

SIGLES ET ABREVIATIONS :

ABC : Abacavir
ADN : Acide désoxyribonucléique
ARN : Acide ribonucléique
ARV : Antirétroviraux
ATV : Atazanavir
AZT : Zidovudine
CBV : Combivir
CDC : Center of disease control
CSLS : Cellule sectorielle de lutte contre le sida
DDI : Didanosine
D4T : Stavudine
EDS IV : Enquête démographique et de santé du Mali 4^{ème} phase
EFV : Efavirenz
ELISA : Enzyme linked immunosorbent assay
IEC : Information, éducation, communication
IMAARV : Initiative malienne d'accès aux antirétroviraux
IDV : Indinavir
INNRT : Inhibiteur non nucléosidique de la reverse transcriptase
IP : Inhibiteur de Protéase
IST : Infections sexuellement transmissibles
IV : Intra Veineuse
LPV : Lopinavir
LPV/r : Lopinavir/ritonavir
NFS : Numération formule sanguine
NVP : Nevirapine
OMS : Organisation mondiale de la santé
PSI : Population service international
PVVIH : Personne vivant avec le VIH
VIH : Virus de l'immunodéficience humaine
SIDA : Syndrome de l'immuno déficience acquise
TDF : Ténofovir
RTV : Ritonavir
SQV : Saquinavir
3TC : Lamivudine
ZDV : Zidovudine
USAC : Unité de soins d'accompagnement et de conseils
CSRéf CV : Centre de santé de référence de la commune V
Ag : Antigène
Ac : Anticorps
INTR : Inhibiteurs nucléosidiques de la transcriptase reverse
INNTR : Inhibiteurs non nucléosidiques de la transcriptase reverse

ASACO : Association de santé communautaire

SIS : Système d'information sanitaire

ARCAD : Association de recherche de communication et d'accompagnement a domicile des personnes vivant avec le VIH

BMS : Bristol - myers squibb

SOMMAIRE

I. INTRODUCTION.....	1
II. OBJECTIFS.....	3
III. GENERALITES.....	4
IV. METHODOLOGIE.....	33
V. MONOGRAPHIE DU CENTRE.....	36
VI. RESULTATS.....	40
VII. COMMENTAIRES ET DISCUSSION.....	68
VIII. CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS.....	73
IX. REFERENCES.....	75
X. FICHE SIGNALÉTIQUE.....	85
XI. ANNEXES :	
1) Certificat de Bamanankan	
2) Certificat en éthique de la recherche	
3) outils d'enquête	
XII. SERMENT D'HIPPOCRATE	

I. INTRODUCTION :

Initialement désignée par les mots anglo-saxons de « compliance » qui signifie soumission, puis « d'adhérence », l'observance ou l'adhésion à un traitement peut être définie comme le suivi exact par un patient des modalités de prise d'un traitement. [1] Les chercheurs en sciences sociales, rejetant le mot « compliance » et en préférant adhérence (adhésion thérapeutique) ont voulu rompre avec le stéréotype du mauvais patient qui ne veut pas ou ne peut se soumettre aux prescriptions médicales. Ils ont voulu redonner leur place aux processus d'interaction, aux attitudes et actions des patients dont la désobéissance est parfois rationnelle et fondée sur des données pertinentes. C'est également la position des praticiens français qui veulent jeter les bases d'une clinique de l'observance en établissant un dispositif d'écoute et de repérage de la place que le sujet vient occuper dans une relation thérapeutique. [1]

Si certaines études ont porté sur quelques aspects de l'observance notamment : dans la cohorte dénommée APROCO [47], les proportions de patients déclarant une observance totale (100 % des doses prescrites), modérée (80 % à 99 %) ou basse (< 80 %) dans les quatre jours précédents sont quasi constantes à chaque visite des 20 premiers mois de suivi (respectivement 60 %, 30 % et 10 % des patients). Mais cette apparente stabilité transversale de l'observance dissimule des fluctuations au cours du temps : seuls 31 % des patients maintiennent une observance totale à tous les suivis, alors que la majorité d'entre eux (52 %) présentent occasionnellement des épisodes de non observance, et que les 17 % restants ne sont jamais totalement observant. [2]

La non observance concerne aussi bien la réduction de la fréquence de prise, la réduction du nombre de médicament pris, la mauvaise répartition des doses dans le temps que la non observance des directives d'administration. Les enquêtes révèlent que le pourcentage d'observance des prescriptions pour toute maladie chronique est de 60 à 70 %. [4]

ATARAO : « Appuyer le traitement antirétroviral en Afrique de l'ouest » a effectué une étude sur l'évaluation d'une intervention pour renforcer l'observance aux ARV [5] les facteurs liés à une bonne observance étaient les mêmes que ceux de l'étude précédente (citée ci-dessus). Aucune des deux études ne nous renseigne pour autant sur l'impact des facteurs socioculturels, économiques et médicaux dans le dispositif de l'observance.

L'observance apparaît comme une variable dynamique, jamais définitivement acquise mais au contraire fluctuante dans le temps et le vécu des personnes peuvent être définie comme un perpétuel compromis entre le patient, son traitement et l'équipe soignante.

Le comportement des PVVIH joue un rôle important ; la réduction de la morbidité et la mortalité liées au VIH /SIDA dépend de l'observance du traitement antirétroviral, la persistance des comportements sexuels à risque contribue à la propagation du virus.

Plusieurs études ont été réalisées sur le comportement face à la perception de l'affection [55].

En revanche peu d'études comportementales existent chez les patients sous ARV Il est important de comprendre les facteurs qui promeuvent les comportements sexuels à risque, et la non observance dans cette population afin d'entreprendre des interventions appropriées.

Vu la complexité du problème à l'échelle internationale et nationale, nous avons étudié le profil des patients atteints de VIH, les problèmes liés à sa prise en charge et au suivi du traitement, ainsi que leur vécu sexuel a l'USAC du centre de santé de référence de la commune V.

Ainsi, nous avons dégagé un objectif général et quatre objectifs spécifiques.

II. OBJECTIFS :

Objectif général

Étudier les pratiques sexuelles et l'observance thérapeutique des patients.

Objectifs spécifiques

1. Identifier les comportements sexuels chez les patients.
2. Déterminer le niveau de connaissance et de croyance à l'existence du VIH/SIDA en commune V.
3. Déterminer la fréquence de la notification du statut sérologique au partenaire sexuel, à la famille et l'entourage.
4. Apprécier le niveau d'observance des patients.

III. GENERALITES :

A- LE VIRUS DE L'IMMUNODEFICIENCE HUMAINE (VIH)

1. Historique

En 1983, Luc Montagnier et son équipe de l'Institut Pasteur de Paris isolèrent, à partir de ganglions lymphatiques, ce qui se révéla être un nouveau rétrovirus humain. Un peu plus tard, l'équipe de Robert Gallo au National Cancer Institute (NCI) et celle de Jay Levy à l'Université de Californie à San Francisco isolèrent un rétrovirus sur des patients atteints du VIH/SIDA et des personnes en contact avec des malades. Les trois équipes isolèrent ce que l'on appelle maintenant le VIH, l'agent étiologique du SIDA. Un second virus du SIDA humain (VIH-2) sera découvert trois ans plus tard par l'équipe de l'Institut Pasteur. [5]

2. Classification [6,7]

a - Famille

Le virus de l'immunodéficience appartient à la famille des ***Retroviridae*** ou des ***Rétrovirus***, car il possède la transcriptase inverse, qui a la propriété de "rétro transcrire" le matériel génétique viral (ARN) en ADN appelé **proviral**.

b - Genre

Son genre est celui des ***lentivirus*** c'est-à-dire les virus qui provoquent une maladie à évolution lente.

3. Structure du VIH (figure 1) [7]

Le VIH possède :

- Une **enveloppe virale** constituée d'une bicouche lipidique et de deux sortes de glycoprotéines :
- **gp120 et gp 41**. La molécule gp 41 traverse la bicouche lipidique tandis que la molécule gp120 occupe une position plus périphérique : elle joue le rôle de récepteur viral de la molécule membranaire CD4 des cellules hôte. L'enveloppe virale dérive de la cellule hôte. Il en résulte qu'elle contienne quelques protéines membranaires de cette dernière, y compris des molécules du CMH.

- Un **core viral** ou **nucléocapside**, qui 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 reverse (p64) et à d'autres protéines enzymatiques (protéase p10 et intégrase p32).

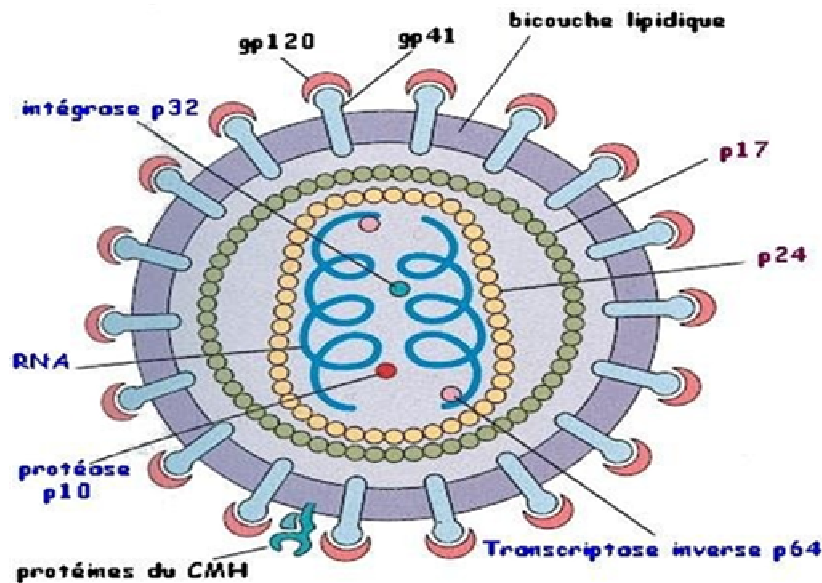


Figure 1 : Génome viral

4. Structure du génome viral [6,8]

Le génome du virus du SIDA se compose d'un ARN simple brin de 9181 nucléotides. Il comporte trois gènes principaux (Gag, Pol, et Env), ainsi que quelques gènes de régulation, de petite taille. Il comporte de plus des séquences spécifiques, situées à ses extrémités (5'UTR et 3'UTR - UTR = région non transcrite "Un'Transcribed Region").

Une fois rétro transcrit sous la forme d'un ADN double brin (voir cycle), il s'exprime par le biais de deux ARN messagers, qui aboutissent à la synthèse de trois protéines. Ces protéines sont ensuite clivées par des protéases, pour aboutir aux différentes protéines virales.

5. Cycle du VIH [8,9]

Le **virus du SIDA** présent dans le sang est capable de se fixer à des cellules particulières du système immunitaire: les lymphocytes T4. Ces lymphocytes sont ainsi nommés, car porteurs de la protéine transmembranaire CD4. La fixation du virus à ces cellules fait intervenir CD4 (reconnu par la protéine gp120 du virus), ainsi que d'autres protéines membranaires (les corécepteurs) (voir "entrée du virus"). A partir de cette fixation, le matériel génétique du VIH peut pénétrer dans le lymphocyte.

Une fois dans le cytoplasme, l'ARN du virus est rétrotranscrit en ADNc double brin. Cet ADNc pénètre dans le noyau, et s'intègre au génome de la cellule hôte.

Le Schéma ci-dessus résume ce cycle. Les légendes sont détaillées juste en dessous.

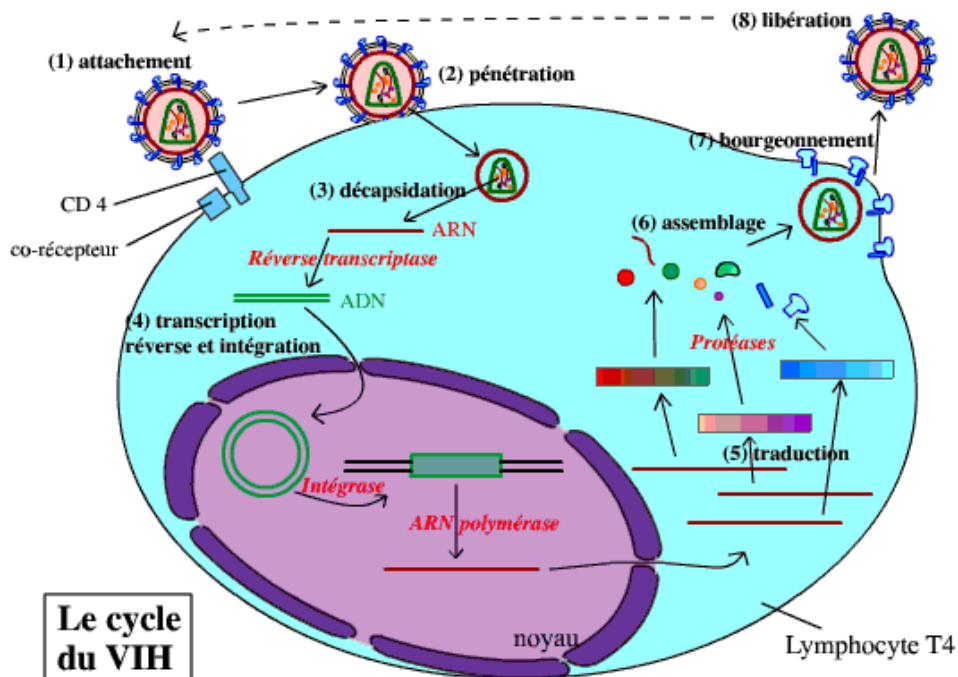


Figure 2 : Cycle de réplication

Légende

- (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 corécepteur).

(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.

(3) Décapsidation

Les deux capsides se dissocient, libérant l'ARN viral dans le cytoplasme.

(4) Reverse transcription et intégration

Grâce à la reverse transcriptase virale, l'ARN viral est rétro transcrit en ADN double brin. Cet ADN pénètre dans le noyau, où il s'intègre au génome du lymphocyte. Il est ensuite transcrit en ARN.

(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.

(6) Assemblage

Les protéines virales et l'ARN viral (transcrit par ailleurs) sont associées pour reformer des virus (sans la membrane). Les protéines virales membranaires sont intégrées à la membrane du lymphocyte.

(7) Bourgeonnement

Le virus bourgeonne, emportant un fragment de la membrane plasmique du lymphocyte (qui contient uniquement les protéines membranaires virales).

(8) Libération

Les nouveaux virus sont libérés dans le milieu intérieur. Ils peuvent infecter de nouveaux lymphocytes T4.

6. Les Phases du SIDA [9]

L'infection par le VIH passe par trois phases successives.

6.1 - La phase d'incubation

Cette période suit l'infection et peut durer de 3 semaines à 6 mois. Cette phase ne se traduit pas par des signes ou des maux spécifiques.

Les sujets qui sont infectés fabriquent contre le VIH des anticorps. C'est en fait la détection de ces anticorps par un test sérologique qui va révéler la séropositivité.

6.2 - La phase d'impregnation silencieuse

Dans les 10 années suivant la découverte de leur séropositivité :

- 60 % des sujets infectés développeront un véritable SIDA.
- 20 % des sujets contaminés ne présentent aucun signe de la phase SIDA au bout de 10 ans.
- 20 % connaîtront des syndromes mineurs.

6.3 - La phase SIDA [10]

Il y a une très grande diversité de symptômes de la maladie. Cependant, il y a trois grands groupes de symptômes :

- Les cancers.
- Les infections opportunistes ; appelées ainsi car les microbes profitent de l'amoindrissement des défenses immunitaires pour envahir l'organisme.
- Les manifestations neurologiques quand le VIH pénètrent dans le cerveau. Se caractérisent par des pertes de mémoire, une certaine confusion de langage, une diminution de l'acuité visuelle, et divers troubles d'ordres psychiques nécessitant l'intervention de psychiatres.

