordon associée à la Névirapine à dose unique en début de travail), puis AZT+3TC pendant 7 jours après l'accouchement pour minimiser les risques de résistance à la Névirapine.

➤ **Femme enceinte non suivie et non traitée, dont le diagnostic a été retardé**

- Si la femme se présente après le 8^{ème} mois et avant le début du travail, une trithérapie ou une bithérapie prophylactique sera proposée selon les modalités ci-dessus.
- Si la femme se présente tardivement, en début de travail, les bithérapies suivantes seront proposées :
 - AZT+NVP
 - AZT+3TC pendant le travail et prolongation pendant 7 jours après

l'accouchement

8-4-2 Le VIH 2 et la co-infection VIH 1 et 2

La transmission du VIH 2 de la mère à l'enfant est rare.

➤ **Si la femme nécessite un traitement antirétroviral :**

- Trithérapie incluant un IP

➤ **Si la femme ne nécessite pas de traitement ARV et se présente tôt :**

- Monothérapie par AZT débutée dès la vingt-huitième semaine

➤ **Si la femme se présente au moment de l'accouchement**

- Bithérapie AZT+3TC : 1 comp x 2/j pendant 7 jours.

8-5 La recherche vaccinale (16-24-34-35)

La quête d'un vaccin demeure un impératif de santé publique (35).

Le but d'un tel vaccin est d'éliminer ou de diminuer le risque de transmission du VIH lors des rapports sexuels, entre la mère et l'enfant durant la gestation ou l'accouchement et par contacts sanguins.

Les caractéristiques de l'infection à VIH-1 et VIH-2 diffèrent des infections virales pour lesquelles un vaccin efficace a été élaboré.

Les caractéristiques principales de l'infection VIH qui s'opposent à la réalisation d'un modèle vaccinal sont diverses :

- Le premier mode de contamination est trans-muqueux, peu de choses sont connues sur l'immunité muqueuse (Ig A sécrétoires, CTL intraépithéliaux) et la capacité des candidats vaccins actuellement en phase I-II à induire une immunité locale efficace.
- Le VIH est caractérisé par son hypervariabilité, notamment dans les boucles V2 et V3 de la gp 120.
- Il n'est pas facile de concevoir un candidat- vaccin induisant une réponse à médiation cellulaire (CTL) qui soit protectrice. La restriction du système HLA fait que les épitopes CTL varient selon l'haplotype HLA des personnes censées bénéficier d'un vaccin anti-VIH. L'infection VIH s'accompagne d'une inhibition de l'expression des molécules HLA à la surface des cellules infectées, les rendant "invisibles" aux CTL ; enfin la protection implique des taux de CTL très élevés et une mémoire lymphocytaire T de longue durée.
- Les connaissances actuelles de l'histoire naturelle de l'infection VIH révèlent de nombreux autres obstacles à la conception d'un vaccin anti-VIH. Il en est ainsi de la latence virale, de la

séquestration du VIH dans les ganglions, dans les réservoirs macrophagiques ou autres, et de l'émergence quasi permanente de variants d'échappement.

- Le taux de mutation des souches virales observé chez les patients infectés par le VIH se situe entre 0,1 et 1% par an. (24)

Les premiers essais de phase I ont été conduits aux Etats-Unis en 1987 et en France en 1992. Plus de 30 modèles vaccins ont été testés dans 70 essais de phase I, 5 de phase II, à la fois dans les pays développés et dans les pays en développement, et dans 2 essais de phase III en cours d'analyse. Jusqu'à présent, l'absence de corrélation claire entre les résultats de protection obtenus chez l'animal et les paramètres immunologiques, la multiplicité des éléments à étudier avec des techniques peu standardisées, la relative méconnaissance des effets secondaires possibles des candidats-vaccins, particulièrement à long terme, ont rendu délicate la conception de ces essais cliniques et difficiles l'interprétation des résultats.

Le fait que certaines personnes ne s'infectent pas malgré une exposition importante au VIH est un des éléments les plus encourageants pour l'élaboration d'un vaccin. **(16)**

II- Méthodologie

Patients et méthodes

Quelques définitions : La *stigmatisation* désigne l'action ou la parole menant à transformer une déficience, une incapacité ou un handicap en une marque négative pour la personne.

L'*adhérence* est le fait qu'une chose tienne à une autre. Dans notre cas c'est le fait que le patient accepte son traitement et en comprenne toute l'importance.

Cadre et lieu d'études :

L'étude a eu lieu au Centre Hospitalier et Universitaire du Point G, l'un des trois centres de références de niveau 3 du pays.

Il se place au sommet de la pyramide sanitaire. Distant de 8 km environ de la capitale Bamako, il est situé sur la colline du Point G. Aussi bien des patients du District de Bamako que du reste du pays viennent s'y faire soigner. Le CHU du Point G compte 20 services dont 10 de Médecine parmi lesquels le Service de Maladies Infectieuses et Tropicales (SMIT). Ce dernier est l'un des services de références dans la prise en charge globale des personnes vivant avec le VIH/SIDA (PvVIH/SIDA).

Le SMIT est situé à l'aile sud-ouest de l'hôpital entre l'annexe du service de Neurologie et la Morgue. C'est un bâtiment d'un étage qui compte 3 salles de consultations qui font aussi office de bureau pour les médecins, un bureau pour le major, un bureau pour les faisant fonction d'internes, une salle pour les infirmiers et une salle pour les « garçons de salles ». Il y a 5 salles d'hospitalisation avec 16 lits (12 au Rez de chaussée et 4 à l'étage). Environ 90-95 % des lits sont occupés par des patients séropositifs, d'où l'importance d'étudier la stigmatisation associée à l'état de ces personnes.

Une autre partie de notre enquête a été faite à la pharmacie hospitalière située à l'aile nord-est de l'hôpital. Elle comprend 5 bureaux dont celui du Chef de service, celui du pharmacien hospitalier, celui de la responsable de l'approvisionnement, celui du pharmacien dispensateur des ARV et du

traitements des infections opportunistes et enfin celui du major. En plus des bureaux, il y a la surface de vente et la salle de garde des FFI qui assurent la vente des produits à partir de 16h.

Type d'étude : c'est une étude descriptive transversale

Période d'étude : notre étude a duré 3 mois : de février à mai 2007

Population d'étude : Patients suivis au SMIT et les patients venant renouveler leur ordonnance d'ARV à la dispensation de la pharmacie hospitalière du CHU du Point G

Echantillonnage : c'est un échantillonnage de type exhaustif par inclusion de tous les patients répondant à nos critères d'inclusion :

***Critères d'inclusion :**

- Patients à séropositivité confirmée par au moins deux tests rapides
- Patients informés de leur séropositivité
- patients âgés d'au moins 18 ans venus consulter au SMIT
- patients ayant accepté librement de répondre à nos questions.

***Critères de non inclusion :**

- patients séropositifs âgés de moins de 18 ans,
- patients non informés de leur statut sérologique,
- patients n'acceptant pas de répondre à nos questions pour diverses raisons,
- patients dont les ordonnances sont renouvelées par des tiers.

Variables étudiées :

Variables quantitatives : âge, nombre d'enfants et âge du dernier enfant, durée du traitement

Variables qualitatives :

- **Variables sociodémographiques :** sexe, résidence, profession, statut matrimonial
- **Variables cliniques :** type de VIH, circonstances de découverte, traitement, adhérence au traitement
- **Attitudes :** Annonce de la séropositivité au : conjoint, aux partenaires occasionnels, au travail

Utilisation du préservatif avec le conjoint et/ou avec les partenaires occasionnels

Allaitement artificiel exclusif ou mixte ou maternel

Attitudes adoptées pour éviter ou diminuer la stigmatisation en famille et au travail

Techniques d'enquête :

Les variables ont été recueillies sur la base d'un questionnaire semi directif auquel ont répondu toutes les personnes enquêtées

Aspects éthiques :

- **Anonymat et confidentialité**

La participation à l'étude était individuelle et volontaire. Les données recueillies l'ont été sous le couvert de l'anonymat puisque ni le nom et le prénom des personnes enquêtées n'ont été demandés ni mentionnés. Les entretiens avaient lieu dans des salles fermées et n'étaient présents que l'enquêteur et l'enquêté et au besoin un interprète dûment informé au préalable des conditions de réalisation de l'enquête. Ainsi les données recueillies demeuraient strictement confidentielles.

- **Valeur sociale de l'étude**

Notre étude devrait permettre aux PvVIH inclus de nous faire part de leur vécu quotidien, des difficultés ainsi que les solutions qu'ils y avaient trouvés. Notre étude permettrait à la communauté de mieux comprendre les problèmes que vivent les PvVIH et d'essayer de trouver des solutions idoines qui satisferaient aussi bien les PvVIH que le reste de la population.

- **Valeur scientifique de l'étude**

La publication de nos résultats aiderait les autorités sanitaires et politiques à mieux définir les objectifs des différentes campagnes de sensibilisation. Elles établiraient du moins nous osons l'espérer une meilleure politique de prise en charge cette fois-ci globale des PvVIH et non plus seulement une prise en charge médicale.

Gestion des données :

La collecte des données a été réalisée sur des fiches d'enquête individuelles à partir d'un questionnaire semi directif. La saisie des données a été faite à l'aide du logiciel Epi info 6.0 et l'analyse sur les logiciels SPSS 12.0 et Excel.

Les résultats ont été présentés sous forme de tableau et de graphique.

Le test statistique Khi2 de Pearson a été réalisé pour mesurer l'écart entre la fréquence observée et attendue et tester si ces écarts sont significatifs. Il s'applique aux variables indépendante et catégorique et enfin il compare les nombres et les proportions.

Le risque alpha à 5 % a été considéré comme seuil de signification.

Diagramme de GANTT

	2006		2007												2008					
	Nov	Déc	Jan	Fév	Mars	Avril	Mai	Juin	Juil	Août	Sept	Oct	Nov	Déc	Jan	Fév	Mars	Avril	Mai	Juin
Recherche bibliographique	■																			
Rédaction du protocole			■																	
Enquête				■																
Analyse des données								■												
Rédaction de la thèse										■										
Correction du Jury															■					
Soutenance																				

III Résultats

1- **Résultats globaux**

Sur une période de 3 mois, nous avons mené une étude descriptive et prospective portant sur 63 patients séropositifs suivis au SMIT et qui venaient régulièrement à l'unité de dispensation des ARV de la Pharmacie du C.H.U du Point G.

La totalité des patients se sont sentis stigmatisés ou pourraient être stigmatisés.

2- Résultats descriptifs

2-1. Caractéristiques sociodémographiques

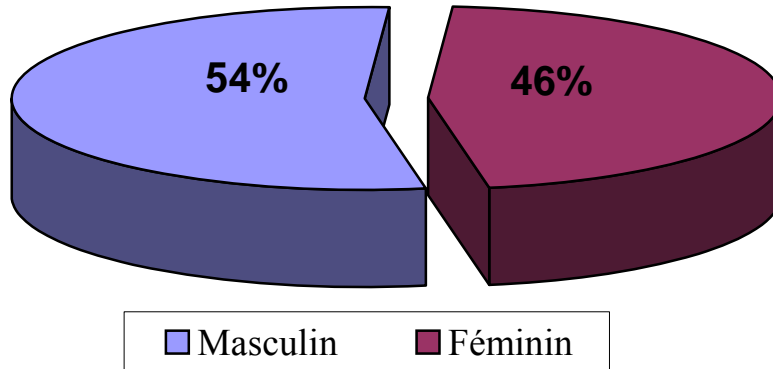


Figure 1: Répartition des patients selon le sexe

On observe une prédominance masculine à 54%.

Tableau I : Répartition des patients selon l'âge

<i>Classe</i>	<i>Nombre</i>	<i>Pourcentage (%)</i>
15-24	3	4,8
25-34	24	38,1
35-44	17	27,0
45-54	14	22,0
55-64	4	6,3
65 ans et plus	1	1,6
Total	63	100

Les tranches d'âge les plus touchées semblaient être celles des 25-34 ,35-44,45-54 avec respectivement 38,1%,27% et 22,2%. L'âge minimum était de 23 ans et l'âge maximum de 71 ans. La moyenne étant de 38,24 ans.

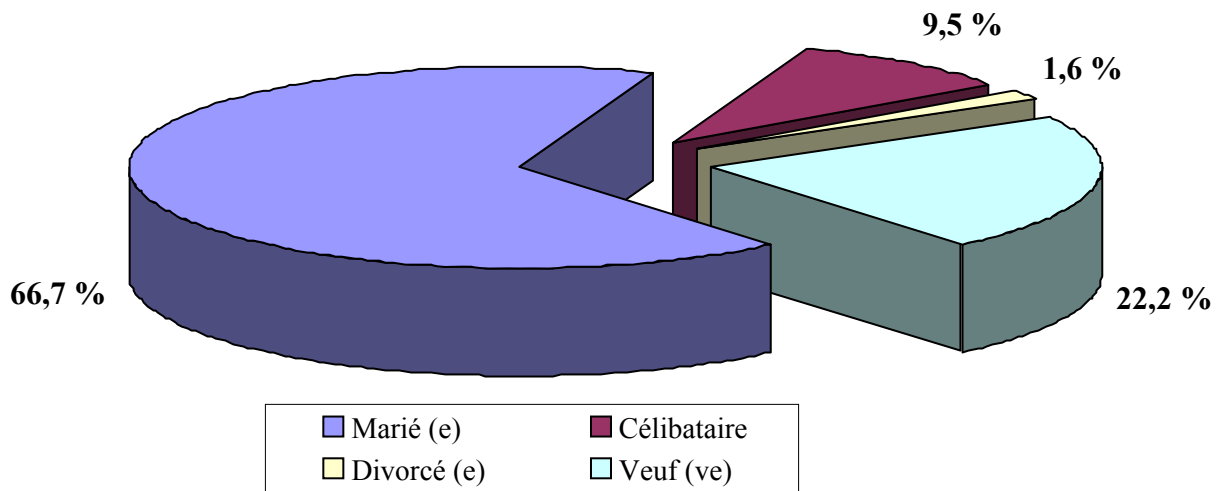


Figure 2: Répartition des patients selon le statut matrimonial

Les patients mariés étaient les plus nombreux soit 66,7%.

Tableau II : Répartition des patients selon le nombre d'enfants

Nombre d'enfants	Nombre	Pourcentage (%)
Aucun	18	28,6
1 à 3	22	34,9
4 à 5	15	23,8
Plus de 5	8	12,7
Total	63	100

Les patients avec un nombre d'enfants compris entre 1 et 3 étaient les plus nombreux soit 34,9 %

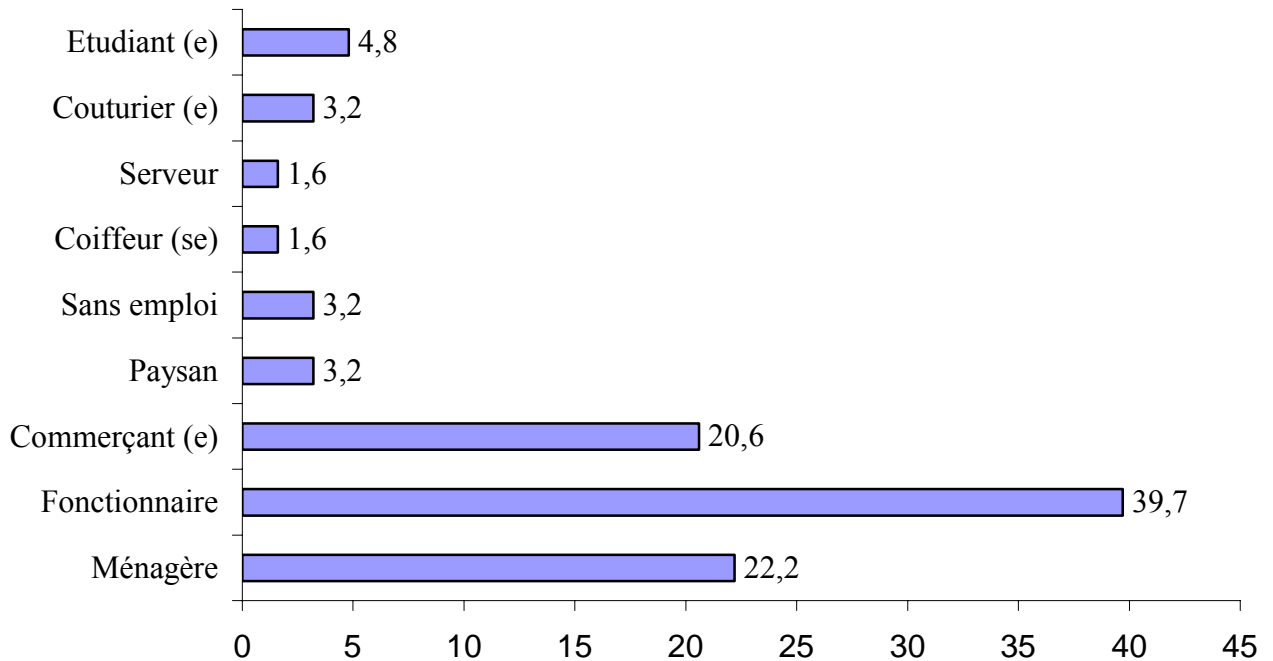


Figure 3 : Répartition des patients selon la profession

La profession la plus recensée était celle des fonctionnaires (39,7 %) suivie des ménagères (22,2 %) et des commerçants (20,6 %).

Tableau III : Répartition des patients selon le niveau d’instruction

Niveau d’instruction	Nombre	Pourcentage (%)
Non scolarisé (e)	12	19,0
Ecole coranique	3	4,8
Primaire	8	12,7
Secondaire	23	36,5
Supérieur	17	27,0
Total	63	100

La majorité de nos patients avaient été scolarisés et 36,5 % avaient atteint le secondaire.