Le SIDA n'a pas une évolution continue. En effet, il évolue par poussées successives qui sont séparées par des phases de latences. Il arrive même parfois que le malade semble totalement guéri mais malheureusement, pour l'instant, ces périodes sont suivies de rechutes.

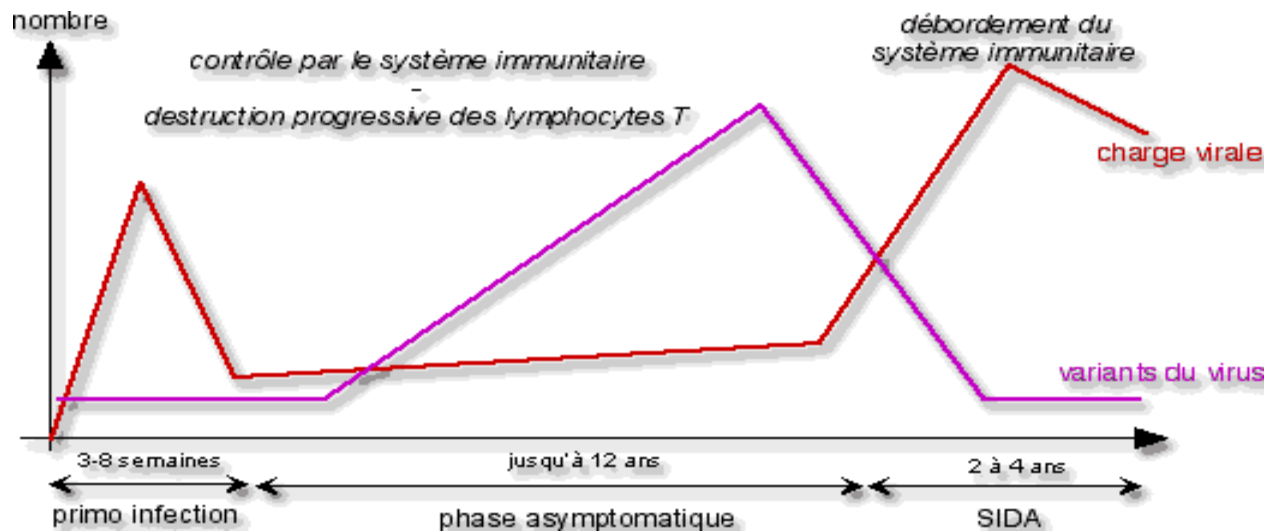


Figure 3 : Évolution de l'infection par le VIH

7. Transmission du VIH [11]

7.1 - Transmission par voie sexuelle [6]

- L'acte d'amour, cet acte merveilleux qui unit deux êtres peut être celui de tous les dangers même si celui-ci n'est accompli qu'une fois !
- Toutes les relations sexuelles, qu'elles soient vaginales ou anales, homosexuelles ou hétérosexuelles, peuvent transmettre les VIH.
- La transmission du VIH se fait, dans les couples hétérosexuels, aussi bien dans le sens homme–femme que femme–homme.
- En raison de la plus grande fragilité des muqueuses, les relations anales sont plus "infectantes" que les relations vaginales.
- Toutes les infections génitales de l'un des partenaires augmentent considérablement le risque de transmission de la maladie, quelles soient situées sur le gland ou le vagin.
- Les contacts oraux–génitaux et oraux–anaux comportent eux aussi des risques. De ce fait, il est recommandé d'utiliser un préservatif.

7.2 - Transmission par voie sanguine [6]

La transmission du VIH par le sang peut avoir lieu à différentes occasions :

- Lors d'une transfusion ou de l'injection de produits sanguins.

- Par des seringues et des aiguilles souillées. Dans le milieu médical, les seringues, les aiguilles ou autres instruments ne présentent plus aucun risque, tant sont rigoureuses les précautions qui entourent leur usage.
- Au cours de la grossesse. En effet le VIH peut se transmettre de la maman à son bébé, soit à travers le placenta pendant la grossesse soit au moment de l'accouchement ou par le lait maternel.

7.3 - Transmission verticale

La transmission du virus entre la mère et l'enfant peut survenir pendant la grossesse, l'accouchement ou l'allaitement [54,49].

7.4 - Transmission par les autres liquides

Le virus est présent dans le sang, le liquide séminal, les sécrétions vaginales et le lait des personnes infectées. Il faut une concentration de virus importante pour qu'il y ait contamination par ces liquides. Le virus se trouve à de très faible concentration dans la salive et la sueur [49].

8. Prévention

8.1. Vaccination

La recherche d'une réponse contre les parties constantes de la structure génétique du VIH constitue la base des travaux de recherche pour la mise au point d'un vaccin [50].

8.2. Prévention de la transmission sanguine

La prévention de la transmission sanguine repose sur le don de seringues aux toxicomanes par voie IV, la sécurisation de sang et des produits dérivés et en milieu médical sur le port des gants, le lavage des mains à l'alcool à 70° ou à l'eau de javel, et l'emploi de matériel à usage unique etc.... [51].

8.3. Éducation et changement de comportement

L'information et l'éducation doivent avoir pour objectif principal le changement des comportements sexuels. Cette prévention repose sur l'abstinence, la fidélité, l'utilisation de préservatif. Les topiques microbicides

peuvent être utilisés à la place du préservatif chez les patients ne pouvant s'en servir.

8.4. Prévention de la transmission mère enfant

Le traitement ARV en début de travail chez la femme enceinte infectée par le VIH suivi d'un traitement chez le nouveau-né permet de réduire la transmission mère-enfant. [52].

9. Méthodes de diagnostic

Le diagnostic du SIDA se fait par la clinique et par la biologie.

9.1 - Diagnostic clinique

Le diagnostic clinique de l'infection VIH se fait partir de la définition du SIDA :

9.1.1 - Définition du SIDA en Afrique

Le SIDA a été défini lors de la réunion atelier de Bangui du 22 au 25 octobre 1985. Cette définition a été scindée en deux : chez l'adulte et chez l'enfant.

Chez l'adulte : le SIDA est défini par l'existence d'au moins deux signes majeurs associés à un signe mineur en l'absence de toutes autres causes d'immunodépression, telles que les cancers, la malnutrition sévère, etc.

De même la présence d'un sarcome de Kaposi généralisé ou d'une méningite à cryptococcoque est suffisante pour affirmer le diagnostic du SIDA.

Chez l'enfant : le SIDA pédiatrique est suspecté chez un enfant présentant au moins deux signes majeurs associés à au moins deux signes mineurs en l'absence de causes connues d'immunodépression.

(Signes majeurs : perte de poids ou courbe de poids anormale, diarrhées supérieures à un mois, fièvre prolongée supérieure à un mois. Signes mineurs : toux persistantes supérieures à un mois, dermatoses prurigineuse généralisées, candidoses oropharyngées, adénopathies généralisées, infection, infection maternelle à VIH confirmée) [13]

9.1.2 - Définition du SIDA en stades cliniques proposée par l'OMS :

En 1993 l'OMS a proposé la classification des manifestations cliniques du VIH en quatre stades :

➤ Stade clinique 1

- Patient asymptomatique.
- Adénopathie persistante généralisée.

Degré d'activité 1 : patient asymptomatique activité normale.

➤ Stade clinique 2

- Perte de poids supérieure à 10 % du poids corporel.
- Manifestations cutanéomuqueuses mineures (dermatites séborrhéiques, prurigo, atteinte fongique des ongles, ulcérations buccales récurrentes, chéilite angulaire).
- Zona au cours des cinq dernières années.
- Infections récidivantes des voies respiratoires supérieures.

Et\ou degré d'activité 2 : patient symptomatique, activité normale.

➤ Stade clinique 3

Perte de poids supérieure à 10 % du poids corporel, diarrhée chronique inexpliquée pendant plus de 1 mois. Fièvre prolongée inexpliquée (intermittente ou constante) pendant plus de 1 mois, candidose buccale (muguet). Leucoplasie chevelue buccale. Tuberculose pulmonaire dans l'année précédente. Infections bactériennes sévères

Et\ou degré d'activité 3 : patient alité moins de la moitié de la journée pendant le dernier mois.

➤ Stade clinique 4

Syndrome cachectisant du VIH, pneumopathie à *Pneumocystis carinii*.

Toxoplasmose cérébrale. Cryptosporidiose, accompagnée de diarrhée de plus de 1 mois. Cryptococcose, extra pulmonaire.

Cytomégalovirose (CMV) touchant un autre organe que le foie, la rate, ou les ganglions lymphatiques.

Herpès cutanéomuqueux pendant plus de 1 mois ou viscéral quelle qu'en soit la durée, leuco-encéphalopathie multifocale progressive.

Toute mycose endémique généralisée (histoplasmosse, coccidiodomycose).

Candidose de l'œsophage, de la trachée, des bronches ou des poumons.

Mycobactéries atypiques généralisées.

Septicémies à salmonelles non typiques, tuberculose extra pulmonaire.

Lymphomes, sarcome de Kaposi, encéphalopathie à VIH.

Et\ou degré d'activité 4 : patient alité plus de la moitié de la journée pendant le dernier mois.

9.2 - Diagnostic biologique

Parallèlement à l'évolution de l'infection, un certain nombre de paramètres varie : la quantité de CD 4 (correspondant au nombre de lymphocytes - elle diminue donc pendant la phase asymptomatique), la quantité d'ARN viral (correspondant au nombre de virus), et les anticorps anti-VIH. Ces derniers montrent la réaction du système immunitaire face à l'infection par le VIH.

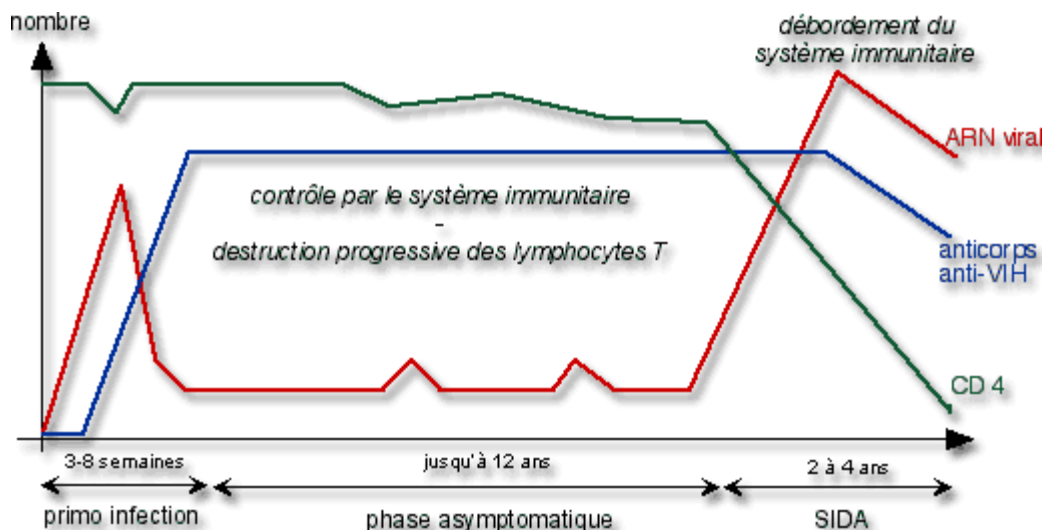


Figure 4 : Evolution de quelques paramètres lors de l'infection

Le diagnostic biologique repose alors sur :

- la recherche des anticorps spécifiques du virus : diagnostic indirect (sérologique) le plus utilisable en routine ;

- la recherche du virus lui même ou de certains de ses constituants : diagnostic direct. [14]

a - Diagnostic indirect

Les méthodes immuno-enzymatiques ou ELISA

Leur principe consiste à piéger les anticorps spécifiques du sérum par les antigènes du VIH fixés au fond des cupules et à utiliser un système enzymatique révélateur de cette réaction Ag-Ac. Il existe actuellement de nombreuses techniques, par exemple :

- la technique ELAVIA1, destinée au dépistage des Ac anti VIH1 ;
- la technique ELAVIA2, destinée au dépistage des Ac anti VIH2 ;
- la technique ELAVIA mixte pour la recherche des types d'Ac VIH1 et VIH2.

Les méthodes immuno-blotting

Ce sont des méthodes dites de confirmation. Leur principe consiste, à partir du virus purifié et inactivé, à fractionner ses protéines spécifiques et à les faire migrer par électrophorèse en fonction de leur poids moléculaire, puis à les transférer par incubation électrophoretique du gel à une bandelette de nitrocellulose.

Un Western Blot positif se définit par la présence d'anticorps dirigés contre au moins l'une des glycoprotéines d'enveloppe, associés au moins un des anticorps dirigés contre une protéine interne du virus. [15]

La radio immunoprécipitation (RIPA)

C'est une technique de confirmation très sensible mais d'emploi délicat réservé à quelques laboratoires agréés.

Les techniques de seconde génération

Elles utilisent comme Ag des protéines recombinantes obtenues par génie génétique. Ce sont des tests de dépistage rapide (ex : le HIV-check) mais nécessitant un test de confirmation.

b - Diagnostic direct

Recherche du virus : elle peut se faire en microscopie électronique, à partir du sang ou des ganglions. Cette technique n'est pas très appliquée à cause de son coût élevé.

Recherche des Ag viraux : elle utilise la méthode immuno-enzymatique mettant en évidence les antigènes (essentiellement la protéine P25). Elle donne 50 % de taux négatif et n'est pas recommandée en Afrique à cause de son coût élevé. [15]

B - LES ANTIRETROVIRAUX (ARV)

Les acquis en matière de thérapeutique antirétrovirale ont bouleversé favorablement le pronostic et le cours de la maladie à VIH. Ainsi les associations thérapeutiques comportant deux analogues nucléosidiques et un inhibiteur de la protéase, communément dénommées trithérapies ont, en permettant une réduction profonde de la charge virale et une augmentation des lymphocytes CD4, conduit à la réduction de 80 % de la mortalité, et de 85 % des infections opportunistes.[16]

Cette puissante inhibition de la réplication du VIH chez les premiers patients recevant une combinaison thérapeutique triple composée d'un inhibiteur de la protéase (IP) et de deux analogues nucléosidiques inhibiteurs de la transcriptase inverse avait autorisé l'espoir d'obtenir chez les répondeurs (patients ayant une charge virale indétectable dans le sang périphérique) une éradication du VIH.

La mise en évidence par plusieurs équipes de la présence de cellules infectées de façon latente et contenant l'ADN pro viral du VIH ainsi que la possibilité d'une réplication continue à bas bruit chez les patients parfaitement contrôlés sous traitement ont tempéré ces objectifs. [17, 18]

La mise en évidence de la résistance du VIH aux différentes molécules qui lui sont opposées ne fut pas une surprise. Cependant cette réalité devient inquiétante si l'on considère que la charge virale reste détectable chez 40 % des patients bénéficiant d'un traitement antirétroviral, et que le nombre de patients en échec thérapeutique tend à augmenter avec le temps. [19]

De plein pied dans le 21^{ème} siècle d'autres défis sont lancés aux thérapeutes et à la recherche clinique :

- a) - La tolérance des traitements s'amenuise avec le temps ; apparaissent des effets secondaires sévères, qui peuvent à terme compromettre certains traitements si aucune solution n'est envisagée.
- b) - En l'absence d'éradication, la thérapeutique devra être maintenue durant des années. La toxicité au long cours des traitements, la lassitude des patients envers ceux-ci, nous imposent de réfléchir à d'autres voies thérapeutiques : recherche de

molécules agissant sur d'autres cibles du cycle du rétrovirus, immunothérapie avec en particulier, pour objectif la recherche d'une immunisation spécifique contre le VIH permettant d'envisager peut-être la suspension des traitements.