Tableau IV : Répartition des patients selon le lieu de résidence

Résidence	Nombre	Pourcentage (%)
Bamako	50	79,4
Koulikoro	6	9,5
Ségou	3	4,8
Kayes	1	1,6
Sikasso	3	4,8
Total	63	100

La majorité des patients vivaient à Bamako (79,4 %).

Tableau V: Répartition des patients selon l'âge du dernier enfant

	Nombre	Pourcentage (%)
Moins d'un 1 an	7	23,3
1-15 ans	21	70
Plus de 15 ans	2	6,7
Total	30	100

Plus de la moitié des patients avaient leur dernier enfant dont l'âge variait de 1 à 15 ans soit 70 %.

2-2. Caractéristiques clinico-biologiques

Tous les patients étaient infectés par le VIH 1.

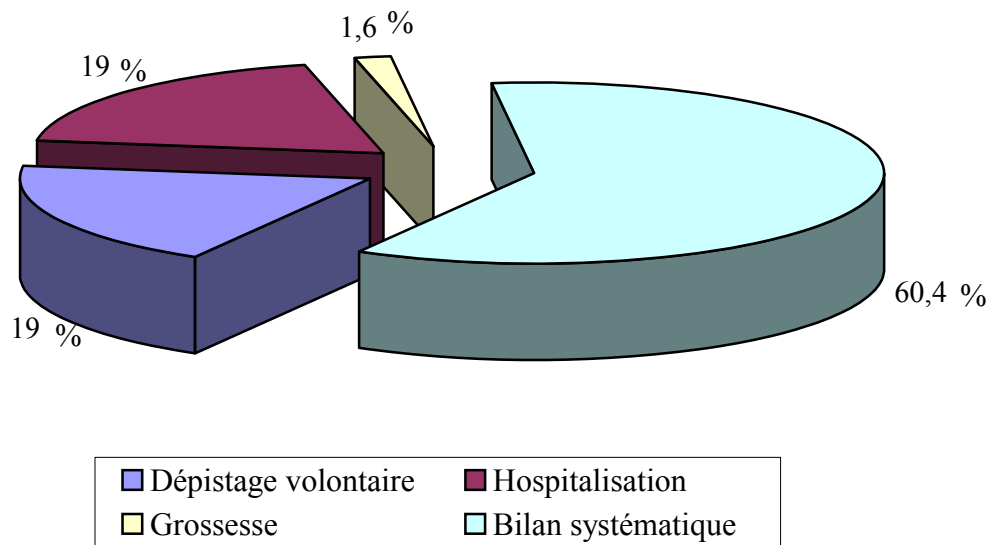


Figure 4: Répartition des patients selon les circonstances de découvertes

Le bilan systématique était la circonstance de découverte la plus retrouvée avec 60,4 %.

Tableau VI : Répartition des patients selon l'indice de Karnofsky

Indice de Karnofsky	Nombre	Pourcentage (%)
100 %	55	87,3
90 %	5	7,9
80 %	2	3,2
70 %	1	1,6
Total	63	100

Les patients avec un Karnofsky à 100 % étaient les plus nombreux (87,3 %).

2-3. Aspects thérapeutiques

Tous les patients étaient sous traitement antirétroviral.

Tableau VII: Répartition des patients selon le type de traitement

Traitement	Nombre	Pourcentage (%)
Triomune	36	57,1
Combivir, Crixivan, Ritonavir	3	4,8
Combivir, Efavirenz	12	19,0
Combivir, Névirapine	7	11,1
Lamivudine, Ténofovir, Efavirenz	1	1,6
Didanosine, Lamivudine, Ritonavir, Lopinavir	1	1,6
Abacavir, Lamivudine, Ritonavir, Indinavir	1	1,6
Stavudine, Lamivudine, Efavirenz	2	3,2
Total	63	100

La Triomune était le traitement le plus administré soit 57,1 %.

Tableau VIII: Répartition selon la durée du traitement

Durée du traitement	Nombre	Pourcentage (%)
< 5 mois	11	17,5
5-15 mois	23	36,5
15-25 mois	12	19,0
25-35 mois	4	6,3
35-45 mois	8	12,7
45-55 mois	1	1,6
55-65 mois	4	6,4
Total	63	100

La durée de traitement la plus retrouvée se situait entre 5 et 15 mois avec 36,5 %.

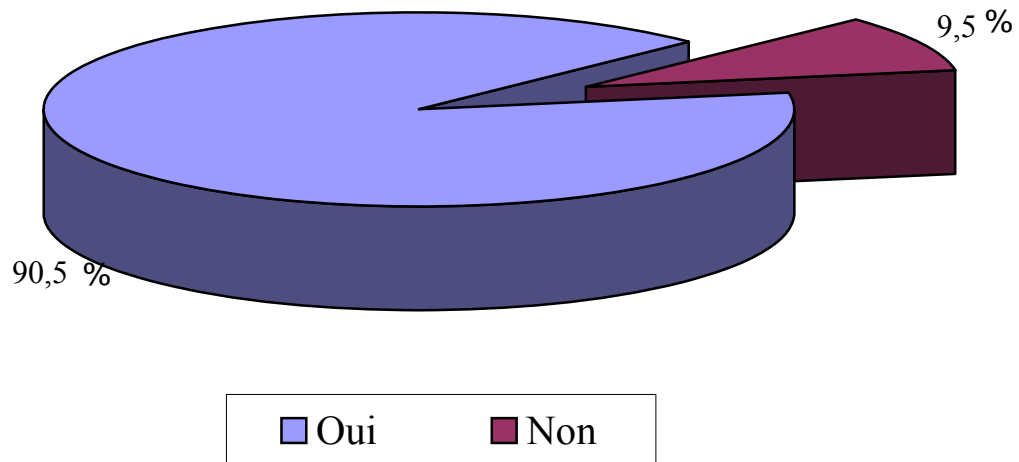


Figure 5: Répartition des patients selon l'adhérence au traitement

La quasi-totalité des patients avaient déclaré être adhérents soit 90,5 %.

Tableau IX: Répartition des patients selon les raisons de la mauvaise adhérence

Raisons de la mauvaise adhérence	Nombre	Pourcentage (%)
Nombre de comprimés	2	33,3
Allégation de guérison	1	16,7
Effets secondaires	2	33,3
Aucune réponse	1	16,7
Total	6	100

Le nombre de comprimés et les effets secondaires étaient les raisons les plus souvent évoquées (33,3 %).

2-4. Aspects psychosociologiques et stratégies adoptées pour éviter la stigmatisation

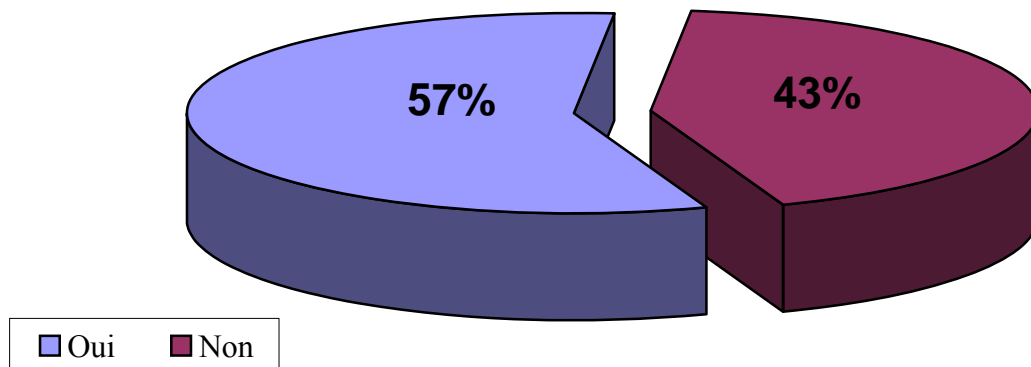


Figure 6 : Répartition des patients selon l'annonce de la séropositivité au partenaire habituel

L'annonce au partenaire habituel avait été faite par 57,1 %.

Tableau X : Répartition des patients selon les raisons pour lesquelles l'annonce n'a pas été faite

Raisons pour lesquelles l'annonce n'a pas été faite	Nombre	Pourcentage (%)
Abstinence	9	33,3
Mari en voyage	1	3,7
Pas envie de le dire	1	3,7
Pas prête	1	3,7
Sauver le couple	4	14,8
Veuve	4	14,8
Aucune réponse	7	26
Total	27	100

L'abstinence depuis l'annonce de la séropositivité par le médecin était la raison la plus évoquée (33,3 %).

Tableau XI : Répartition des patients selon la réaction du partenaire à l'annonce

Réaction du partenaire à l'annonce	Nombre	Pourcentage (%)
Peur	1	2,8
Dépression	2	5,6
Accusation	4	11,1
Compréhension	27	75,0
Conjoint(e) séropositif (e)	2	5,6
Total	36	100

La compréhension du conjoint à l'annonce était la réaction la plus retrouvée soit 75,0 %.

La totalité des patients avaient déclaré n'avoir pas révélé leur séropositivité à leurs partenaires occasionnels.

Tableau XII : Répartition des patients selon les raisons évoquées pour ne rien dire à leurs partenaires occasionnels

	Nombre	Pourcentage (%)
Abstinence	16	25,4
Fidélité	41	65,1
Aucune réponse	6	9,5
Total	63	100

La fidélité était la raison la plus évoquée soit 65,1 %.

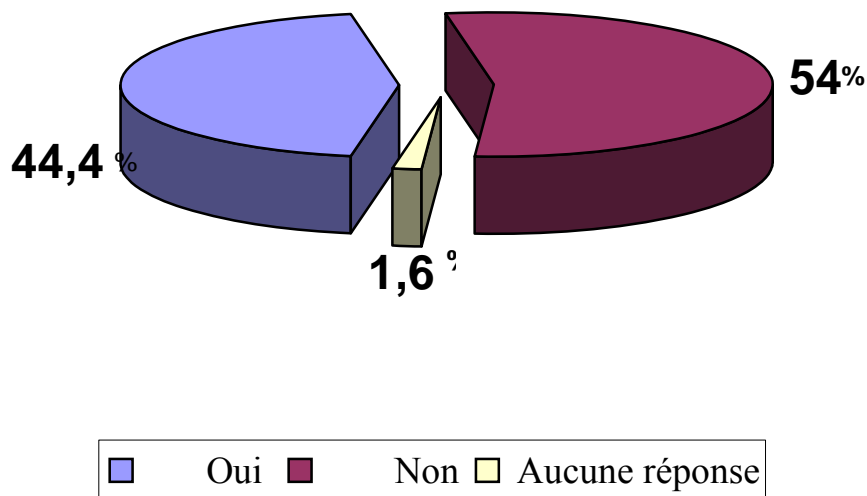


Figure 7 : Répartition des patients selon l'usage du préservatif avec le partenaire habituel

Dans 54 % des cas, le préservatif n'était pas utilisé par les patients atteints de VIH.

Tableau XIII : Répartition des patients selon la raison de la non utilisation du préservatif dans le couple

Raisons de la non utilisation du préservatif dans le couple	Nombre	Pourcentage (%)
Abstinence	21	65,66
Désir d'enfant	3	9,37
Mari non consentant	3	9,37
Ne les aime pas	1	3,12
Pas normal dans un couple	1	3,12
Pauvreté	1	3,12
Pour éviter les soupçons	1	3,12
Sous traitement ARV	1	3,12
Total	32	100

Sur les 34 patients qui n'utilisaient pas le préservatif, 32 ont justifié leur choix soit 51,8 %. La raison la plus évoquée était l'abstinence soit 65,66 %.

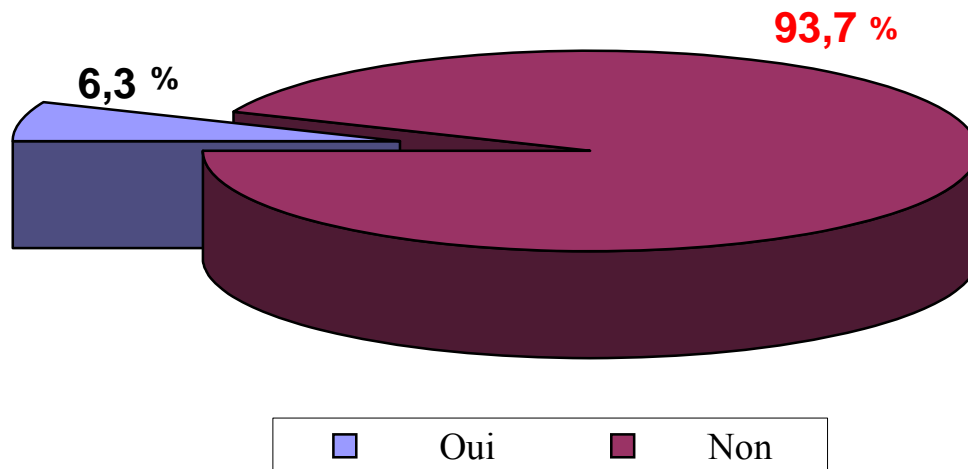


Figure 8 : Répartition des patients selon l'usage du préservatif avec les partenaires occasionnels

Avec les partenaires occasionnels, 93,7 % avaient déclaré ne pas utiliser le préservatif.

Tableau XIV: Répartition des patients selon les raisons évoquées pour la non utilisation des préservatifs avec les partenaires occasionnels.

	Nombre	Pourcentage (%)
Abstinence	21	35,59
Fidélité	36	61,01
Aucune réponse	2	3,4
Total	59	100

La fidélité était la raison la plus évoquée soit 61,01 %.

Tableau XV: Répartition des patients selon le statut sérologique du dernier enfant

	Nombre	Pourcentage (%)
Positif	6	18,2
Négatif	11	33,3
Ignore	16	48,5
Total	33	100

Les patients ignorant le statut sérologique de leur dernier enfant sont 16 soit 48,5 %. Sur les 63 patients de notre enquête seuls 33 ont répondu à cette question.

Sur les 6 patients qui connaissaient le statut sérologique de leur dernier enfant, tous affirmaient avoir pratiqué l'allaitement artificiel exclusif.

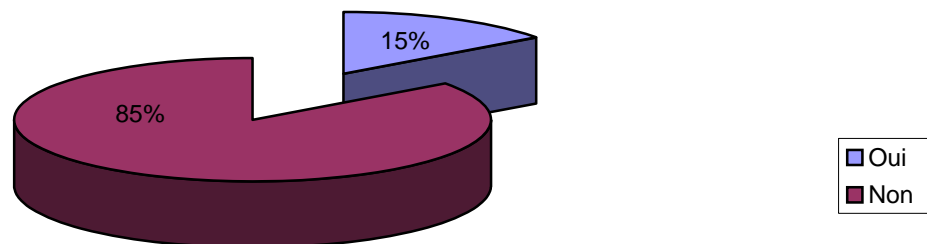


Figure 9 : Répartition des patients selon l'annonce de la séropositivité au travail

Sur nos 63 enquêtés, 53 ont répondu à cette question et 45 soit 85 % ont répondu 'non'.

Sur les 8 qui avaient annoncé leur séropositivité au travail, 7 soit 87,5 % avaient dit avoir ressenti de la solidarité de la part de leurs collègues.

Tableau XVI : Répartition des patients selon les raisons de la non-annonce au travail

Raisons du silence au travail	Nombre	Pourcentage (%)
Perte d'emploi	2	5,0
Réaction négative des collègues	12	30,0
Confidentialité de la maladie	26	65,0
Total	40	100

Sur les 45 qui sont restés silencieux sur leur statut sérologique au travail, 40 soit 88,88 % se sont justifiés. Et sur les 40, 65,5 % n'ont pas donné de justification valable.

Tableau XVII : Répartition des patients selon la manière dont la prise des ARV se fait en famille

Prise des ARV en famille	Nombre	Pourcentage (%)
Changer la boîte des ARV	8	12,7
Se cacher pour prendre les ARV	29	46,0
Aucune habitude particulière	26	41,3
Total	63	100

Se cachaient pour prendre leurs ARV 29 patients soit 46,0 %.

Tableau XVIII : Répartition des patients selon la manière dont la prise des ARV se fait au travail

Prise des ARV au travail	Nombre	Pourcentage (%)
Changer la boîte des ARV	5	3,3
Etre seul pour prendre les ARV	9	15,0
Pas de prise	46	76,7
Total	60	100

Sur les 63 patients 60 soit 95,23 % avaient répondu à la question. La majorité des répondants soit 76,7 % ne prenaient pas les ARV au travail.

Tableau XIX : Répartition des patients selon la dissimulation de la maladie clinique

Dissimulation de maladie clinique	Nombre	Pourcentage (%)
Autre nom à la maladie	34	75,6
Consulter à des heures inhabituelles	3	6,7
Aucune réponse	8	17,8
Total	45	100

Sur 63, 45 ont répondu à la question et 34 soit 75,6 % ont déclaré vouloir ou avoir donné un autre nom à leur maladie.

Tableau XX: Répartition des patients selon la perception du regard posé sur eux par les autres membres de leur communauté d'origine

Regard des autres	Nombre	Pourcentage (%)
Consulter à des heures inhabituelles	1	1,92
Renouveler ses ARV incognito	12	23,07
Changer de ville ou de pays	13	25,0
Changer la boîte des ARV	26	50,01
Total	52	100

Sur les 63 patients, 52 ont répondu à cette question et environ 50 % ont déclaré avoir changé la boîte de leurs ARV.