1 - Définition des ARV :

Les antirétroviraux constituent un ensemble de médicaments anti-infectieux actifs sur les virus du syndrome de l'immunodéficience acquise (VIH1 et VIH2). Il s'agit de médicaments essentiellement virostatiques qui agissent par inhibition enzymatique. [20]

2 - Historique :

La zidovudine, premier antirétroviral à avoir été mis sur le marché, est une molécule connue depuis 1964 (étudiée pour ses propriétés anticancéreuses). Son activité antirétrovirale (sur le virus du Freind) fut démontrée en 1975.

Son activité contre le VIH a été démontrée au National Cancer Institute (USA) puis son développement clinique subventionné conduit dans un temps record à une autorisation de mise sur le marché en 1987. Molécule dérivée de la thymidine, extraite de la laitance de hareng, à partir de D-xylose. [21]

En 1987, la Food and Drug Administration aux USA a homologué la zidovudine (AZT).

Les années suivantes, d'autres nouveaux médicaments de la même famille ont été introduits (Didanosine, Stavudine, Abacavir, Lamivudine).

Les principaux problèmes rencontrés avec tous ces produits, y compris l'AZT sont leur activité limitée, leur toxicité et leur intérêt diminuant avec le temps à cause de l'apparition de résistances.

En 1996 une autre famille d'antirétroviraux fut disponible, les inhibiteurs de la protéase qui feront naître de nouveaux espoirs, par la trithérapie. [22]

3 - Objectifs du traitement antirétroviral :

Au plan clinique : prolongation et meilleure qualité de vie.

Au plan virologique : réduction de la charge virale au stade de l'indétectabilité aussi longtemps que possible.

Au plan immunologique : reconstitution tant qualitative que quantitative du système immunitaire.

Au plan thérapeutique : atteinte virologique avec peu d'effets secondaires, corollaire d'une meilleure adhérence au traitement.

Au plan épidémiologique : réduire la transmission du VIH. [23, 24]

4 - Le counseling :

L'organisation mondiale de la santé (OMS) définit le counseling du VIH/SIDA comme *« un dialogue confidentiel entre un client et un personnel soignant en vue de permettre au client de surmonter le stress et de prendre des décisions personnelles par rapport VIH/SIDA. Le counseling consiste notamment à évaluer le risque personnel de transmission du VIH et à faciliter l'adoption de comportements préventifs »*.

Après l'annonce de la séropositivité, plusieurs points doivent être abordés avec le patient :

- la nécessité d'informer le partenaire sexuel,
- le dépistage des enfants,
- l'adhérence aux pratiques sexuelles sans risque,
- l'utilisation du préservatif pour prévenir la transmission du VIH, et l'acquisition des IST et une autre souche de VIH ;
- le caractère chronique de l'infection et l'efficacité de la prise en charge dans la majorité des cas [53].

5 - Rappels physiopathologiques et niveau d'action des ARV [25]

a) - les huit étapes de la réplication du VIH

Première étape : Fixation du virus sur les récepteurs spécifiques de la membrane des CD4.

Deuxième étape : Fusion entre le virus et la cellule hôte : le matériel génétique viral est "injecté " sous forme d'ARN (d'où le nom de Rétrovirus) donc encore illisible par les enzymes de la cellule infectée.

Troisième étape : La *transcriptase inverse* transforme l'ARN en ADN monobrin, donc toujours pas lisible.

Quatrième étape : L'ADN monobrin est doublé afin d'être intégré au matériel génétique de la cellule.

Cinquième étape : Intégration de l'ADN dans le noyau de la cellule grâce à une enzyme l'*intégrase*.

Sixième étape : Activation de la synthèse des protéines virales à l'aide des nutriments et des enzymes cellulaires.

Septième étape : Assemblage des protéines virales en enveloppe par les *protéases*, et maturation en vue de l'intégration de l'ARN nouvellement formé.

Huitième étape : Bourgeonnement de la membrane cellulaire qui se lyse en laissant échapper les nouveaux virus.

b) - Les stades au niveau desquels agissent les médicaments

Il existe aujourd'hui cinq stades sur lesquels peuvent agir les traitements :

- Inhibiteurs de la fusion (stade 1).
- Inhibiteurs de la transcriptase inverse (stade 3) par les **inhibiteurs nucléosidiques** et les **inhibiteurs non nucléosidiques**.
- Inhibiteurs de l'intégrase (stade 5) par thérapie génique.
- Inhibiteurs de la transcription par les ARNm viraux par thérapie génique.
- Inhibiteurs de l'assemblage (stade 7) par les **inhibiteurs de la protéase**.

6 - Les traitements disponibles à ce jour

Ils appartiennent à quatre grandes familles :

- **Les inhibiteurs nucléosidiques** qui sont utilisés par la transcriptase inverse pour fabriquer une malfaçon d'ADN au niveau du stade 2.
- **Les inhibiteurs non nucléosidiques** qui agissent également au stade 2.
- **Les inhibiteurs de la Protéase** agissent au stade 7, en empêchant les protéines virales fabriquées de s'assembler pour former d'autres virus.
- **Les inhibiteurs de la fusion** peu nombreux bloquent l'attachement et la pénétration du virus dans la cellule (stade 1).

7 - Classification pharmacologique et chimique [26]

7.1 - Les inhibiteurs nucléosidiques de la transcriptase inverse

7.1.1 - Structures chimiques

Selon la structure chimique, nous avons :

- Les analogues de la thymidine

Zidovudine, AZT ou RETROVIR* ou AVIRO-Z*

3'-azido-2'3'-didésoxythymidine

Stavudine, D4T ou ZERIT* ou AVOSTAV*

2',3'didéhydro-2',3'didésoxythymidine

Emtricitabine, FTC ou COVIRACIL*

- Les analogues de la cytidine

Lamivudine, 3TC ou EPIVIR* ou AVOLAM*

2',3'-didésoxy-3'-thiacytidine

Zalcitabine, DDC ou HIVID*

2',3'-didésoxycytidine

- Les analogues de l'inosine

Didanosine, DDI ou VIDEX*

2',3'-didésoxyinosine

- Les analogues de l'adénine (analogue carboxylique de nucléoside)

Abacavir, ABC ou ZIAGEN*

7.1.2 - Mécanisme d'action

Les Inhibiteurs Nucléosidiques de la transcriptase inverse exercent une compétition avec les nucléosides naturels sur la transcriptase inverse et bloquent l'élongation de l'ADN viral (terminaison de chaîne).

Ils sont actifs sur le VIH-1 et sur le VIH-2. Les Inhibiteurs Nucléosidiques ont en commun de devoir être triphosphorylés en position 5' par des enzymes cellulaires actifs. La connaissance de ces étapes de phosphorylation revêt une importance clinique. [27]

Ces étapes de phosphorylation sont valables d'une molécule à l'autre et dépendent également de l'état d'activation cellulaire : ainsi la triphosphorylation de la Zidovudine (AZT) est plus efficacement opérée dans les cellules mononuclées activées, et celle de la Zalcitabine (ddc) et de la Didanosine (ddi), dans les cellules au repos. En outre l'AZT et la D4T (Stavudine) (ces deux inhibiteurs étant des analogues de la thymidine) entrent en compétition pour la phosphorylation initiale par la thymidine kinase cellulaire, ce qui explique leur effet antagoniste in vitro, effet confirmé in vivo par un essai d'association de ces deux molécules ; il a été suggéré qu'un traitement antérieur par l'AZT pouvait réduire les capacités de phosphorylation de la d4T prescrite en relais, même si ce point reste débattu. De même, il existe une compétition pour la phosphorylation entre la ddc et 3TC (Lamivudine) < tous deux analogues de la cytidine > et cette association n'est pas recommandée. Par ailleurs, il a été montré que la demi-vie intracellulaire de la forme active de la ddi, la ddATP, est très longue (8h à 40h), ce qui autorise, au vu de résultats cliniques favorables, sa prescription en une prise quotidienne.[28]

Les molécules disponibles sont les suivantes :

- **La zidovudine – DCI** : Zidovudine, AZT
- **La stavudine – DCI** : Stavudine - d4T
- **La lamivudine – DCI** : Lamivudine, 3TC
- **La didanosine – DCI** : DDI
- **L'abacavir – DCI** : Abacavir, ABC
- **L'emtricitabine – DCI** : Emtricitabine, FTC

- **La tenofovir – DCI** : Tenofovir, TDF

7. 2 - Les inhibiteurs non nucléosidiques de la transcriptase inverse [30]

Ils agissent sur le site allostérique de la transcriptase inverse, ils modifient la configuration du site actif et le rendent inapte à remplir sa fonction de polymérase : ce qui arrête la formation de l'ADN proviral. Ces molécules sont actives uniquement sur la transcriptase inverse du VIH1.

Comme molécules nous avons :

- **L'efavirenz – DCI** : Efavirenz

- **La névirapine – DCI** : Névirapine

- **La delaviridine – DCI** : Delaviridine

7.3 – Les inhibiteurs de la protéase

Les inhibiteurs de la protéase sont le produit d'une modélisation rationnelle fondée sur la connaissance de la structure tridimensionnelle de la protéase du VIH et de ses sites de clivage [30, 31].

Il s'agit des molécules peptidomimétiques se fixant au site de liaison du substrat à l'enzyme, ce qui empêche le clivage des précurseurs protéiques p55-Gag et p160-Gag-Pol ; il en résulte la libération des particules virales défectueuses et non infectieuses. De plus, les antiprotéases semblent avoir un effet inhibiteur de l'apoptose lymphocytaire, ce qui pourrait limiter, par un effet propre, la diminution du nombre des lymphocytes CD4 circulants. [32]

Comme molécules nous avons :

- **Le ritonavir – DCI** : Ritonavir

- **L'indinavir – DCI** : indinavir

- **Le saquinavir – DCI** : saquinavir

- **Le nelfinavir – DCI** : nelfinavir

- **L'amprénavir – DCI** : Amprénavir

- **Lopinavir, ritonavir – DCI** : Lopinavir + ritonavir

- **L'atazanavir – DCI** : Atazanavir AZV

- **La tripanavir – DCI** : Tripanavir

7.4 - Inhibiteurs de la fusion

7.4.1 – Enfuvirtide

C'est le prototype d'un nouveau type de drogue : **les inhibiteurs d'entrée**. Il est bien toléré, mais son administration est uniquement par injection. Il sera important dans le futur pour les thérapies de récupération.

DCI : Enfuvirtide T- 20

8 - Indications du traitement : [33]

8.1 – Protocoles préférés

Il existe quatre régimes d'efficacité prouvés qui sont proposés en traitement de première ligne chez les patients naïfs de traitement antirétroviral. Ils associent 2 inhibiteurs nucléosidiques (D4T ou AZT, Lamivudine) à un inhibiteur non nucléosidique (névirapine ou efavirenz).

Stavudine ou + Zidovudine	Lamivudine	Névirapine + Ou Efavirenz
--	-------------------	--

8. 2 - Raisons motivant le choix de ces régimes

- Efficacité prouvée
- Facilité d'administration (disponibilité des combinaisons fixes)
- Absence de besoins de chaînes de froid
- Disponibilité dans le pays
- Coût faible

9 - Indications de changements de régime [33]

9.1 - Echec du traitement

9.1.1- Critères cliniques d'échec thérapeutique

- Survenue d'une nouvelle infection opportuniste ou tumeur maligne (à différencier d'une manifestation de reconstitution immunitaire qui peut survenir dans les trois mois suivant l'initiation du traitement antirétroviral.
- Récurrence d'une ancienne infection opportuniste.
- Survenue ou récurrence d'une affection du stade III de l'OMS.

9.1.2- Critères immunologiques d'échec thérapeutique

- Retour du nombre de CD4 aux niveaux ou sous les niveaux pré thérapeutiques en l'absence de la survenue d'une infection concomitante pouvant expliquer cette baisse.
- Baisse de plus de 50 % du nombre de CD4 par rapport au pic atteint sous traitement en l'absence de la survenue d'une infection concomitante pouvant expliquer cette baisse.

10 - Intolérance à une molécule des régimes de première ligne ^{33}

En cas d'effet secondaire pouvant être imputé à une molécule particulière, celle-ci est remplacée par une molécule de la même famille ne présentant pas le même type d'effet secondaire.

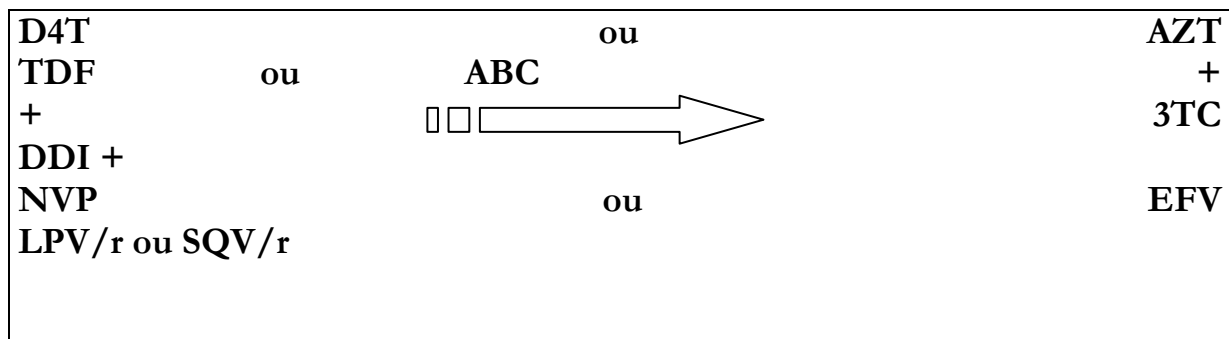
Effet secondaire	Molécule incriminée	Molécule de substitution
Trouble du système nerveux central	EFV	NVP
Troubles gastro-intestinaux	AZT	D4T
Toxicité hématologique	AZT	D4T
Rash avec risque vital	NVP	IP
Hépatotoxicité	NVP	EFV
Lipoatropie	D4T	EFV (sauf si grossesse)
Pancréatite	D4T	AZT
Neuropathie	D4T	AZT

11 - Régimes recommandés en cas d'échec au traitement de première ligne [33]

11.1 – Principe

En cas d'échec au traitement de première ligne on devra proposer un nouveau régime comprenant 3 nouvelles molécules dont une classe nouvelle (pas encore utilisée par le patient).

11-2- Régimes de deuxième ligne recommandés en cas d'échec thérapeutique



C - LES ANTIRETROVIRAUX AU MALI

Au Mali l'analyse de la situation de l'épidémie en 1999 a permis de révéler dans le cadre de la réponse nationale que le traitement antirétroviral est resté largement défavorisé par rapport aux autres aspects de la lutte. Cependant cette thérapie est reconnue être partie intégrante de la prévention et a donné des résultats satisfaisants à travers certaines initiatives africaines.

L'engagement des chefs d'état et de gouvernement face à l'épidémie en Afrique, et la possibilité d'avoir les ARV à coût inférieur à 90 % comparé aux pays du Nord par les pays africains, l'engagement personnel du Chef de l'Etat du Mali dans les activités de lutte contre le SIDA et la volonté politique de son gouvernement se sont traduits par la mise en place d'une ligne budgétaire pour les activités de prise en charge des malades pour l'année 2001. L'**IMAARV** née de cette volonté vise à l'utilisation des ARV à une large échelle à travers la promotion des prix de ces molécules.

1– L'accès aux antirétroviraux [34]

L'accès aux ARV au Mali a connu une évolution à deux vitesses, car les ARV existaient de façon effective et suivie avant même la mise en place de l'**IMAARV**.

L'avènement de l'**IMAARV** a favorisé une utilisation à grande échelle des ARV.

1.1 - L'IMAARV

1.1.1- Historique

Un document intitulé « Initiative Malienne d'accès aux antirétroviraux » (IMAARV) a été élaboré en juin 2001, sous forme d'un plan d'action, validé par le conseil élargi du cabinet du Ministre de la Santé [4].