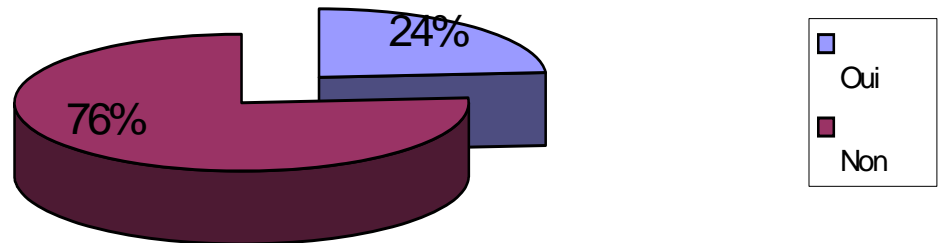


Figure 10 : Répartition selon la participation à des activités de sensibilisation sur le comportement à avoir à l'égard des PvVIH

La majorité soit 76,2 % ne participaient à aucune activité de sensibilisation.

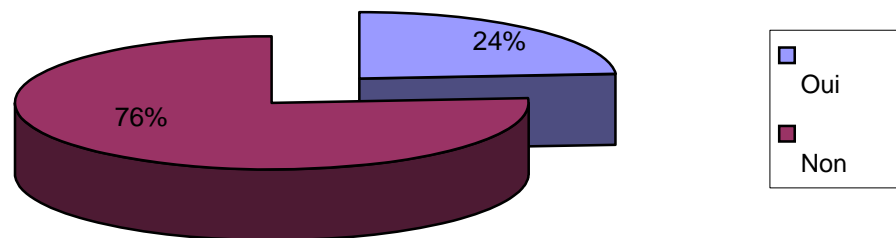


Figure 11 : Répartition des patients selon le militantisme dans une association de PvVIH

La majorité soit 76,2 % n'appartenaient à aucune association de personnes vivant avec le VIH.

3- Résultats analytiques

Tableau XXI : Répartition des patients selon le sexe et l'adhérence

Adhérence	Sexe				Total
	Masculin Nombre	Pourcentage (%)	Féminin Nombre	Pourcentage (%)	
Oui	32	94,12	25	86,20	57
Non	2	5,88	4	13,80	6
Total	34	100	29	100	63

Khi2=0,40 p=0,52

Il n'existe pas de différence statistiquement significative.

On remarque que l'adhérence est presque la même chez les hommes (94,12 %) que chez les femmes (86,20 %).

Tableau XXII : Répartition des patients selon l'adhérence et le type de traitement

Type de traitement	Adhérence				Total
	Oui Nombre	Pourcentage (%)	Non Nombre	Pourcentage (%)	
Triomune	33	57,89	3	50,02	36
Combivir, Crixivan, Ritonavir	3	5,26	0		3
Combivir, Efavirenz	11	19,29	1	16,66	12
Combivir, Névirapine	7	12,28	0		7
Lamivudine, Ténofovir, Efavirenz	1	1,78	0		1
Stavudine, Lamivudine, Efavirenz	2	3,50	0		2
Didanosine, Lamivudine, Ritonavir, Lopinavir	0	0	1	16,66	1
Abacavir, Lamivudine, Ritonavir, Indinavir	0	0	1	16,66	1
Total	57	100	6	100	63

Khi2=0,00 p=0,95

Les patients sous Triomune étaient les plus adhérents (57,89 %).

Tableau XXIII : Répartition des patients selon l'adhérence et la durée du traitement

Durée du traitement	Adhérence				Total
	Oui Nombre	Pourcentage (%)	Non Nombre	Pourcentage (%)	
Moins de 5 mois	10	17,54	1	16,67	11
5-15 mois	21	36,84	2	33,33	23
15-25 mois	11	19,29	1	16,67	12
25-35 mois	4	7,01	0		4
35-45 mois	6	10,52	2	33,33	8
45-55 mois	1	1,79	0		1
55-65 mois	4	7,01	0		4
Total	57	100	6	100	63

Khi2=1,87 p=0,17

Les patients prenant leur traitement depuis plus de 5 mois semblaient être les plus observants. (36,84 %).

Tableau XXIV : Répartition des patients selon l'adhérence et l'utilisation du préservatif avec le partenaire habituel

Utilisation du préservatif avec le partenaire habituel	Adhérence				Total
	Oui		Non		
	Nombre	Pourcentage (%)	Nombre	Pourcentage (%)	
Oui	23	42,6	3	50	26
Non	31	57,4	3	50	34
Total	54	100	6	100	60

Khi2=1,87 p=0,93

La plupart des patients observants soit 57,4% n'utilisaient pas de préservatifs avec leur partenaire habituel. Il n'y a pas de différence significative entre ceux qui utilisaient le préservatif et les autres.

Tableau XXV : Répartition des patients selon l'adhérence et l'utilisation du préservatif avec les partenaires occasionnels

Utilisation du préservatif avec les partenaires occasionnels	Adhérence				Total
	Oui	Non	Oui	Non	
	Nombre	Pourcentage (%)	Nombre	Pourcentage (%)	
Oui	4	7,02	0	0	4
Non	53	92,98	6	100	58
Total	57	100	6	100	63

Khi2=0,03 p=0,97

La majorité des patients observant (92,98 %) n'utilisaient pas de préservatifs avec leurs partenaires occasionnels.

Tableau XXVI : Répartition des patients selon le sexe et le statut matrimonial

Statut matrimonial	Sexe				Total
	Masculin		Féminin		
	Nombre	Pourcentage (%)	Nombre	Pourcentage (%)	
Marié (e)	25	73,52	17	58,62	42
Célibataire	2	5,88	4	13,8	6
Divorcé (e)	1	2,96	0	0	1
Veuf (ve)	6	17,64	8	27,58	14
Total	34	100	29	100	63

Khi2=1,57 p=0,21

La majorité de nos patients étaient mariés soit 73,52 % des hommes et 58,62 % des femmes interrogés au cours de notre enquête.

Tableau XXVII : Répartition des patients selon le sexe et l'âge des patients

Age des patients	Sexe					Total
	Masculin		Féminin			
	Nombre	Pourcentage (%)	Nombre	Pourcentage (%)		
15-24	0	0	3	10,34	3	
25-34	8	23,52	16	55,17	24	
35-44	12	35,29	5	17,24	17	
45-54	11	32,35	3	10,34	14	
55-64	2	5,88	2	6,91	4	
65-74	1	2,96	0	0	1	
Total	34	100	29	100	63	

Khi2=6,65 p=0,009

Les hommes pour la majorité avaient entre 35-44 ans (35,29 %) et 45-54 ans (32,35 %). Quant aux femmes la majorité avaient entre 25-34 ans (55,17 %).

Tableau XXVII : Répartition des patients selon le sexe et les circonstances de découverte

Circonstances de découverte	Sexe				Total	
	Masculin		Féminin			
	Nombre	Pourcentage (%)	Nombre	Pourcentage (%)		
Dépistage volontaire	7	20,59	5	17,25	12	
Hospitalisation	7	20,59	5	17,25	12	
Grossesse	0		1	3,44	1	
Bilan systématique	20	58,82	18	62,06	38	
Total	34	100	29	100	63	

Khi2=0,07 p=0,79

Que ce soit les hommes (58,82 %) ou les femmes (62,06 %), le bilan systématique était la circonstance de découverte la plus retrouvée.

Tableau XXIX : Répartition des patients selon le sexe et la manière dont se fait la prise des ARV en famille

Prise des ARV en famille	Sexe				Total
	Masculin		Féminin		
	Nombre	Pourcentage (%)	Nombre	Pourcentage (%)	
Changer la boîte des ARV	4	11,78	4	13,8	8
Se cacher pour prendre les ARV	14	41,17	15	51,72	29
Autres	16	47,05	10	34,48	26
Total	34	100	29	100	63

Khi2=0,70 p=0,40

Environ 41,17 % des hommes contre 51,72 % des femmes se cachaient pour prendre leurs ARV en famille.

Tableau XXX : Répartition des patients selon le sexe et la manière dont se fait la prise des ARV au travail

Prise des ARV au travail	Sexe				Total
	Masculin		Féminin		
	Nombre	Pourcentage (%)	Nombre	Pourcentage (%)	
Changer de boîte	4	11,78	1	3,85	5
Etre seul (e) pour prendre les ARV	8	23,52	1	3,85	9
Pas de prise	22	64,70	24	92,30	46
Total	34	100	26	100	60

Khi2=6,27 p=0,01

Aussi bien les hommes (64,70%) et les femmes (92,30%) ne prenaient pas leurs ARV au travail.

IV Commentaires

Commentaires

1-Limites méthodologiques

Au cours de la réalisation de notre travail nous avons rencontré certaines difficultés notamment :

- la disponibilité d'un local qui garantisse de manière formelle la confidentialité de l'enquête ;
- les patients en majorité n'avaient pas l'air de répondre de manière sincère à nos questions ;
- certains patients après avoir donné leur accord disparaissaient avant que nous ayons pu avoir un local pour l'entretien ;
- d'autres étaient contre, malgré toutes les assurances et garanties que nous prenions soin de leur fournir.

Caractères sociodémographiques

Dans notre enquête nous avons recensé 63 patients dont 34 hommes et 29 femmes soit un sex-ratio de 1,17. Cette relative équité est contraire à ce qui se retrouve dans la littérature. En effet, dans le rapport 2006 de l'Onusida, on note en moyenne 3 femmes infectées pour 2 hommes. On pourrait expliquer cette différence par le souci de compréhension des questions posées.

Nos patients étaient jeunes avec un âge moyen de 38,24 ans. L'âge minimum était de 23 ans et le maximum de 71 ans. Mais la tranche d'âge la plus touchée est celle des 25-34 ans. Selon l'Onusida la tranche d'âge la plus touchée est celle des 15-24 ans surtout chez les jeunes femmes. Cette différence s'expliquerait par le fait que nous n'ayons pas inclus les patients âgés de moins de 18 ans dans notre enquête. Cette jeunesse de la population infectée s'explique par le fait que c'est la frange de la population la plus sexuellement active. Il est à noter aussi que dans notre étude plus de la moitié des enquêtés (66 %) étaient mariés. Cela serait dû à l'âge du mariage qui se fait assez jeune au Mali, surtout quand il s'agit des filles. Même si la plupart de nos patients sont mariés, un nombre assez important n'avait pas d'enfant (28,6 %). Etre séropositif correspondrait soit à une mort certaine, soit à une impossibilité de procréation. Il faut alors leur expliquer qu'être séropositif ne signifie pas être stérile.

Dans notre série de 63 patients, une majorité résidait à Bamako (79,4 %). Cela s'explique par l'accessibilité plus facile de l'Hôpital du Point G pour les résidents de Bamako.

Les fonctionnaires, les ménagères et les commerçants sont les principales catégories socioprofessionnelles représentées

Caractéristiques cliniques

Le bilan systématique, l'hospitalisation et le dépistage volontaire sont les circonstances de découvertes les plus recensées. Il est à noter que c'est le bilan systématique qui arrive en tête avec 60 %. La majorité de nos patients ont été vu à l'hôpital où leur maladie a été diagnostiquée, le plus souvent après l'hospitalisation et/ou le décès du conjoint. Ainsi, dans le souci d'une prise en charge rapide et efficace il est proposé au conjoint non

hospitalisé de se faire dépister. Ceci étant une des directives de l'Onusida.

Tous nos patients sont infectés par une souche de VIH : le VIH 1. Ils sont aussi tous sous traitement. C'était l'une des conditions à remplir pour être inclus dans notre enquête puisqu'il nous fallait évaluer le degré d'adhérence au traitement.

Conformément à la politique nationale qui fait de la Triomune le traitement de 1^{ère} intention en cas d'infection par le VIH 1, la majorité de nos patients étaient traités par la Triomune (57,1%). La durée minimale de traitement était de 5 mois. On remarque que le plus grand nombre de patients avaient plus de 5 mois et moins de 15 mois de traitement. Ce qui faisait que 87,3 % de nos patients avaient un Karnofsky à 100 %.

La quasi-totalité de nos patients (90 %) avaient déclaré être observants. Cela pourrait s'expliquer peut-être par une prise de conscience et par la mise en pratique des conseils donnés par les médecins au cours des consultations. On pourrait penser que le fait de réduire le nombre de comprimés à prendre facilite aussi la prise aux patients. Les raisons les plus évoquées pour justifier une mauvaise adhérence étant en général le nombre de comprimés et les effets secondaires des ARV.

Aspects psychosociologiques

L'un des buts de notre enquête était de décrire l'impact psychosocial de l'infection à VIH sur les séropositifs. Ainsi dans notre enquête, 57,1 % des patients affirmaient avoir annoncé à leur partenaire habituel leur séropositivité. Ce taux pourrait s'expliquer par de multiples raisons. D'une part les deux conjoints sont soit séropositifs, soit l'autre conjoint est le seul à même de s'occuper du malade. L'état de séropositif devenant alors un secret partagé par les deux conjoints. D'autres parts, on pourrait également se dire que les campagnes de sensibilisation ont porté leurs fruits et ont conduit les séropositifs à parler de leur état tout au moins à leur conjoint. Les autres avaient avancé beaucoup de raisons pour justifier leur silence. Parmi ces raisons nous pouvons citer l'abstinence, la peur du divorce et le veuvage. A l'annonce de leur état à leur conjoint, 75 % ont déclaré avoir perçu une réaction positive à leur égard. C'était essentiellement de la compréhension. Cependant il y aurait eu également des réactions négatives comme la

peur, l'accusation et parfois des dépressions.

Tous nos patients ont affirmé n'avoir rien dit à leurs partenaires occasionnels. Ce silence est justifié soit par la fidélité au conjoint (65,1 %), soit par l'abstinence (25,4 %). Il y va de soi que sans partenaires, pas d'annonce à faire. Dans ce cas quand est il de l'utilisation du préservatif moyen le plus sûr d'éviter la contamination ?

Environ la moitié de nos patients (54 %) n'utilisaient pas le préservatif avec leur partenaire habituel. Parmi les justificatifs on pourrait citer l'abstinence (59,41 %), le désir de procréation et le non consentement du mari (9,37 %). Rappelons que 66 % de nos patients sont mariés et que 28,1 % sont sans enfant. Ce sont là aussi des éléments à prendre en compte et qui pourraient justifier ce choix.

Le port du préservatif pendant les rapports occasionnels n'était pas établi. La presque quasi-totalité de nos patients soit 93,7 % ne l'utilisaient pas. La plupart affirmant être fidèle à leur partenaire habituel (61 %).

Sur les 30 patients qui avaient des enfants, 70 % avaient leurs enfants qui avaient entre 1 et 15 ans. Beaucoup ignoraient le statut sérologique de leurs enfants. Seuls 6 connaissaient ce statut et auraient choisi sur les conseils de leur médecin de pratiquer l'allaitement artificiel exclusif. Il est à noter que c'est souvent dans les couples séropositifs que cela est possible.

Les fonctionnaires sont la catégorie professionnelle la plus retrouvée avec 39,7 %. C'est ainsi que 84,9 % ont répondu non à la question de savoir si l'annonce avait été faite au travail. La solidarité aurait été la réaction des collègues des 87,5 % de ceux qui ont eu le courage de parler de leur séropositivité. Seulement 88,88 % ont justifié leur silence et 65 % n'ont donné aucune justification fiable. La plupart considéraient que la séropositivité était un secret entre le médecin et son patient. En ce sens seules des personnes triées sur le volet et en qui le patient a toute confiance pourraient être mises dans la confiance. Or il faudrait qu'on en parle partout, au travail comme à la maison. C'est le but de notre travail.

Après avoir identifié quelles étaient les situations stigmatisantes, nous avons cherché à savoir qu'elles étaient les stratégies adoptées par les séropositifs pour faire face à cela.

Stratégies

Dans un premier temps 46 % se cachaient pour prendre leurs ARV en famille. Dans une moindre proportion (41,3 %) n'avaient aucun problème dans ce domaine. L'une des autres stratégies était de changer le conditionnement des ARV. Tout cela devrait permettre aux patients d'éviter de répondre à des questions embarrassantes.

De même la prise des ARV ne se faisait pas au travail dans 76,7 % des cas. Ceci pourrait se comprendre parce que selon les recommandations les prises doivent être espacées de 12h. Donc celui qui a sa première prise à 7h aura sa dernière prise de la journée à 19h. Or la journée de travail se termine à 16h ou au plus tard à 18h30'. Ainsi, la majorité des patients sont chez eux au moment de la dernière prise de la journée. Une autre attitude adoptée pour se protéger est la dissimulation de la maladie clinique. Beaucoup de nos patients (75,6 %) déclaraient vouloir ou avoir donné un autre nom à la maladie lorsqu'ils ont été interrogés par des proches. Il est évidemment plus facile de dire qu'on souffre de paludisme, de diarrhée ou encore d'hépatite que de dire qu'on est séropositif. Pour diminuer le poids du regard des autres sur eux nos patients étaient prêts à tout. Par exemple à changer de ville (25%) pour venir se faire suivre à Bamako alors que les ARV étaient disponibles dans les capitales régionales. D'autres encore faisaient faire le renouvellement de leur ordonnance par des tiers ou le faisaient à des heures de peu d'affluence. Ils pensaient ainsi éviter des rencontres plutôt gênantes. Mais environ 50 % déclaraient changer simplement de conditionnement aux ARV. Il est plus pratique d'avoir une petite boîte sans inscription particulière qu'on peut emmener partout avec soi que de transporter les boîtes d'ARV.

Malgré la stigmatisation, que font les PvVIH pour faire évoluer les mentalités ? La majorité de nos enquêtés soit 76,2 % ne participent à aucune activité de sensibilisation ni ne militent dans aucune association de PvVIH dans ce but. Ce qui est regrettable, car seuls les séropositifs avec l'aide d'autres personnes pourraient faire évoluer les mentalités. En effet, c'est grâce à des sensibilisations, à des témoignages à visage découvert dans les écoles, lycées, entreprises et services que les choses évolueraient.

Résultats analytiques :

Dans notre enquête, la majorité de nos patients étaient mariés. Il n'y avait pas une différence significative entre les hommes et les femmes. Par contre, elles étaient plus jeunes que les hommes à être infectées. Ceci va dans le même sens que les résultats des études antérieures comme le signale l'Onusida dans son dernier bilan sur l'épidémie. La maladie était dans la majorité découverte après bilan systématique aussi bien que chez les hommes que chez les femmes. Le sexe n'aurait donc aucune influence sur la C.D.D.