Des négociations furent engagées avec les firmes pharmacocinétiques productrices d'antirétroviraux, afin d'obtenir une réduction de leur prix de vente. Une négociation directe eut lieu avec les laboratoires G-W et MSD.

Des échanges de courriers officiels avec BMS et Boehringer ont abouti pour BMS à la mise en route au Mali du programme « Access to HIV/AIDS care and treatment » ; Boehringer s'est engagé, par l'intermédiaire de l'UNICEF, à livrer

gratuitement la névirapine destinée à la prévention de la transmission mère - enfant.

Une décision ministérielle a mis en place quatre commissions techniques pour la gestion de l'initiative :

- un comité médical chargé des schémas de traitement et de la formation du personnel ;
- un comité pour les aspects sociaux ;
- un comité d'éligibilité au traitement et de suivi ;
- un comité de gestion de médicaments et réactifs.

L'accord signé avec G-W et MSD le 26 avril 2001 a mis un accent particulier sur la maîtrise du circuit des médicaments pour éviter qu'ils ne se retrouvent dans la rue ou dans d'autres pays.

Le lancement officiel de cette initiative a eu lieu en début d'avril 2001 par le Ministère de la Santé.

Trois sites ont été retenus pour le démarrage, deux centres hospitaliers et un centre spécialisé le CESAC, tous à Bamako.

1.1.2- Objectifs

- Améliorer la qualité de vie des personnes séropositives.
- Améliorer la prise en charge thérapeutique des personnes séropositives et proposer des traitements prophylactiques (dans le cadre de la prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant et des accidents d'exposition au sang) en rendant accessibles les ARV.
- Améliorer les capacités thérapeutiques.

1.1.3- Stratégies

- Satisfaire aux conditions préalables à l'utilisation des ARV.
- Assurer la bonne gestion des ARV et réactifs.
- Assurer une sélection rigoureuse des patients en fonction de critères bio cliniques et socio-économiques dans un souci d'équité.
- Assurer la pérennisation de l'accès aux ARV.

- Evaluer les résultats obtenus grâce aux projets de recherche accompagnateurs.
- Améliorer la capacité d'intervention du secteur social.
- Evaluer périodiquement l'IMAARV.

1.1.4 – Critères de surveillance biologique

- **Jo** : NFS, créatinine, transaminases, glycémie, CD4/CD8, radio pulmonaire.
- **M1** : NFS, plaquette, créatinine, transaminases, ARN-VIH1
- **M2** : NFS, créatinine, transaminases, glycémie, (triglycérides, cholestérol, lipasémie selon les besoins).
- **M6, M12, M18, M24**, etc., idem M2 + CD4/CD8, ARN-VIH1

2 – Les différents ARV utilisés au Mali [4]

Tableau : 1

Molécule	Dosage	Forme
Didanosine	50mg	Comprimé dispersible
Didanosine	100mg	Comprimé dispersible
Didanosine	250mg	gélule
Efavirenz	200mg	gélule
Efavirenz	600mg	gélule
Indinavir	400mg	gélule
Lamivudine	150mg	comprimé
Lamivudine	10mg/ml	solution
Nelfinavir	50mg/ml	solution
Névirapine	200mg	comprimé
Névirapine	50mg/ml	Solution
Stavudine	1mg/ml	Solution
Abacavir	300mg	comprimé
Tenofovir	300mg	comprimé

Molécule	Dosage	Forme
Zidovudine	300mg	comprimé
Zidovudine	100mg/ml	Solution
Lopinavir /ritonavir	200mg/50mg	comprimé
Lopinavir /ritonavir	100mg/25mg	Comprimé dispersible
Lopinavir /ritonavir	100mg/ml	Solution

Tableau : 2

Associations fixes	Forme
Combivir (Zidovudine +Lamivudine) 300mg 150mg	Comprimé
Tenolam (Lamivudine +Tenofovir) 300 mg 300mg	Comprimé
Viraday (Entricitabine+Tenofovir+Efavirenz) 200 mg 300 mg 600 mg	Comprimé
Duovir-N (Zidovudine + Lamivudine+ Névirapine) 300mg 150mg 200 mg	Comprimé
Trionine (Stavudine+ Lamivudine+ Névirapine) 30 mg 150 mg 200 mg	Comprimé

3 – Les schémas thérapeutiques

3.1- Les traitements de première intention recommandés en priorité

Il s'agit de 2 inhibiteurs nucléosidiques de la transcriptase inverse (INTI) et d'un inhibiteur de protéase (IP) ou de 2 inhibiteurs de la transcriptase inverse et d'un inhibiteur non nucléosidique de la transcriptase inverse (INNTR).

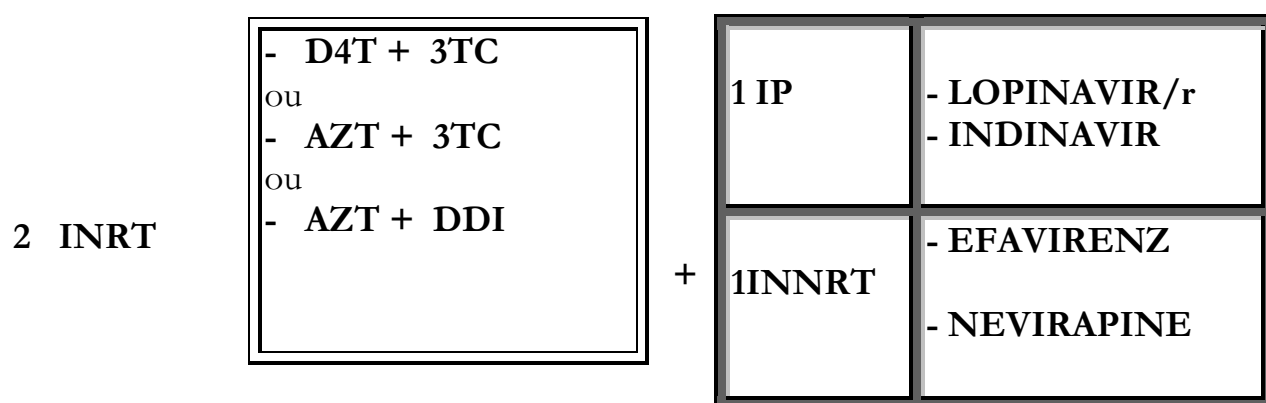


Figure 1: Schéma thérapeutique de première intention

3.2- Autres traitements à initier

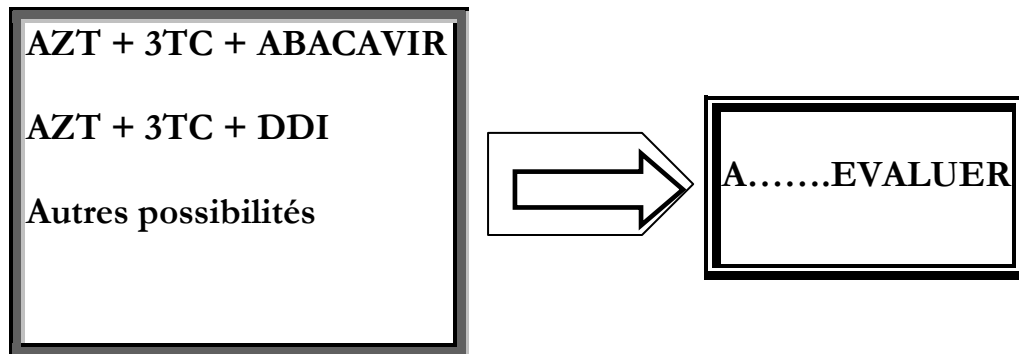


Figure 2 : Schéma thérapeutique secondaire

D - OBSERVANCE

L'observance est la capacité d'un patient à respecter le traitement qui lui a été prescrit. Elle est indispensable pour obtenir une suppression de la multiplication virale, la restauration de l'immunité, l'amélioration de la qualité de vie, l'élongation de la durée de vie et la réduction du risque de sélection de souches résistante aux ARV. Cette observance peut être influencée par beaucoup de facteur qui les déterminants de l'observance.

1 Les facteurs liés à l'observance

1.1 Les facteurs liés au malade

*** Les facteurs liés à la société**

- Confidentialité
- Stigmatisation, discrimination, peur de rejet
- Soutient et solidarité de l'entourage
- Promiscuité (repas, endroit pour garder les médicaments)

*** Les facteurs liés à la culture**

- Notamment à la croyance au traitement.
- Confiance à la médecine moderne.
- Niveau d'instruction.
- Préférence des tradithérapeutes.
- Représentations culturelles de la maladie et des médicaments.
- Association éventuellement des deux thérapies (médecine moderne, médecine traditionnelle).
- Amélioration trop lente de l'état de santé.

*** Les facteurs liés à la pauvreté**

- Moyens financiers
- Précarité, logement, lieu de travail
- Accessibilité géographique
- Aspect nutritionnel

1.2 Les facteurs liés au traitement

- Schéma thérapeutique (nombre de comprimés et nombre de prise par jour) ;
- Obligation alimentaire (horaire de prises par rapport aux repas) ;
- Effets indésirables ;
- Traitements associés.

1.3 Les facteurs liés aux acteurs de santé

- Plateaux techniques ;
- Insuffisance de ressources humaines qualifiées (assistance sociale) ;
- Gestion de la confidentialité ;
- Disponibilité, manque de motivation du personnel.

2 Conséquences d'une mauvaise observance

L'échec thérapeutique : c'est la conséquence de l'émergence de souches résistantes aux traitements. Il peut s'agir d'un échec clinique, ou d'un échec biologique (immuno-virologique). Il a pour finalité une augmentation de la morbidité et de la mortalité. L'Echec clinique : il se traduit par la récurrence d'une infection opportuniste antérieure, l'aggravation de la maladie ou l'apparition d'une tumeur.

- L'Echec virologique : il se définit par la constatation de deux charges virales successives supérieures à 1000 copies/ml.
- L'Echec immunologique : consiste à une chute des CD4 + à leur niveau pré thérapeutique ou en dessous. Ou encore par une baisse des CD4 < 50 % par rapport au niveau initial [45] en dehors de toute autre pathologie pouvant induire une chute transitoire des CD4.

Autres conséquences de l'échec thérapeutique :

- la détérioration de la relation soignant/soigné ;
- la transmission des souches résistantes et leur vulgarisation ;
- le découragement du médecin et de la famille ;
- le coût élevé des traitements de deuxième ligne.

IV.MÉTHODOLOGIE :

IV.1. Cadre d'étude

Notre étude s'est déroulée à l'USAC du centre de sante de référence de la commune V du district de Bamako.

IV.2. Type d'étude

Il s'agissait d'une étude transversale descriptive et analytique.

IV.3. Période d'étude

Notre étude couvrait la période allant de décembre 2009 à février 2010

IV.4. Population d'étude

Tout patient en cours de traitement antirétroviral vue en consultation et /ou en hospitalisation.

IV.5. Critères d'inclusion

Il s'agissait :

- des patients VIH positifs sous traitement ARV depuis au moins 6 mois, ayant accepté de participer à l'étude.

IV.6. Critères de non inclusion

- Refus de participer à l'étude
- Les patients de moins de 18 ans,
- Les patients de moins de 6 mois de traitement ARV

IV.7. Critères de jugement

Ont été considérés comme " observant" les patients qui ont rapporté " toujours " prendre leur ARV et qui ont pris tous les comprimés hier, avant-hier et toute la semaine dernière.

Ont été considérés comme " non observant" les patients qui avaient déclarés avoir oublié au moins une prise.

IV.8. Taille de l'échantillon

La taille de l'échantillon pour une portion simple est calculée par la formule suivante :

$$ne = n * DE = N \frac{z^2 p (1-P)}{[d^2 (N-1) + z^2 p (1-p)]}$$

N=Total de la population

Z= Valeur z, correspondant au niveau de confiance

d=Précision absolue

DE=Effet de Grappe

Ne=Échantillon effectif : effet de Grappe

La taille de l'échantillon a été fixée à 92 selon une proposition simple calculée par Epi info avec comme paramètres :

Précision voulue(x) = 2

Effet de Grappe = 1

Prévalence attendue (u) = 2

Niveau de confiance = 95%

Risque = 5%

Taille de l'échantillon = 92 et 504 membres de la commune V non séropositifs choisis au hasard à raison de 63 personnes/quartier

IV.9. Technique de collecte

La sélection des patients répondant aux critères d'inclusion a été faite à partir des dossiers médicaux archivés pendant la période d'étude. La liste était exhaustive. Après repérage des patients en consultation à l'aide de leur numéro d'anonymat, il sera réalisé un entretien dirigé à l'aide d'une fiche d'enquête (voir annexe).

Les données recueillies ont porté essentiellement sur :

- les données sociodémographiques ;
- le sérotype viral ;
- la charge virale et le taux de CD4 ;
- la notification du statut ;
- les comportements sexuels ;
- l'observance aux ARV.

IV.10. Analyse des données

Les données ont été saisies à l'aide du logiciel SPSS 17, et l'analyse statistique a été faite par le même logiciel. Le test statistique utilisé était : le chi carré avec un seuil de signification pour $p < 0,05$

IV.11. Aspects éthiques

La confidentialité était primordiale, et de rigueur, le consentement du malade était demandé, le médecin traitant était toujours demandé. Les résultats obtenus seront communiqués aux autorités administratives et du centre de santé de référence de la commune V, et publiés dans une revue scientifique.

Après l'enquête les patients ont bénéficié une éducation sur le comportement sexuel

IV.12. Les variables

-Caractéristiques sociodémographiques des patients (l'âge, le sexe, le statut matrimonial, la profession et le niveau scolaire).

-Les aspects viro-immunologiques(le type de sérologie VH1, VH2, VIH 1+2).

-Traitement prescrit (type de traitement, nombre de prise de comprimé, croyance au bénéfice du traitement, présence des effets secondaires, les principaux effets secondaires, le taux de CD4, la charge virale, les facteurs de bonne observance et les causes du non observance).

-Partage du statut (au partenaire et les raisons du non partage, à la famille et à l'entourage et les raisons du non partage à la famille et à l'entourage).

-Soutien social (patient bénéficiant un soutien social, type de soutien social)

-Les comportements sexuels à risque (utilisation habituelle de préservatif avec un partenaire sexuel, utilisation du préservatif lors du dernier rapport sexuel avec un partenaire, raison du non utilisation du préservatif).

V. MONOGRAPHIE :

1-Présentation du Centre

Le Centre de Santé de Référence de la Commune V (CSRéf CV) est de tous les Centres de Santé de Référence du District de Bamako l'établissement qui enregistre la plus grande activité hospitalière : le mouvement des malades par son importance et par sa vitesse de rotation est supérieure celui de tous les autres centres.

Le centre se compose d'une unité de :

- chirurgie ;
- gynéco obstétrique ;
- consultation prénatale (CPN) ;
- médecine (médecine générale, dermatologie) ;
- pédiatrie
- néonatalogie ;
- d'odontostomatologie ;
- ORL ;
- ophtalmologie ;
- laboratoire et de pharmacie ;
- imagerie médicale ;
- consultation externe et soins ;
- USAC ;
- secrétariat ;
- comptabilité ;
- SIS ;
- une unité tuberculose ;
- une unité lèpre
- et une unité de recherche et formation.

2-Monographie de la commune V

Commune pluriethnique par excellence, sa population est de 340.713 habitants en 2010. Elle compte huit (8) quartiers qui sont : Badalabougou, Quartier-Mali, Torokorobougou, Sabalibougou, Garantiguibougou, Baco-Djicoroni, Kalaban-coura et Daoudabougou.:

. Aperçu historique :

La commune V fut créé par l'ordonnance 78-34/CMLN du 18 Août 1978 et placée sous tutelle du Gouvernorat du District de Bamako et représente 2,26% de la population du Mali et 18% du district de Bamako. Elle est constituée de huit quartiers dont le plus ancien est Bacodjicoroni et le plus récent est le Quartier/Mali (source Mairie de la Commune V). Les quartiers sont dirigés par les chefs de quartier regroupés au sein d'une coordination avec à sa tête un président.

. Superficie et population :

La Commune V couvre une superficie de 41,59 km² (source DNCT) pour une population de 340.713 habitants en 2010.

Située sur la rive droite du Niger, elle est limitée :

- au Nord par le fleuve Niger
- au Sud Ouest Kalaban-Coro (Kati)
- à l'Est par la commune VI.

Les ethnies dominantes sont : les Bambaras, les Soninkés et les Peulhs.

Elle est constituée par huit quartiers dont 4 lotis et viabilisés (Badalabougou, Sema II, Quartier Mali, Torokorobougou), 3 lotis non viabilisés (Kalaban-coura, Daoudabougou, Sabalibougou), 1 partiellement loti (Bacodjicoroni).

. Missions et activités du centre de santé de référence de la commune V :

Le centre de santé de référence de la commune V a pour mission :

- la prise en charge des cas référés ou évacués ;
- l'appui à la mise en place des structures communautaires ;
- la mission de supervision ;

- la mission de monitoring ;
- la mission de surveillance épidémiologique ;
- la mission de suivi de l'application de la politique nationale en matière de Santé ;
- la mission de formation des membres des ASACO, des structures communautaires et leur personnel technique ;
- la mission de coordination et de suivi de toutes les activités sanitaires ;
- la mission d'études et de recherches ;
- l'élaboration du cadre conceptuel du système de référence/évacuation et la mise en place de la caisse de solidarité.

3 Monographie de L'USAC : *unité de soins d'accompagnement et de conseils pour les personnes vivant avec le VIH* a été inaugurée le 25 juillet 2006.

Cette unité est le fruit d'un partenariat entre ARCAD/SIDA et la direction régionale de la santé de Bamako grâce à un appui financier du fon mondial.

Cette unité est animée par un personnel constitué de :

- ⇒ un médecin qui est le coordinateur,
- ⇒ un médecin d'appui,
- ⇒ un pharmacien,
- ⇒ trois internes,
- ⇒ deux infirmiers,
- ⇒ un personnel d'accueil,
- ⇒ une assistante sociale,
- ⇒ un technicien de surface,
- ⇒ un chauffeur.

L'USAC-CV est constituée de deux salles de consultation, d'un secrétariat, d'une salle de prélèvement, d'une salle de conseils et d'une pharmacie. Il existe deux hangars : un qui abrite le groupe de parole et de l'activité culinaire et l'autre qui fait office d'espace d'attente.

DÉFINITIONS OPÉRATIONNELLES :

Abstinence : absence de rapport sexuel depuis l'initiation des ARV

Fidélité : le fait d'avoir un partenaire unique et régulier

Partenaire sexuel régulier : personne avec qui on a une relation stable qui dure depuis les 12 derniers mois

SIDA : Syndrome d'Immunodéficience Acquise

Soutien social : ensemble d'aide apportée par la société autant sur le plan moral (émotionnel et psychologique) que sur les plans financier et matériel

Bonne observance : C'est le fait de prendre les médicaments comme cela a été conseillé par le médecin.

Ont été considérés comme " observant" les patients qui ont rapporté " toujours " prendre leur ARV et qui ont pris tous les comprimés hier, avant-hier et toute la semaine dernière.

Ont été considérés comme " non observant" les patients qui avaient déclarés avoir oublié au moins une prise.

Pratique sexuelle : Comportement face à la sexualité au cours du traitement ARV

VI. RÉSULTATS :

VI.1. Résultats descriptifs

VI.1.1 Caractéristiques sociodémographiques des patients

a) Tableau I : Répartition des patients selon l'âge

Tranche d'âge	Effectif	Pourcentage (%)
18 – 27	13	13,8
28 – 37	43	45,7
38 – 47	28	29,8
48 – 57	8	8,5
> 57	2	2,1
Total	94	100

Il y'avait 45,7 % de nos patients qui furent dans la tranche d'âge entre 28 à 37 ans, avec une moyenne de 37 ans et des extrêmes 18 à 56 ans.

b) Tableau II: Répartition des patients selon le sexe

Sexe	Effectif	Pourcentage (%)
Masculin	37	39,4
Féminin	57	60,6
Total	94	100

Les femmes furent les plus représentées avec un taux de 60,6%.

c) Tableau III : Répartition des patients selon le statut matrimonial.

Statut matrimonial	Effectif	Pourcentage (%)
Marié monogame	44	46,8
Marié polygame	17	18,1
Célibataire	10	10,6
Divorcé /Séparé	9	9,6
Veuf / veuve	14	14,9
Total	94	100

Les couples monogames furent les plus représentées avec un taux de 46,8%.

d) Tableau IV : Répartition des patients selon la profession

Profession	Effectif	Pourcentage (%)
Fonctionnaire	6	6,4
Ouvrier	9	9,6
Commerçant	18	19,1
Profession libérale	9	9,6
Agriculteur, éleveur, pêcheur	7	7,4
Femme au foyer	34	36,2
Artisan, Artiste	3	3,2
Élève/étudiant	1	1,1
Sans emploi	2	2,1
Chauffeur	5	5,3
Total	94	100

Les femmes au foyer représentaient 36.2%.

e) Tableau V : répartition des patients selon le niveau scolaire

Niveau d'instruction	Effectif	Pourcentage (%)
Non scolarisé	47	50,0
Primaire	37	39,4
Secondaire / professionnel	10	10,6
Total	94	100

Nos patients furent non scolarisés dans 50 % des cas.

VI.1.2 Les aspects viro-immunologiques

Tableau VI : Répartition des patients selon le type sérologique

Type de virus	Effectif	Pourcentage (%)
Type VIH1	89	94,7
Type VIH2	3	3,2
Type VIH1+2	2	3,1
Total	94	100

La sérologie virale fut positive au Type1 dans 94,7%

VI.1.3 Traitement prescrit

a) **Tableau VII: Répartition des patients selon le type de traitement prescrit.**

type de traitement	Effectif	Pourcentage (%)
1INN+2IN	79	84,0
1IP+2IN	14	14,9
3IN	1	1,1
Total	94	100

Les patients furent traités par l'association 2INRT+INNRT dans 84%

b) **Tableau XIII: Répartition des patients selon le nombre de prise de comprimé/jour.**

Nombre de prise de comprimé/jour	Effectif	Pourcentage (%)
1.00	11	11,7
2.00	73	77,7
3.00	10	10,6
Total	94	100

Près de 78% des patients eurent 2 prises par jour.

c) Tableau IX: Répartition des patients selon la croyance au bénéfice du traitement ARV.

Croyance au bénéfice du traitement	Effectif	Pourcentage (%)
Oui	93	98,9
Un peu	1	1,1
Total	94	100

Dans l'ensemble la presque totalité des patients (98,9%) déclarèrent avoir une amélioration de leur état de santé avec le traitement par les ARV.

d) Tableau X : Répartition des patients selon l'observance au traitement ARV.

Observance au traitement ARV	Effectif	Pourcentage (%)
patient observant	87	92,6
patient non observant	7	7,4
Total	94	100

L'observance fut bonne chez 92,2% des patients

e) Tableau XI : Répartition selon les causes du non observance

Causes de la non observance	Effectif	Pourcentage (%)
Oubli	5	71,4
Abscence de discrétion	2	28,6
Total	7	100

L'oubli fut la cause la plus fréquente de non observance à 71,4% suivi de l'absence de discrétion (patient se trouvant dans la masse) à 28,6%.

f) Tableau XII : Répartition des patients selon la présence des effets secondaires.

Présence d'effets secondaires	Effectif	Pourcentage (%)
Oui	33	35,1
Non	61	64,9
Total	94	100

Dans 35,1% des cas, les patients présentèrent des effets secondaires.

g) Tableau XIII : Répartition des patients selon les principaux effets secondaires.

Principaux effets secondaires	Effectif	Pourcentage (%)
Digestifs	3	9,1
Neurosensoriels	17	51,5
Dermatoses	13	39,4
Total	33	100

Dans 51,5% des cas, les patients présentèrent des troubles neurosensoriels (polynévrites, vertiges).

h) Tableau XIV : Répartition des patients selon le taux de CD4

Taux de CD4	CD4 à l'inclusion Effectif (%)	CD4 à l'enquête Effectif (%)
0 - 199 cellules/UI	64 (68,1%)	27 (28,7%)
200 - 349 cellules/UI	23 (24,5%)	26 (27,7%)
350 - 500 cellules/UI	5 (5,3%)	19 (20,2%)
> 500 cellules/UI	2 (2,1%)	22 (23,4%)
Total	94 (100%)	94 (100%)

Le taux de CD4 à l'inclusion pour les différents intervalles qui furent :

Pour l'intervalle inférieur à 200 cellules/mm³ (68,1%), 200 - 349 cellules/UI (24,5%), 350 - 500 cellules/UI (5,3%), > 500 cellules/UI (2,1%) sont devenus respectivement à 28,7%; 27,7%; 20,2%; 23,4%.

i) Tableau XV : Répartition des patients selon le dosage de la charge virale

Charge virale (en copie/ml)	Effectifs	Pourcentage (%)
< 70 UI/ml	70	74,5
70 - 999 UI/ml	7	7,4
1000 - 100000UI/ml	9	9,6
>100000 UI/ml	8	8,5
Total	94	100

La charge virale fut indétectable (<70 copies/ml) dans 74,5%

VI.1.4 Partage du statut au partenaire, à la famille et à l'entourage

a) Tableau XVI : Répartition des patients selon le partage du statut au partenaire sexuel

Partage du statut au partenaire sexuel	Effectifs	Pourcentage (%)
Oui	47	64,4
Non	26	35,6
Total	73	100

Dans l'ensemble, 64,4% des patients eurent partagé leurs statuts sérologiques à leurs partenaires sexuels.

b) Tableau XVII : Répartition des patients selon la raison de non partage du statut au partenaire sexuel.

la raison de non partage du statut au partenaire sexuel	Effectif	Pourcentage (%)
Peur de la séparation	14	53,8
Faiblesse psychologique du partenaire à faire face à la maladie	7	26,9
Peur de la divulgation	5	19,2
Total	26	100

Dans 53,8% des cas, la raison du non partage du statut sérologique au partenaire sexuel fut la peur de la séparation, suivi de la faiblesse psychologique du partenaire à faire face à la maladie à 26,9%.

c) Tableau XIII : Répartition des patients selon le partage du statut sérologique à la famille ou à l'entourage.

Partage du statut sérologique à la famille ou à l'entourage	Fréquence	Pourcentage (%)
Oui	61	64,9
Non	33	35,1
Total	94	100

Les patients eurent partagé leur statut à leur famille ou à l'entourage dans 64,9% des cas.

d) Tableau XIX : Répartition des patients selon la personne informée du statut sérologique dans la famille ou à l'entourage.

Notification du statut sérologique à :	Effectif	Pourcentage (%)
Famille	55	90,2
Amis	6	9,8
Total	61	100

Parmi les 61 patients ayant prétendu avoir notifié leur statut sérologique à la famille ou à l'entourage, 90,2% l'eurent notifiés à la famille et 9,8% à un ami.

e) Tableau XX : Répartition des patients selon la raison de la non notification du statut sérologique à la famille ou à l'entourage

Raison de la non notification du statut sérologique à la famille ou à l'entourage	Effectif	Pourcentage (%)
Peur d'être rejeté	21	63,6
Honte de la maladie	8	24,2
Peur de la divulgation	3	9,1
Peur d'être jugé moralement	1	3,0
Total	33	100

Dans 63,6% des cas, la raison du non notification du statut sérologique à la famille ou à l'entourage fut la peur d'être rejeté, suivi de la honte de la maladie à 24,2%.

VI.1.5 Soutien social

a) Tableau XXI : Répartition des patients bénéficiant d'un soutien social.

Soutien social	Effectif	Pourcentage (%)
Oui	60	63,8
Non	34	36,2
Total	94	100

La plupart des patients (63,8%) ont bénéficié d'un soutien social.

Parmi eux :

- 15 patients avaient bénéficié d'un soutien social de la part de leur époux (se).
- 41 patients avaient bénéficié d'un soutien social de la part de leur famille.
- 4 patients avaient bénéficié d'un soutien social de la part de l'association des PVVIH.

b) Tableau XXII : Répartition des patients selon le type de soutien social.

Type de soutien social	Effectif	Pourcentage (%)
Financier	37	61,7
Financier et moral	11	18,3
Moral	12	20,0
Total	60	100

Dans 61,7%, les patients reçoivent un soutien social financier.

VI.1.6 Les comportements sexuels

a) Tableau XXIII : Répartition des patients selon l'utilisation habituelle du préservatif avec un partenaire régulier(e) et occasionnel (le).

Utilisation habituelle du préservatif avec	Jamais	Souvent	Toujours
Partenaire régulier (e)	30/73 (41,1%)	23/73 (31,5%)	20/73 (27,4%)
Partenaire occasionnel (le)	0/5 (0%)	2/5 (40%)	3/5 (60%)

Les patients ne portaient jamais de préservatif dans 58, 9% et 100% des cas respectivement avec leur partenaire régulier(e) et occasionnel (le)

b) Tableau XXIV : Répartition des patients selon l'utilisation du préservatif lors du dernier rapport sexuel avec leur partenaire régulier(e) et occasionnel (le).

Utilisation d'un préservatif lors du dernier rapport sexuel avec leur partenaire	Effectif	Pourcentage (%)
Partenaire régulier(e)	28/73	38,4
Partenaire occasionnel (le)	3/5	60

Le préservatif fut utilisé dans 38,4% et 60% lors du dernier rapport sexuel respectivement avec le partenaire régulier(e) et occasionnel (le).

c) **XXV : Raison de non utilisation du préservatif avec un partenaire sexuel.**

Raisons	Effectif	Pourcentage (%)
Manque de confiance	2	3,8
Manque de plaisir	7	13,2
Le désir d'enfant	17	32,1
Refus de partager son statut avec le partenaire sexuel	22	41,5
Partenaire séropositif/ pas nécessaire	5	9,4
Total	53	100

La raison de la non utilisation du préservatif était due au refus de partager son statut au partenaire sexuel a 41,5%, suivi du désir d'enfant à 32,1%.

VI.2. Résultats analytiques

Tableau XXVII : Répartition des patients selon le taux de CD4 et l'observance.

Taux de CD4	Bonne observance en %	
0 - 199 cellules/UI	26/27	96,3
200 - 349 cellules/UI	26/26	100
350 - 499 cellules/UI	16/19	84,2
> 500 cellules/UI	19/22	86,4
Total	87/94	92,5

P = 0,005

Il y a une corrélation statistique entre l'observance et le taux de CD4.

Tableau XXVIII : Répartition en fonction de l'observance et la charge virale.

Charge virale (en copie/ml)	Bonne observance en %	
< 70 UI/ml	66/70	94,3
70 - 1000 UI/ml	07/07	100
1000 - 100000UI/ml	08/09	88,9
>100000 UI/ml	06/08	75
Total	87/94	92,5

p = 0,001

Il y a une corrélation statistique entre l'observance et la charge virale.

Tableau XXIX : Répartition selon l'observance et la croyance au bénéfice du traitement ARV.

Croyance au bénéfice du traitement	Bonne observance%	
Oui	86/93	92,5
Un peu	01/01	100
Total	87/ 94	(92,5)

P = 0,03

Les 92,5% des patients observant croyaient au bénéfice de leur traitement.

Tableau XXX : Répartition selon l'observance et la présence d'effets secondaires.