Les hommes ou les femmes réagissent-ils de manière différente quant à la manière d'aborder leur état ?

Il semblerait que le sexe n'influence aucunement le fait de se cacher pour prendre ses ARV en famille. L'image de l'homme fort, chef de famille serait elle entraîné de disparaître devant la maladie ? En ce qui concerne la prise au travail, il serait plus probable que le sexe soit ici plus important. En effet plus de femmes ne prendraient pas leurs ARV au travail. Ceci serait sûrement dû au fait que pour la plupart, les femmes étaient des ménagères dans notre enquête donc pas salariées. Néanmoins, cet état de fait n'influencerait en rien l'adhérence de nos patients au traitement.

La Triomune étant le traitement de référence en cas de séropositivité au VIH 1, la majorité de nos patients le prenaient. Le type de traitement, malgré ne semblait pas agir sur l'adhérence des patients. Même s'il faudrait remarquer que les patients avec un traitement lourd ne semblaient pas observants. De même que le type de traitement ne semblait point influencer l'adhérence au traitement, la durée de traitement depuis son initiation n'influencerait pas l'adhérence des patients.

Le port du préservatif avec le partenaire habituel ou avec les partenaires occasionnels ne semblait pas être une réalité chez nos patients. L'adhérence au traitement ne saurait justifier cela puisque d'ailleurs elle ne semblait nullement influencer la décision de nos patients.

Conclusion et Recommandations

Conclusion

Ce travail, premier du genre au Mali qui est une étude descriptive et prospective, nous a permis d'aboutir aux conclusions suivantes :

- Les personnes vivant avec le VIH étaient souvent victimes de stigmatisation. Cette dernière était difficilement objectivable.
- La crainte d'être stigmatisé entraîne un mauvais suivi et par conséquent une mauvaise adhérence.
- De nombreuses stratégies avaient été adoptées par les PvVIH pour diminuer la stigmatisation.

Ce travail appelle une suite. On pourrait notamment mettre l'accent dans de prochaines études sur d'autres aspects tels que le vécu quotidien des PvVIH. Ce travail mériterait d'être étendu à tout le territoire malien et bénéficié de plus de moyens.

Recommandations

- **Aux PvVIH**

- s'impliquer d'avantage dans les campagnes de sensibilisation
- avoir le courage d'annoncer leur séropositivité à leur conjoint, famille, collègues et amis,
- faire le plus souvent recours aux services des agents de santé,
- se rendre compte que le traitement de l'infection à VIH est un traitement à vie.

- **A la population générale**

- admettre que l'infection à VIH existe,
- suivre les campagnes de sensibilisation et adhérer aux messages qui y sont transmis,
- avoir le courage de se faire dépister afin de prendre les précautions qui s'imposent.

- **Aux personnels de santé**

- se rappeler que la PvVIH est comme tous les autres un malade qui mérite des soins appropriés à sa maladie.
- suivre des formations sur la prise en charge du malade chronique et plus spécifiquement de la PvVIH.

- **Aux autorités politiques**

- poursuivre les campagnes de sensibilisation pour toucher le maximum de personnes,
- informer la population sur les conditions de prise en charge des PvVIH aussi bien à l'hôpital qu'en dehors,
- mettre en place un service d'aide et d'écoute téléphonique gratuit et disponible 24h sur 24h et 7j sur 7,

- organiser des séances de formation dans la prise en charge globale des PvVIH pour le personnel soignant,
- encourager la formation de psychologues et d'assistants sociaux pour seconder et décharger les médecins,
- mettre à la disposition du SMIT, dans l'équipe de prise en charge, un assistant social et psychologue si possible à plein temps.

VI- Références Bibliographiques

1-AGGLETON P, Unité de recherche Thomas Coram, Université de London, UK

« Analyse comparative : Recherche effectuée en Inde et en Ouganda.

Discrimination, Stigmatisation et rejet liés au VIH et au SIDA »

Onusida 2002 p47 : 7.

2-AGGLETONP, Unité de Recherche Thomas Coram, Université de London, UK,

BHARAT S, Institut Tata des sciences sociales : Mumbai (Inde)

« Inde : Discrimination, Stigmatisation et Déni liés au VIH/SIDA »

Onusida 2002 p71.

3-ATTAHER O, Université de Québec, Mémoire de sociologie

« Pratiques de Stigmatisation et de Discrimination associées au VIH/SIDA au Mali » Juin 2005, p127.

4-BARRE-SINOUSI F.

« Virologie fondamentale de l'infection à VIH »

In: Katlama C, Pialoux G, Girard P M, eds. VIH, Paris: Doin, 2004; 3-9.

5- BARRE-SINOUSI F.

« HIV as the cause of SIDA »

Lancet 1996 ; 348, 31-5.

6- BENHAMOU Y, GHOSN J

« Manifestations digestives »

In : Katlama C, Pialoux G, Girard P M, eds. VIH, Paris: Doin: 2004; 131-42.

7- BEYTOUT J, DELMONT J, MARCHAN B, PICHARDE et coll

« Manuel de maladies infectieuses pour l'Afrique »

John Libbey Eurotext; Montrouge ; 2002; 589p.

8-BISSAGNENE E, DARIOSECQ J N, DRABO J, INWOLEY A, SOW P S, TABURET A M, TRAORE H. A

« Mémento thérapeutique du VIH/SIDA en Afrique »

Paris, Doin, 2005 ; 589p.

9- BLOWN, MAURICE, BERGEAU, CAROLINE.

« Dictionnaire de la réadaptation, tome 2 : termes d'intervention et d'aides techniques. »

Québec : Les publications du Québec, 1997, 164p. , p 70.

10-CAUMES E

« Manifestations dermatologiques »

In: Katlama C, Pialoux G, Girard P M, eds.VIH. Paris: Doin, 2004; 155-66.

11- CAUMES E, BOSSI P

« Maladie de Kaposi »

In: Katlama C, Pialoux G, Girard P M, eds.VIH. Paris: Doin, 2004; 184.

12- FONQUERINE L, GIRARD P M

«Classifications, définitions et facteurs prévisionnels d'évolution de l'infection à VIH1 chez l'adulte »

In: Katlama C, Pialoux G, Girard PM, eds. VIH. Paris: Doin, 2004; 54-7.

13- GOBEAU B, BIERLING P

«Manifestations hématologiques »

In : Katlama C, Pialoux G, Girard P M .eds. VIH. Paris: Doin, 2004; 187-94.

14- http://data.unaids.org/pub/factsheet/2006/20060428_FS_YearsofAIDS_fr.pdf

15-<http://www.abbott.fr/abbott/Votre-sante/Infection-VIh/definition/structure-virus-VIH.aspx>

16- <http://www.snv.jussieu.fr/vie/dossier/SIDA/3cycle.html>

17-<http://www.eduscope.com/dossiers/actualités-diverses/la-stigmatisation.html>

18- HU DJ, VITECK CR, BARLHOLOW B, MASTRO D

«Key issues for a potential HIV vaccine »

Clin Infect Dis 2003; 36: 638-44.

19- Infection à VIH et SIDA

In: APPIT, ed E.Pilly, Montmorency: 2M2 Ed: 2006:89-2, 484-85.

20- KATLAMA C, PIALOUX G, GIRARD P M

« Traitements antirétroviraux »

In : Katlama C, Pialoux G, Girard P M, eds.VIH. Paris: Doin, 2004; 299-326.

21- LOT F

« Epidémiologie : situation actuelle et tendances »

In: Katlama C, Pialoux G, Girard P M, eds.VIH. Paris: Doin, 2004; 44-50.

22- MAYAUD C, CARDRANEL J

«Manifestations pulmonaires »

In : Katlama C, Pialoux G, Girard P M .eds.VIH. Paris: Doin, 2004; 75-92.

23- MAYAUD C, CADRANEL J

«Aids and the lung in a changing world »

Thorax 2001; 56: 423-6.

24- McMICHAL A, MWAN M, HANKE J

«Design and tests of HIV vaccine »

Br. Med Bull 2002; 62: 87-98.

25- MOULIGNIER A, MOULONGUET A

«Manifestations neurologiques »

In : Katlama C, Pialoux G, Girard P M, eds.VIH. Paris: Doin, 2004; 95-124.

26- MUSAKA S, TANGA O et NUWAGABA A, Organisation ougandaise d'aide aux malades (TASO)

« Ouganda : Discrimination, Stigmatisation et Déni liés au VIH/SIDA »

Onusida 2002, Collections Meilleures Pratiques de l'Onusida, Outils fondamentaux, 32p.

27- ONUSIDA :

« Cadre conceptuel et base d'action : Stigmatisation et Discrimination associées au VIH/SIDA » Juin 2002, 22p.

28- ONUSIDA :

« Protocoles pour l'identification de la discrimination à l'égard des personnes vivant avec le VIH »

Collections Meilleures Pratiques de l'Onusida, Outils fondamentaux, sept 2001, 40p.