Effets secondaires	Bonne observance	mauvaise observance
Oui	30/33 (91%)	03/07(42,8%)
Non	57/61 (93.4%)	04/07(57,1%)
Total	87/94 (92.5%)	07/94(7,5%)

P = 0,057

Les effets secondaires n'étaient pas considérés comme facteur de non observance.

Tableau XXXI : Répartition selon l'observance et le niveau d'éducation.

Niveau d'instruction	Bonne observance%	
Non scolarisé	41/47	(87,2)
Primaire	36/37	(97,3)
Secondaire / professionnel	10/10	(100)
Total	87/ 94	(92,5)

P=0,399

Il n'y a pas de corrélation statique entre l'observance et le niveau d'éducation

Tableau XXXII : Répartition selon l'observance et le fait d'avoir un partenaire sexuel régulier

Avoir un partenaire régulier	Bonne observance%	
Oui	67/73	(91,8)
Non	20/21	(95,2)
Total	87/ 94	(92,5)

P=0,380

Il n'y a pas de corrélation statistique entre l'observance et le fait d'avoir un partenaire sexuel régulier.

Tableau XXXIII : Répartition selon l'observance et le fait d'avoir un partenaire sexuel occasionnel.

Avoir un partenaire occasionnel	Bonne observance%	
Oui	05/05	(100)
Non	82/89	(92,1)
Total	87/ 94	(92,5)

P=0,256

Il n'y a pas de corrélation statistique entre l'observance et le fait d'avoir un partenaire sexuel occasionnel.

Tableau XXXIV : Répartition en fonction de l'observance et l'utilisation habituelle du préservatif avec un partenaire régulier.

L'utilisation habituelle du préservatif avec un partenaire régulier.	Bonne observance%	
Jamais	27/30	(90)
Souvent	20/23	(87)
Toujours	20/20	(100)
Total	87/ 94	(92,5)

P = 0,445

Il n'y a pas de corrélation statistique entre l'observance et l'utilisation habituelle du préservatif avec un partenaire régulier.

Tableau XXXV : Répartition en fonction de l'observance et l'utilisation habituelle du préservatif avec un partenaire occasionnel.

L'utilisation habituelle du préservatif avec un partenaire occasionnel	Bonne observance%	
Jamais	00/00	(100)
Souvent	02/02	(100)
Toujours	03/03	(100)
Total	05/05	(100)

P = 0,368

Il n'y a pas de corrélation statistique entre l'observance et l'utilisation habituelle du préservatif avec un partenaire occasionnel.

Tableau XXXVI : Répartition selon l'observance et la notification du statut sérologique au partenaire(s) sexuel (le) s.

notification du statut aux partenaires sexuels	Bonne observance%	
Oui	42/73	(57,53)
Non	25/73	(34,24)
Total	67/73	(91,8)

P = 0,003

Les patients qui eurent un partenaire sexuel régulier furent observants.

Tableau XXXVII : Répartition selon l'observance et la notification du statut sérologique à la famille ou à l'entourage.

Notification du statut sérologique à la Famille ou à l'entourage	Bonne observance%	
Oui	55/61	(90,1)
Non	32/33	(96,96)
Total	87/94	(92,5)

P = 0,79

Il n'y a pas de corrélation statistique entre l'observance et la notification du statut sérologique à la famille ou à l'entourage.

Tableau XXXVIII : Répartition selon l'observance et le soutien social.

Soutient social	Bonne observance%	
Oui	55/60	(91,6)
Non	32/34	(94,1)
Total	87/94	(92,5)

P = 0,62

Il n'y a pas de corrélation statistique entre l'observance et le soutien social.

Tableau XXXIX: Répartition en fonction de la notification sérologique au(x) partenaire(s) sexuel (le) et l'âge.

Tranche d'âge	Notification sérologique au(x) partenaire(s) sexuel (le) s %	
18 - 27	08/10	(80)
28 - 37	23/35	(65,7)
38 - 47	10/19	(52,6)
48 - 57	04/07	(57,1)
> 57	02/02	(100)
Total	47/73	(64,4)

P = 0,184

Il n'y a pas de corrélation statistique entre la notification sérologique au(x) partenaire(s) sexuel (le) s et l'âge.

Tableau XL: Répartition selon la notification sérologique au(x) partenaire(s) sexuel (le) s et le sexe

Sexe	Notification sérologique au(x) partenaire(s) sexuel (le) s %	
Masculin	17/30	(56,6)
Féminin	30/43	(75)
Total	47/73	(64,4)

P = 0,52

Il n'y a pas de corrélation statistique entre la notification sérologique au(x) partenaire(s) sexuel (le) s et le sexe.

Tableau XLI : Répartition en fonction de la notification sérologique au(x) partenaire(s) sexuel (le) s et le statut matrimonial.

Statut matrimonial	Notification sérologique au(x) partenaire(s) sexuel (le) s %	
Marié monogame	30/44	(75)
Marié polygame	12/17	(70,5)
Célibataire	4/7	(57,1)
Divorcé /Séparé	0/2	(0)
Veuf / veuve	1/3	(33,3)
Total	47/73	(64,4)

P = 0,005

Il y a une corrélation statistique entre la notification sérologique au(x) partenaire(s) sexuel (le) s et le statut matrimonial.

Tableau XLII : Répartition selon la notification sérologique au(x) partenaire(s) sexuel (le) et le niveau d'éducation.

niveau d'éducation	Notification sérologique au(x) partenaire(s) sexuel (le) s %	
Non scolarisé	27/39	(69,2)
Primaire	14/25	(56)
Secondaire/professionnel	06/09	(66,6)
Total	47/73	(64,4)

P = 0,89

Il n'y a pas de corrélation statistique entre la notification sérologique au(x) partenaire(s) sexuels (le) s et le niveau d'éducation

Tableau XLIII : Répartition selon la notification sérologique au(x) partenaire(s) sexuel (le) s et le fait d'avoir un partenaire sexuel régulier.

Avoir un partenaire régulier	Notification sérologique au(x) partenaire(s) sexuel (le) s %	
Oui	42/73	(57,5)
Non	5/73	(6,84)
Total	47/73	(64,4)

P = 0,03

Il y a une corrélation statistique entre la notification sérologique au(x) partenaire(s) sexuel (le) s et le fait d'avoir un partenaire sexuel régulier.

Tableau XLIV : Répartition en fonction de la notification sérologique au(x) partenaire(s) sexuel (le) s et l'utilisation habituelle du préservatif avec partenaire régulier(e).

L'utilisation habituelle du préservatif avec partenaire régulier(e).	Notification sérologique au(x) partenaire(s) sexuel (le) s	
Jamais	18/30	(60)
Souvent	15/23	(65,2)
Toujours	14/20	(70)
Total	47/73	(64,4)

P = 0,813

Il n'y a pas de corrélation statistique entre la notification sérologique au(x) partenaire(s) sexuel (le) s et l'utilisation habituelle du préservatif avec partenaire régulier(e).

Tableau XLV : Répartition en fonction de la notification sérologique au(x) partenaire(s) sexuel (le) s et l'utilisation habituelle du préservatif avec partenaire occasionnel (le).

L'utilisation habituelle du préservatif avec partenaire occasionnel	Notification sérologique au(x) partenaire(s) sexuel (le) s	
Souvent	00/02	(00)
Toujours	02/03	(66,6)
Total	02/05	(40)

P = 0,03

Il y a une corrélation statistique entre la notification sérologique au(x) partenaire(s) sexuel (le) s et l'utilisation habituelle du préservatif avec un partenaire sexuel occasionnel.

Tableau XLVI : Répartition selon la notification sérologique au(x) partenaire(s) sexuel (le) s et la notification du statut sérologique à la famille ou à l'entourage

Notification du statut sérologique à :	La notification sérologique au(x) partenaire(s) sexuel (le) s %	
Famille	24/40	(60)
Amis	04/04	(100)
Total	28/44	(63,6)

P = 0,833

Il n'y a pas de corrélation statistique entre la notification sérologique au(x) partenaire(s) sexuel (le) s et la notification du statut sérologique à la famille ou à l'entourage.

Tableau XLVII : Répartition selon la notification sérologique au(x) partenaire(s) sexuel (le) s et le soutien social

Soutient social	La notification sérologique au(x) partenaire(s) sexuel (le) s %	
Oui	34/50	(68)
Non	13/23	(56,5)
Total	47/73	(64,4)

P = 0,52

Il n'y a pas de corrélation statistique entre la notification sérologique au(x) partenaire(s) sexuel (le) s et le soutien social.

Tableau XLVIII : Répartition en fonction de l'utilisation du préservatif au dernier rapport sexuel avec partenaire(s) sexuel (le) s et le statut matrimonial.

Statut matrimonial	Utilisation du préservatif au dernier rapport sexuel avec partenaire(s) sexuel (le) s %	
Marié monogame	14/44	(31,8)
Marié polygame	06/17	(35,3)
Célibataire	05/07	(71,4)
Divorcé /Séparé	01/02	(50)
Veuf / veuve	02/03	(66,6)
Total	28/73	(38,3)

P = 0,001

Il y a une corrélation statistique entre l'utilisation du préservatif au dernier rapport sexuel avec partenaire(s) sexuel (le) s et le statut matrimonial.

Tableau XLIX : Répartition selon l'utilisation du préservatif au dernier rapport sexuel avec partenaire(s) sexuel (le) s et le niveau d'éducation.

niveau d'éducation	Utilisation du préservatif au dernier rapport sexuel avec partenaire(s) sexuel (le) s %	
Non scolarisé	13/39	(69,2)
Primaire	11/25	(56)
Secondaire/professionnel	04/09	(66,6)
Total	28/73	(38,3)

P = 0,735

Il n'y a pas de corrélation statistique entre l'utilisation du préservatif au dernier rapport sexuel avec partenaire(s) sexuel (le) s et le niveau d'éducation.

Tableau L : Répartition selon l'utilisation du préservatif au dernier rapport sexuel avec partenaire(s) sexuel (le) s et la notification du statut sérologique au partenaire(s) sexuel (le) s.

Notification du statut aux partenaires sexuels	Utilisation du préservatif au dernier rapport sexuel avec partenaire(s) sexuel (le) s %	
Oui	20/47	(42,5)
Non	08/26	(30,7)
Total	28/73	(38,3)

P = 0,81

Il n'y a pas de corrélation statistique entre l'utilisation du préservatif au dernier rapport sexuel avec partenaire(s) sexuel (le) s et la notification du statut sérologique au partenaire(s) sexuel (le) s

Tableau LI : Répartition selon l'utilisation du préservatif au dernier rapport sexuel avec partenaire(s) sexuel (le) s et la notification du statut sérologique à la famille ou à l'entourage.

Notification du statut sérologique à la Famille ou à l'entourage	Utilisation du préservatif au dernier rapport sexuel avec partenaire(s) sexuel (le) s %	
Oui	14/44	(31,8)
Non	14/29	(48,3)
Total	28/73	(38,3)

P = 0,58

Il n'y a pas de corrélation statistique entre l'utilisation du préservatif au dernier rapport sexuel avec partenaire(s) sexuel (le) s et la notification du statut sérologique à la famille ou à l'entourage.

Tableau LII : Répartition selon l'utilisation du préservatif au dernier rapport sexuel avec partenaire(s) sexuel (le) s et le soutien social.

Soutien social	Utilisation du préservatif au dernier rapport sexuel avec partenaire(s) sexuel (le) s %	
Oui	17/50	(34)
Non	11/23	(47,8)
Total	28/73	(38,3)

P = 0,13

Il n'y a pas de corrélation statistique entre l'utilisation du préservatif au dernier rapport sexuel avec partenaire(s) sexuel (le) s et le soutien social.

VI.3. Résultats de la communauté

Tableau LIII : Répartition des membres selon l'âge

Tranche d'âge	Effectif	Pourcentage (%)
18 – 27	104	20,6
28 – 37	200	39,7
38 – 47	160	31,7
48 – 57	40	7,9
Total	504	100

Les membres furent dans la tranche d'âge entre 28-37 ans dans 39,7 %.

Tableau LIV: Répartition des membres selon le sexe

Sexe	Effectif	Pourcentage (%)
Masculin	192	38,1
Féminin	312	61,9
Total	504	100

Les femmes furent majoritaires à 61,9 %.

Tableau LV : Répartition des membres selon le statut matrimonial.

Statut matrimonial	Effectif	Pourcentage (%)
Marié monogame	257	51
Marié polygame	87	17,3
Célibataire	131	26
Divorcé /Séparé	4	8
Veuf / veuve	25	5
Total	504	100

Les couples monogames représentèrent 51% des membres, suivi des célibataires à 26%.

Tableau LVI : Répartition des membres selon la profession

Profession	Effectif	Pourcentage (%)
Fonctionnaire	64	12,7
Ouvrier	102	20,2
Commerçant	85	16,9
Profession libérale	43	8,5
Femme au foyer	142	28,2
Élève/étudiant	68	13,5
Total	504	100

Les femmes au foyer représentèrent 28,2% suivi des ouvriers à 20,2%.

Tableau LVII : répartition des membres selon le niveau scolaire

Niveau d'instruction	Effectif	Pourcentage (%)
Non scolarisé	209	41,5
Primaire	175	34,7
Secondaire / professionnel	120	28,8
Total	504	100

Nos membres furent non scolarisés dans 41,5% des cas, et eurent dans 34,7% des cas un niveau d'éducation primaire. .

Tableau LIX : répartition des membres selon leur croyance a l'existence du VIH/SIDA

Croyance a l'existence du VIH/SIDA	Effectif	Pourcentage (%)
Oui	271	53,8
Non	233	46.2
Total	504	100

La totalité des membres avaient déjà entendu parle du VIH/SIDA parmi les quelles 54% des membres croyèrent à l'existence du VIH/SIDA

Tableau LX : répartition des membres selon la cause du non croyance a l'existence du VIH/SIDA

Cause du non croyance à l'existence du VIH/SIDA	Effectif	Pourcentage (%)
Pas bien informé	91	39,1
Pas convaincu	142	60,9
Total	233	100

Les membres qui ne croyaient pas a l'existence du VIH/SIDA parce qu'ils ne sont pas convaincu représentaient 60,1%.

Tableau LXI : répartition selon les membres qui pensent que les PV VIH ont droit a la sexualité et les précautions à prendre

Droit à la sexualité et précautions	Effectif	Pourcentage (%)
Port de préservatif	41	15,1
Fidélité et Port de préservatif	89	32,8
Abstinence totale	141	52
Total	271	100

Les membres qui croyaient à l'existence du VIH/SIDA et qui pensaient que les PVVIH doivent pratiquer l'abstinence totale représentaient 52%.

Tableau LXII : Répartition des membres selon leur profession et leur croyance a l'existence du VIH/SIDA

Profession	Croyance a l'existence du VIH/SIDA	
Fonctionnaire	62/64	96,8
Ouvrier	52/102	50,9
Commerçant	34/85	40
Profession libérale	16/43	37,2
Femme au foyer	57/142	40,1
Élève/étudiant	50/68	73,5
Total	271/504	53,7

P = 0,005

Il y a une corrélation statistique entre la croyance à l'existence du VIH/SIDA et leur profession.

Tableau LXIII : Répartition des membres selon leur niveau scolaire et leur croyance à l'existence du VIH/SIDA

Niveau d'instruction	Croyance à l'existence du VIH/SIDA	
Non scolarisé	84/209	40,19
Primaire	96/175	54,8
Secondaire / professionnel	91/120	75,8
Total	271/504	53,7

p = 0,001

Il y a une corrélation statistique entre la croyance à l'existence du VIH/SIDA et le niveau d'instruction.

VII. COMMENTAIRES ET DISCUSSION :

Les limites de cette étude sont dues à la subjectivité des questions, au tabou sur les comportements sexuels dans les sociétés africaines, au mode de recrutement hospitalier et à la taille réduite de l'échantillon.