29- ONUSIDA :

« Analyse situationnelle de la Discrimination et la Stigmatisation envers les personnes vivant avec le VIH/SIDA en Afrique de l'Ouest et du Centre. Considérations éthiques et juridiques » Mai 2002, 43p.

30- ONUSIDA :

« Stigmatisation, Discrimination et violations des droits de l'Homme associées au VIH : Etudes de cas interventions réussies »

Collections Meilleures Pratiques de l'Onusida ; Juillet 2002, 75p.

31- ONUSIDA/OMS :

« Le point sur l'épidémie du SIDA » Déc 2007, 60p.

32- OMS :

« Thérapie antirétrovirale contre l'infection par le VIH »

In : TB/HIV : Manuel clinique, p149.

33- Politique et protocoles de prise en charge antirétrovirale du VIH/SIDA

Janvier 2006, 63p.

34- PIALOUX G, WEISS L

« Vaccins préventifs anti-VIH : état de la recherche »

In: Katlama C, Pialoux G, Girard P M, eds. VIH. Paris, Doin, 2004; p559.

35- SCHULZ AM, BRADAC J A

«The HIV vaccine pipeline from preclinical to phase III»

AIDS 2001; 15 (Suppl 5): S147-S158.

36- TOSTIVINT I, DERAY G

«Manifestations néphrologiques»

In : Katlama C, Pialoux G, Girard P M, eds. VIH. Paris, Doin, 2004; 211-20.

37- CALVEZ V, GAUTHIERET-DEJEAN A, MARCELLIN A G.

« Virologie médicale et infection à VIH »

In: Katlama C, Pialoux G, Girard P M, eds. VIH. Paris : Doin, 2004; 12-4.

VIH - Annexes

FICHE D'ENQUETE N°

I- Identification

Q1- Sexe / ___/ (1) M (2) F

Q2- Age / _____/

Q3- Statut matrimonial / ___/

(1) Marié (e) (2) Célibataire (3) Divorcé (e) (4) Veuf (ve)

Q4- Nombre d'enfants :

Q5- Profession :

Q6- Niveau de scolarisation / ___/

(1) Primaire (2) Secondaire (3) Supérieur
(4) Non scolarisé (5) Ecole coranique (6) Autres

Q7- Lieu de Résidence / ___/

(1) Bamako (2) Koulikoro (3) Ségou (4) Kayes (5) Sikasso
(6) Tombouctou (7) Kidal (8) Gao (9) Mopti (10) Extérieur

II- Diagnostic / Social

Q8- Type / ___/ (1) VIH1 (2) VIH2 (3) VIH1 et VIH2

Q8- Circonstances de découverte de la séropositivité / ___/

(1) Dépistage volontaire (2) Hospitalisation (3) Grossesse
(4) Bilan systématique (5) Autres (préciser)

Q9- Indice de Karnofsky :

Q10a- Etes vous sous traitement / ___/ (1) Oui (2) Non

Q10b- Si oui lequel :

Q10c- Si oui durée :

Q11a- Observance du traitement : / ___/ (1) < 95 % (2) ≥ 95 %

Q11b- Si observance < 95 %, donnez les raisons / _____ /

- | | |
|---------------------------|----------------------------|
| (1) Nombre de comprimés | (2) Allégation de guérison |
| (3) Effets secondaires | (4) Voyage |
| (5) Manque de discrétion. | (5) Autres (préciser) |

Q12a-Avez-vous annoncé votre séropositivité à votre partenaire habituel?
/ _____ /

- (1) Oui (2) Non

Q12b- Si non pour quelles raisons :

Q12c- Si oui, réactions du partenaire : / ___ /

Q13a- Précisez-vous à vos partenaires occasionnels que vous êtes séropositifs ?

/ _____ / (1) Oui (2) Non (3) pas de partenaire

Q13a- Si oui comment réagissent-ils ?

Q13c- Si non, pour quelles raisons ?

Q14a-Utilisez-vous des préservatifs avec votre partenaire habituel? / _____ /

- (1) Oui (2) Non

Q14b- Si non pour quelles raisons ?

Q15a- Utilisez-vous des préservatifs avec vos partenaires occasionnels ? / ___ /

- (1) Oui (2) Non

Q15b- Si non pour quelles raisons ?

Q16a- Age de votre dernier enfant : / _____ /

Q16b- Son statut sérologique : / ___ / (1) positif (2) négatif

Q16c-Si positif, allaitement artificiel exclusif ? / ___ / (1) oui (2) non

Q16d- Si non pourquoi ?

Q17 a – Avez vous parlé de votre séropositivité au travail / ___/ (1) Oui (2) Non

Q17 b- Si oui réaction des collègues /___/ (1) solidarité (2) rejet (3) autres (préciser)

Q17 c –Si non pourquoi? /___/

(1) perte d'emploi (2) réaction négative des collègues (3) autres (préciser)

III - STRATEGIES

Q18-Prise des antirétroviraux en famille ? /___/

(1) Changer la boîte des ARV (2) se cacher pour prendre les ARV
(3) pas de prise (4) Autres (préciser)

Q19-Prise des antirétroviraux au travail ? /___/

(1) Dans les toilettes (2) Changer de boîte
(3) Etre seul pour les prendre (4) Pas de prise

Q20- Dissimulation de la maladie clinique.

(1) Cacher tout ou une partie de son corps (2) Autre nom à sa maladie
(3) Consulter à des heures inhabituelles (4) Autres (préciser)

Q21- Regard des autres.

(1) Consulter à des heures inhabituelles (2) Renouveler ses ARV incognito
(3) Changer de ville ou de pays (4) Changer de boîte aux ARV

Q22- Participation à des activités de sensibilisation sur le comportement à avoir à l'égard des PvVIH. /___/ (1) oui (2) non

Q23- Militez-vous dans une association de PvVIH dans ce but ?/___/

(1) oui (2) non

Fiche signalétique

Prénoms : Noé Daniel D. M

Nom : AKONDE

Pays d'origine : Mali

Année de soutenance :

Titre : *Evaluation de la stigmatisation associée au VIH et au SIDA au service de maladies infectieuses du C.H.U du Point G*

Secteur d'intérêt : Maladies Infectieuses

Adresse E-Mail : n_akonde@yahoo.fr

Résumé :

Le but de ce travail était d'étudier la stigmatisation associée au VIH/SIDA à propos de 63 observations faites au service des maladies infectieuses du C.H.U du Point G.

Il s'agissait de 34 hommes et de 29 femmes avec une moyenne d'âge de 38,24 ans. Tous les patients étaient immunodéprimés au VIH1 et sous traitement antirétroviral avec 57,1 % traités par la triomune.

Malgré leur adhérence au traitement 43 % des patients restaient silencieux sur leur séropositivité vis-à-vis de leur partenaire habituel.

Le préservatif n'était pas d'usage dans le couple dans 54 % et dans 93,7 % avec les partenaires occasionnels.

Près de la moitié des patients soit 46% se cachaient pour prendre leurs ARV en famille.

La moitié des patients (50 %) n'utilisaient pas le conditionnement originel des ARV mais plutôt de petites boîtes anonymes plus discrètes.

Beaucoup de patients soit 76,2 % n'étaient inscrits dans aucune association de PvVIH et ne participaient de fait à aucune activité de sensibilisation sur le comportement à avoir à l'égard des PvVIH.

Mots-clés : Stigmatisation, VIH, SIDA, adhérence, PvVIH

Descriptive sheet

First name : Noé Daniel D.M

Name : AKONDE

Country of citizen: Mali

Year of academic defense:

City : Bamako

Title : *Evaluation of the stigmatization associated to the HIV and to the AIDS at the Service of Infectious Diseases of the C.H.U of Point G.*

Interest center: *Infectious diseases*

E-mail : n_akonde@yahoo.fr

Abstract:

The purpose of this study was to study stigmatization associated to the HIV/AIDS about 63 observations made for the service of Infectious diseases of the C.H.U of Point G.

Volunteers were 34 men and 29 women of average age of 38.24 years. All were immunocompromised in the HIV1 and under antiretroviral treatment with 57.1 % handled by the triomune.

In spite of their adhesion to the treatment 43 % of the patients remained silent on their seropositivity lived face to face of their partner.

The condom was not the custom in the couple in 54 % and in 93.7 % with the occasionnals partners.

Approximately half of the patients are 46 % hid to take treatment in family.

Half of the patients (50 %) did not use the original packaging of the ARV but rather the small more discreet anonymous boxes.

Many patients at 76.2 % were not registered in none association of PvVIH and did not participate in none activity of sensibilization on the behaviour to be towards the PvVIH.

Keywords: Stigmatization, HIV, AIDS, Adhesion, PvVIH.

SERMENT D'HIPPOCRATE :

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

Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail, je ne participerai à aucun partage clandestin d'honoraires. Admis à l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira point à corrompre les mœurs, ni à favoriser le crime.

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

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

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

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

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

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

JE LE JURE.