Au terme de notre étude, nous avons colligé 94 patients séropositifs sous traitement ARV depuis au moins 6 mois et 504 membres de la communes V choisis au hasard non séropositifs dont 63 personnes par quartier.

VII.1. Données sociodémographiques

Plus de la moitié de nos patients furent des femmes. Cette prédominance féminine avait été trouvée au Sénégal, en Côte d'Ivoire et au Kenya [56, 57, 58].

La vulnérabilité de la femme à l'infection au VIH s'explique par sa constitution biologique, l'exposition prolongée des muqueuses cervicales et vaginales au sperme infecté [59], le rôle favorisant les IST, est leur faible niveau d'alphabétisation. Dans plusieurs pays les jeunes femmes ont des niveaux d'information et des connaissances relatives au SIDA inférieur à ceux des hommes [60]. Au mali le niveau de connaissances liées au VIH des jeunes femmes est estimé à moins de 10% [60].

L'âge moyen fut de 36 ans avec des extrêmes de 18-60 ans. Cette moyenne d'âge avait été trouvée dans une étude en Côte d'Ivoire [57]. SARNA et al avait trouvé 37 ans au Kenya [58] et Saindou 41 ans au Sénégal [61]. Cette tranche de la population correspond au groupe sexuellement actif.

Dans notre étude, 65% des patients furent mariés (monogamie ou polygamie) contre 48% retrouvés dans l'évaluation de l'ISAARV au Sénégal [62].

Les veufs et veuves représentèrent 15% de notre échantillon ; ce taux est supérieur à celui rapporté par LANIECE au Sénégal [63].

Les femmes au foyer représentèrent 36.2%. Les jeunes filles sont souvent amenées à quitter l'école pour se marier, expliquant leur faible niveau d'information face au VIH [60]. La rareté des personnes appartenant au groupe à risque dans le site de

notre étude serait due à la consultation dans les autres sites de prise en charge ou à l'inaccessibilité géographique compte tenu de la faiblesse des revenus de certains d'entre eux notamment les professionnels du sexe, les domestiques et les vendeuses ambulantes.

Au Sénégal 32% des patients n'avaient jamais été à l'école [63], alors que 39.4% de nos patients avaient un niveau d'éducation primaire. Les femmes étaient prédominantes dans ce groupe. Il est de plus en plus prouvé que permettre aux jeunes filles d'aller jusqu'au bout de leurs scolarités réduit grandement leur vulnérabilités au VIH [64]. Les femmes illettrées avec peu d'opportunité de travail et un accès limité aux informations et aux services de santé sont plus enclins que les autres femmes à s'engager dans des rapports sexuels non protégés pour de l'argent [65].

VII.2. Statut VIH et traitement antirétroviral

La prévalence élevée du VIH 1 au Mali explique sa prédominance dans notre étude. Au Sénégal le type 1 est aussi le plus fréquent [62]. La première ligne thérapeutique fut l'association 2 INRT + 1INNRT dans 84% conformément aux recommandations actuelles de l'OMS.

VII.3. Notification du statut sérologique

La notification au partenaire sexuel fut de 64.4% dans notre étude contre 64,70% au Sénégal [31], 60% aux Etats-Unis d'Amérique [66], 42% en Afrique du Sud [67], et 80% au Kenya [57]. Les mariés notifiaient plus le statut sérologique à leur conjoint. Le fait d'avoir une relation stable établit un climat de confiance pouvant amener l'autre à se livrer facilement. En Kinshasa et en Tanzanie, les femmes n'avaient pas annoncé leur statut sérologique par crainte de la séparation dans 63% et 46,4% respectivement [68]. Cependant parmi les femmes qui avaient annoncé, aucune n'avaient rapporté de rupture et avaient été soutenues à Kinshasa, et 8,3% avaient rapporté de rupture en Tanzanie [68].

Dans une étude menée chez des femmes à New York, la notification était corrélée au fait d'avoir un partenaire régulier, au jeune femme, et à un soutien social élevé [69]. Il n'y avait de relation statistiquement significative entre le soutien social, le sexe, l'âge, le niveau de d'éducation, l'utilisation de préservatif et la notification au partenaire sexuel dans notre étude.

Aux Etats-Unis d'Amérique l'âge, l'utilisation du préservatif et le niveau d'éducation n'étaient pas associés à la notification contrairement au sexe féminin, au fort soutien du conjoint, la race blanche ou les Latinos [66]. La peur d'être stigmatisé et rejeté ou son existence réelle empêcherait les PVVIH de notifier leur statut, expliquant la non notification du statut au partenaire sexuelle et en partie les rapports sexuel non protégés.

VII.4. Comportement sexuel

Dans notre étude 77,6% des patients prétendèrent avoir une activité sexuelle contre 53% au Kenya [58]. L'activité sexuelle est rapportée chez 70% des PVVH aux USA [70], et 85% en Afrique du Sud [67].

VII.5. Utilisation du préservatif

Le niveau d'utilisation du préservatif lors du dernier rapport sexuel avec un partenaire occasionnel fut de 60% dans notre étude. Ce taux était de 100% au Kenya s'expliquant par une plus grande implication du gouvernement kenyan dans la prévention et l'efficacité de la stratégie adoptée [58].

Au dernier rapport sexuel avec leur partenaire régulier, le préservatif fut utilisé dans 38,4% contre 93% au Kenya [58]. Les raisons de non utilisation du préservatif furent le refus du mari dans 41.5% et le désir d'enfant dans 32.1%. Les hommes trouvèrent que le préservatif diminue la sensation du plaisir sexuel et pensèrent qu'ils ne devraient pas être utilisés dans le mariage. Dans notre étude 27,4% et 60% des patients ont toujours utilisés des préservatifs respectivement avec un partenaire sexuel régulier et occasionnel contre respectivement 76% et 86% en suisse [70]. En France l'utilisation de préservatif n'était pas toujours rapportée avec

un partenaire occasionnel et régulier dans 56% et 42% respectivement [71]. Le bas niveau d'utilisation de préservatif par les patients, expose au risque de transmission et l'acquisition de souches virales résistantes. Cette aspect n'aurait peut être pas été compris par les patients ou serait due à la barrière culturelle ou religieuse « le préservatif ne s'utilise pas avec sa femme, mais s'utilise avec des professionnels de sexe ». Les hommes, les célibataires, les veufs et les individus de plus de 50 ans utilisèrent plus le préservatif. L'utilisation de préservatif n'était pas toujours rapportée de façon significative chez les individus de 15 à 30 ans, les femmes, avec les partenaires occasionnels dans un groupe de patients suisse [72]. Les femmes rapportèrent moins fréquemment l'utilisation de préservatif que les hommes en France [71]. Les femmes à risque de rapports sexuels non protégés sont celles qui pensent ne pas avoir de pouvoir décisionnel sur l'utilisation de préservatif par leur partenaire sexuel, et celles dont les partenaires désirent un enfant [70].

Il n'y avait pas de différences statistiquement significatives entre l'utilisation du préservatif et le niveau d'éducation dans notre étude comme au Kenya [58] et en suisse [72]. IL n'y avait pas de relation entre la notification du statut au partenaire et l'utilisation de préservatif.

Certains partenaires peuvent s'engager dans les rapports sexuels risqués même après avoir été informés du risque [70]. La présence de signes d'IST chez 41,5% de nos patients était conséquente au non utilisation de préservatif.

En dehors de leur partenaire régulier, dans les 6 derniers mois 14,5% des patients avaient eu un autre partenaire sexuel. Cette proportion fut de 4% en cote d'ivoire [64], et 3% au Kenya [58].

VII.6. Observance du traitement

Des niveaux élevés d'observance à 90% furent trouvés au Sénégal [58], en Ouganda [68] et en Espagne [73] contre 92,6% dans notre étude. Le niveau d'observance peut diminuer avec le temps, en France il chute de 60% à 26% après 3 ans de suivi. L'éducation et la surveillance de l'observance s'avèrent capitale pour

obtenir une suppression durable de la charge virale. Une étude a montré que les consultations des patients sous trithérapie par une infirmière entraînée avaient un effet positif sur l'observance et la charge virale [74]. Il n'y avait pas de corrélation statique entre l'âge, le sexe, le niveau d'éducation, le soutien social et l'observance comme dans d'autres études .PATEL [75] et HAIDARA [76]. Il n'y avait pas non plus de relation statiquement significative entre le fait d'avoir un partenaire régulier, le fait de notifier son statut sérologique au partenaire sexuel, le taux de CD4 et l'observance. L'expérience montre que c'est souvent les membres de la famille ou les parents ou les collègues qui sont les mieux placés pour encourager l'observance [60].Ceci corroborent notre hypothèse de stigmatisation des PVVIH dans la société malienne.

Il y avait une relation statique significative entre l'observance au traitement antirétroviral et la croyance au bénéfice du traitement antirétroviral et la charge virale.

Dans notre étude 94,3% des patients ayant une charge virale indétectable furent observant.

Ceci avait été retrouvé par Souleymane et al [77].

L'oubli était la cause la plus fréquente de non observance à 71,4% comme pour HAIDARA[76], suivi de l'absence de la discrétion dans la prise médicamenteuse à 28,6% .En Ouganda ou l'observance est estimée à 90%, les ARV sont accessibles dans beaucoup de zones rurales pauvres [68].Ces chiffres montrent clairement l'intérêt d'une éducation thérapeutique continue et d'une décentralisation de la prise en charge.

VIII. CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS :

VIII.1. Conclusion

Il a été signé que les chances d'éradication de l'épidémie du VIH à travers l'utilisation répandue des ARV sont égales à 85% en présence de la réduction des comportements sexuels à risque. Notre étude montre que le risque de transmission du VIH par les patients sous trithérapie antirétrovirale persiste. Vingt un patients prétendaient n'avoir pas eu de rapport sexuel les 6 derniers mois (22,3%). Les partenaires multiples furent reportés dans 5,3% des cas. L'utilisation du préservatif lors du dernier rapport sexuel fut plus fréquente avec un partenaire sexuel occasionnel qu'un partenaire régulier, et moins fréquente chez la femme que chez l'homme. L'utilisation du préservatif fut toujours apportée dans 27,4% et 60% respectivement avec un partenaire régulier et un partenaire occasionnel. La notification du statut sérologique était plus fréquente à la famille ou l'entourage qu'au partenaire sexuel, et témoignent probablement de la stigmatisation des personnes vivantes avec le VIH dans la société malienne.

L'observance était rapportée dans 92,6% des cas. L'oubli fut la cause la plus fréquente de non observance suivi de l'absence de discrétion (patient se trouvant dans la masse rendant la prise médicamenteuse difficile).

VIII.2 Recommandations

A l'endroit des autorités administratives:

- ♦ Décentralisation de la dispensation des ARV;
- ♦ Augmentation des points de distribution des préservatifs;
- ♦ Vulgarisation et subvention des microbicides;
- ♦ Éducation au VIH dans les écoles pour augmenter le niveau de notification.
- ♦ La lutte contre la stigmatisation par l'Information, l'éducation, la communication pour le changement de comportement.

A l'endroit des praticiens hospitaliers : de continuer

- ♦ L'individualisation des consultations d'éducation thérapeutique au cours desquelles seront recherchées l'anxiété et la dépression ;
- ♦ D'évaluer le niveau d'observance, et expliquer les modalités d'administration de la trithérapie antirétrovirale ;
- ♦ Le counseling répétés au cours des consultations pour amener les patients à notifier leur statut sérologique ;
- ♦ D'encourager les patients à avoir un seul partenaire ;
- ♦ D'informer les patients du risque d'acquisition d'une autre souche virale potentiellement résistante lors des rapports sexuels, pour les amener à mieux se protéger ;
- ♦ D'informer les patients de la possibilité de la prévention de la transmission de la mère à l'enfant ;
- ♦ La sensibilisation sur la gravité de l'infection VIH mais aussi de l'efficacité du condom.

A l'endroit des patients:

- ♦ Notification responsable de leur statut sérologique aux partenaires sexuels.
- ♦ Utiliser le préservatif à chaque rapport sexuel.

A l'endroit de la société malienne:

- ♦ De mieux s'informer auprès des structures sanitaires pour lutter contre la stigmatisation.

IX. RÉFÉRENCES :

- 1 **Carrieri P, Cailleton V, Le Moing V, et al.** The dynamic of adherence to highly active antiretroviral therapy: results from the French national APROCO cohort. *J Acquired Immune Defic Syndr* 2001; 28:2329
- 2 **Haïdara R.** Etude de l'observance aux antirétroviraux dans le service des maladies infectieuses à l'hôpital national du Point G. Thèse Med, Bamako, 2006
- 3 **Weiss L.** Interruptions de traitements programmées et vacances thérapeutiques, *Transcriptase*, 2000, n°87, pp.22-25
- 4 **Cissé M, Ag Aboubacrine S, Traoré HA et al.** Impacts d'une intervention d'appui à l'observance TO D sur la prise en charge des patients VIH+ traités avec des Antirétroviraux au Burkina Faso et au Mali. Projet ATARAO
- 5 **Politique et protocole de prise en charge Antirétroviraux du VIH/SIDA au Mali**, janvier 2006
- 6 **S/F.** Virologie fondamentale de l'infection VIH in Girard P-M Katlama Ch, Pialoux G, VIH Edition 2004 Doin Editeurs, 200 ; 3-9.
- 7 **Coffin JM.** Structure and classification of retroviruses in Levy JA ed The retroviridae vol 1 New York Plenum, 1992; 19-50.
- 8 **Levy JA.** HIV and the pathogenesis of AIDS 2nd ed American society of microbiology ASM Press Washington DC, 1998.
- 9 **S/F.** HIV as the cause of AIDS. *Lancet*, 1996 ; 348 ; 31-5.

- 10 **Rothe M ; Israel N ; Barre Senoussi F.** Mécanismes de la réplication virale des VIH. Médecine Thérapeutique 1996 ; 2 ; 12-8
- 11 **VIH & SIDA :** Histoire naturelle source : IRCAM- Centre Georges Pompidou (Réseau Internet).
- 12 **SIDA :** Le droit de tout savoir /Santerma HS1 : 70
- 13 **Infection** par le VIH et SIDA –CFES –Arcat.
- 14 **Itoua –Ngaporo A** Les aspects cliniques du SIDA en Afrique Rev Prat, 1990
- 15 **Picard C ; Desforges L.** Diagnostics biologiques pour le VIH Am Dermatologique Veneriol, 1989 ; 9 : 671-674
- 16 **Floch J.** Diagnostics biologiques de l'infection à VIH en Afrique Med Afr Noir, 1990 ; 37 : 574-582.
- 17 **Hagg R; Heath K; Yip B; Cralb K J; O'Shaughnessy MV; Schechter MT; Montaner JS.** Improved survival among HIV-infected individuals following initiation of antiretroviral therapy JAMA, 1998; 279; 1984-1991
- 18 **Finzi D; Hermankova M ; Pierson T; Carruth L M et al.** Identification of a reservoir for HIV1 in patients on highly active antiretroviral therapy Science, 1997; 278: 1295-1300.
- 19 **Wong J K ; Hezareh M ; Gunthard H F ; Havlir D V ; Ignacio C C ; Spina C A ; Richman D.** Recovery of replication –competent HIV despite prolonged suppression of plasma viremia Science, 1997; 278: 1291-1295.
- 20 **Deek S G; Hecht F M; Swansson M; Elbeik T; Loftus R ; Cohen P T; Grant R. M.** HIV- RNA and CD4 cell count response to protease

inhibitor therapy in an urban AIDS clinic: response to both initial and salvage therapy AIDS, 1999; 13: 35-43.

- 21 **Launay O; Joly V ; Yeni P.** Place des Inhibiteurs non nucléosidiques de la transcriptase inverse dans la stratégie thérapeutique antirétrovirale Lettre infectiol 1998 ; 8 : 6-8.
- 22 **Chirac P.** Médecins sans frontière Les enjeux économiques et réglementaires de l'accès aux antirétroviraux Transcriptase, hiver 2001 ; 6 : 34-38.
- 23 **OMS/ONUSIDA.** Module d'information module n° 1 : présentation des traitements antirétroviraux Genève, 1998.12.
- 24 **Katzstein D A ; Hammer S M ; Hughes M D ; Gundacker H ; Jackson F B ; Fiscus S ; Rasheed S ; Elbeik T ; Reichman R ; Japour A ; Merigan T C ; Hirsch M S.** The relation and immunology markers to clinical outcomes after nucleoside therapy in HIV-infection adults with 200 to 500 CD4 cells per cubic millimetre N Engl J Med 1996; 335: 1091-1098.
- 25 **Hirsch M S; Conway B; D'Aguila R T; Johnson V A; Brun-Vesinet F; Clotet B; Demeter L M; Hammer S M; Jacobson D M; Kuritzkes D R; Loveday C; Mellors J W; Vella S; Richman D.** Antiretroviral drug resistance testing in HIV infection of adults: implications of clinical management JAMA 279 (1998) 1984-91
- 26 **Guedj R.** Mode d'action des inhibiteurs nucléotidiques de la transcriptase inverse du VIH. Virologie, mars 1999 ; Spécial 3 :17-27
- 27 **Molina J M ; Yeni P.** Comment utiliser les antirétroviraux disponibles en médecine thérapeutique. In infection par le VIH, 01/1999, (5), hors série(1) :1-58.

- 28 **Dolin R; Masur H; Saag M S.** Aids therapy Churchill-Livingston Philadelphie, 1999.
- 29 **Centre national d'information sur le médicament hospitalier Antirétroviraux dans le SIDA.** Dossiers du CNIMH 12, 1996 ; 2-3 : 52-153.
- 30 **Gimenez F ; Brazier M ; Calop J ; Dine T ; Tchiakpe L.** Pharmacie et thérapeutique. Edition n°000300 Paris Masson, 2000 ; 1065.
- 31 **Katlama C ; Tubiana R.** Les traitements Antirétroviraux : bilan des stratégies et indications thérapeutiques 2000 : 23-37.
- 32 **Kohl N E ; Emini E A ; Schleif W A et al.** Active human immunodeficiency virus protease is required for viral infectivity. Proc Natl Acad Sci 1988; 85: 4686-4691.
- 33 **Wainberg M A; Drosopoulos W C; Salomon H et al.** Enhanced fidelity, of 3TC-selected mutant HIV-1 reverse transcriptase Science 1996; 271:1282-5.
- 34 **OMS/ONUSIDA.** Journée de réflexion sur l'IMAARV Sommaire livret participant Bamako 5 Janvier 2004.
- 35 **Minta D ; Maiga M Y ; Traoré H A.** Initiative Malienne d'accès aux Antirétroviraux. In Mali Médical 2002 Tome XV11 °3 et 4 ; 63-4.
- 36 **IMAARV ;** Initiative Malienne d'Accès aux Antirétroviraux, Plan d'action, Atelier, Bamako 2001.
- 37 **Gorée :** suivi de la dispensation des ARV au service des maladies infectieuses et tropicales du CHU de Treichville d'octobre 1998 à décembre 2002. Thèse, Pharmacie, Abidjan, 2001.

- 38 **ONUSIDA/OMS:** Report on the HIV/AIDS epidemic. December 2001.
- 39 **Kibangou N ; Tran Minht Manku M ; Bakala N ; Perrier CH ; Gentilini M.** Bilan de 6 mois de trithérapie au Congo. In Access to care 13th ICASA Nairobi September 21st 26th, 2003. [Abstract 833805].
- 40 **Keita J:** le circuit d'approvisionnement des ARV et les problèmes liés à leur utilisation à l'hôpital Gabriel Touré; Thèse Pharmacie, Bamako, 2004.
- 41 **Bissagnene E ; Eholie S ; Tanon A.** Evaluation du traitement antirétroviral chez les patients à Abidjan. In Cisma Burkina December 10th 13th, 2001. [10DT3 6].
- 42 **Gherardi R ; Authier FJ. Atteintes musculaire in Mrejen S Mouligner A.** eds. Atteintes neurologiques et infections par le VIH Paris : Flammarion Médecine Sciences 200 : 144 8.
- 43 **Toure S ; Anglaret X ; Seyler C.** Survival and morbidity in HIV+ Adults receiving ARV therapy, Abidjan. In Access to care 13th ICASA Nairobi September 21st - 26th, 2003. [Abstract756828].
- 44 **Saves M; chen G; Dellamonica P; Lassalle R; Leport C; Capeau J et al.** Incidence of lipodystrophy and glucose and lipid abnormalities during the follow up of a cohort of HIN infected patients starts on a protease inhibitor (PI) containing regiment 9th conference on Retroviruses and opportunistic Infections, 2002 poster Session 90, 682T.
- 45 **Enquête Démographique et de Santé du Mali 2006 (EDSM IV MALI)**
Rapport final 2006
- 46 **Plan Stratégique National de Surveillance Intégrée des Maladies transmissibles....doc. MS]**

47 Carrieri M.P. ; Cailleton V. ; Le Moing V. ; Spire B. ; Dellamonica P. ; Bouvet E. ; Raffi F. ; Journot V. ; Moatti J.P. L'observance au traitement de type HAART : résultats de la cohorte nationale. **APROCO**. Journal of Acquired Immune Deficiency Syndrome, 2001, 28 : 232-239

48 Zenyk M, Cheroux édition 2000

Epidémiologie : principes, techniques et applications.

49. Girard PM; Katlama Ch Pialoux G, VIH_ Ed Doin, Paris.2001, 541p 9

50 Pialoux G, Weiss L.

Vaccins préventives anti-VIH: état de la recherche.

In: Girard PM, Katlama C, Pialoux G. VIH, édition 2004.

6^e Ed Doin: Paris; 2003; p 331-337.**20**

51 Tubiana R, Briker G.

Expositions accidentelles au VIH: prévention des risques professionnels et règles de désinfection.**21**

In: Girard PM, Katlama C, Pialoux G. VIH, édition 2004.

Paris: 6^e Ed Doin; 2003; p331-337.

52-Delfraissy J F;

Prise en charge thérapeutique des personnes infectées par le VIH. Recommandations du groupe d'expert, rapport 2004.**22.**

53- Hammer SM

Management of newly diagnosed .HIV infection

N Engl J Med 2005; 353: 1702-10

54. Leport C ; Longuet P ; Lacassin F

Manifestations cliniques et thérapeutiques de l'infection par le VIH

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

55 Anugwom Perception of AIDS among University students in Nigeria

www.codesria.org/Links/Publications/aids/anugwom.pdf, accédé au 17/09/2009

56 -ANRS.

L'observance aux traitements contre le VIH/SIDA: Mesure, déterminants, évolution. Paris : 2001; p 112.

57 - Seyler C, anglarett X, Dakoury –dogbon N, Daniel C, et al.

Medium-term survival, morbidity and immunovirological evolution in HIV-infected adults receiving antiretroviral therapy, Abidjan, Cote d'Ivoire.

International Medical Press 2003; 02:1359-6535.

58 -www.popcouncil.org/pdfs/horizons/mombsxlbhvr.pdf

Sarna A, Luchters, S Kaals et Al.

Does being treated with HAART affect the sexual behaviour of people with HIV
AIDS Insights from Mombasa, Kenya

Horizons Research Update: population council 2005.

59 Faucy AS, Clifford lane H

Infection par le virus de l'immunodéficience humaine VIH : SIDA et les maladies associées. Harrison. Principes de médecine interne .15 Ed. Médecine Sciences.

Paris: Flammarion ; 2002 ; p1852-1913

60 Rapport sur l'épidémie mondiale de SIDA 2006

Edition spéciale 10^e anniversaire de l'ONU SIDA

Genève : 2006

http://www.ceped.cirad.fr/documentation/article.php3?id_id_article=622-10k

accédé au 17/09/2009

61 Nouradine Said Ali Saindou.

Traitement antiretroviral de l'infection par le VIH, évolution de l'efficacité de la Tolérance et de l'observance.

Thèse de médecine ; Dakar : 2004 ; 123p.

62_<http://www.alexandrie.cesag.sn/document.htm8numrec=031955635913>

740-19h Doyen, Averde B.T.Esclaux A.D, Aniece I.1 et al.

Analyse de l'Initiative sénégalaise d'accès aux médicaments antirétroviraux.

63 Laniece I, Ciss M.Desclaux A et al.

Adherence to HAART and its principal determinants in a cohort of Senegalese adults AIDS 2003; 17:S103-S108.

64 La Coalition mondiale sur les femmes et le SIDA.

L'éducation des filles : Une arme sûre contre le SIDA.

<http://www.anrs.fr/indexphp/download/138/partie%201-pdf>

accédé au 17/09/2009

65 Lamprey Pr.

Reducing heterosexual transmission of HIV in poor countries.

BMJ2002; 324:207-211.

66 Stein MD, Freedberg KA, Sullivan LM et al.

Disclosure HIV- positive status to partners.

Arch Intern Med 1998, 158:253-257

67 Sibayil, Strebel A Cloete A et al.

HIV status disclosures to sex partners and sexual risk behaviours among HIV Positive men and women in Cape Town, South Africa.

Sex Trans Inf 2006

68 Medley A, Garcia Moreno C, McGill S, Maman S.

Rates, barriers and outcomes HIV serostatus disclosure among Women in developing countries: implications for prevention of mother to child transmission programmes.

Bull World Health Organ 2004; 82 299-307.

69 Antelman G, Fawzi MC, Kaaya S et al.

Predictors of HIV 1 serostatus disclosure: a prospective study among HIV infected pregnant women in Dar es Salam, Tanzania.

AIDS 2001; 15:1865-1874.

70 Moattj JP, Prudhommed D, Traore DC et al.

Access to antiretroviral treatment and sexual behaviours of HIV infected patients aware of their status.

AIDS 2003; 17:S69-S77.

71 Desquilbet L, Deveau C, Goujard C et al.

Increase in at-risk sexual behaviours of HIV infected patients aware of their status.

AIDS 2003; 17:S69 -S77.

72 Glass TR, Yyoung J, Vernazza et al.

Increase in at-risk sexual behaviour among HIV infected individuals

AIDS 2004; 18: 1707 -1714.

73 Knobel H Guelar A, Vallecillo G, Carmona A, Gonzales A, Saballs P. et al.

Simplified antiretroviral therapy with Zidovudine-Lamivudine and Abacavir as salvage therapy for heavily non-adherents patient in XIV international AIDS conference Barcelona, Spain: July 7-12, 2002. [Abstract We Pe B5838].

74 Moatti JP, Spire B, Kazatchkine M

Drug resistance and adherence to HIV AIDS antiretroviral treatment: Against a double Standart between the north and the south.

AIDS 2004; 18:S55-S61.

75 Patel V, Aboubacrine S. AG, Boileau C, Traore.H A, Niccolai L, Nguni V.-K.

Social support and antiretroviral adherents in HIV –positive patients in Mali,
Abstract MOPE0704 presented at the XVI International AIDS Conference.
Toronto
Canada 13-18 August 2006.

76 Haïdara R.

Etude de l'observance aux antirétroviraux dans le service des maladies infectieuses
à l'hôpital du Point G à propos de 270 cas.
Thèse de médecine, Bamako, 2006 ; 115p.

77 Traoré Ha, Ag-Aboubacrine S, Sylla A; et al.

Low prevalence of detectable viral load in cohorts of patients receiving ART
in public hospitals and community- based organizations (CBOs) in under-
resourced
Setting in Burkina Faso and Mali.
XVI International AIDS Conference. Toronto Canada 13-18 August 2006.
[Abstract WEPE0112].

FICHE D'ENQUÊTE

DONNÉES SOCIODÉMOGRAPHIQUES

Numéro d'identification :

Q1 Sexe Masculin /___/ Féminin /___/

Q2 Age :

Q3 Statut matrimonial : Marié monogame /___/ Marié polygame /___/

Concubinage/cohabitation /___/ Célibataire /___/

Divorcé /Séparé /___/ Veuf / veuve /___/

Q4 Profession : Fonctionnaire /___/ Militaire /___/ Ouvrier /___/

Commerçant /___/ Profession libérale /___/ Sans emploi /___/

Agriculteur, éleveur, pêcheur /___/ Secteur Informel /___/ Élève/étudiant /___/

Femme au foyer /___/ Artisan, Artiste /___/ Autre /___/

Q5 Niveau de scolarité : Non scolarisé /___/ Élémentaire /Fondamentale /___/

Secondaire / professionnel /___/ Université /___/

TYPE DE VIRUS

Q6 Type VIH1 /-----/ ou Type VIH 2 /-----/ Type1+2 /-----/

L'ETAT CLINIQUE

Q7 Stade clinique :

Q8 Poids :

Q9 IK :

Q10 CD4 :

Q11 Charge virale :

COMPORTEMENT SEXUEL

Q13 Est ce que vous avez déjà utilisé un condom?

Oui /___/ Non /___/ Sans réponse /___/ Pas de partenaire /___/

Q14 La dernière fois que vous avez eu une relation sexuelle avec votre partenaire régulier, Avez-vous utilisé le condom?

Oui /___/ Non /___/ /Sans réponse /___/ Pas de partenaire /___/

Q15 la dernière fois que vous avez eu une relation sexuelle avec votre partenaire occasionnel, avez-vous utilisé le condom?

Oui /___/ Non /___/ /Sans réponse /___/ Pas de partenaire /___/

Q16 Quelle est votre fréquence de l'utilisation du condom avec votre partenaire régulier ?

Jamais /___/ Souvent /___/ Toujours /___/ Sans réponse /___/ Pas de partenaire /___/

Q17 Quelle est votre fréquence de l'utilisation du condom avec votre partenaire occasionnel ?

Jamais /___/ Souvent /___/ Toujours /___/ Sans réponse /___/ Pas de partenaire /___/

Q18 En excluant votre partenaire régulier, combien de partenaires sexuels avez-vous eu dans les derniers 6 mois ? /___/ Sans réponse /___/

Q19 Dans les derniers 6 mois avez-vous eu les symptômes d'IST suivants?

Écoulement Oui /___/ Non /___/ Sans réponse /___/

Ulcérations Oui /___/ Non /___/ Sans réponse /___/

Autres Oui /___/ Non /___/ Sans réponse /___/

CONTRÔLE PERÇU SUR LES COMPORTEMENTS SEXUELS ET INTENTIONS D'UTILISER LE CONDOM

Q20 Est ce que vous vous sentez capable d'utiliser un condom avec votre partenaire régulier?

Oui /___/ Non /___/ Sans réponse /___/ Pas de partenaire /___/

Q21 Est ce que vous vous sentez capable d'utiliser un condom avec votre partenaire occasionnel?

Oui /___/ Non /___/ Sans réponse /___/ Pas de partenaire /___/

Q22 Quelles sont les raisons qui rendent l'utilisation du condom difficile pour vous ? Avec votre partenaire régulier?

Manque de confiance /___/ Infidélité /___/ Le désir d'enfant /___/

Autre Pas de partenaire /___/

Avec votre partenaire occasionnel?

Manque de confiance /___/ Infidélité /___/ Le désir d'enfant /___/

Autre Pas de partenaire /___/

OBSERVANCE ANTICIPÉE (perception de la capacité de suivre le traitement)

Q23 Le médecin a pris le temps de bien m'expliquer comment je dois prendre les médicaments :

Oui /___/ Un peu /___/ Pas du tout /___/

Q24 J'ai bien compris les recommandations de mon médecin :

Oui /___/ Un peu /___/ Pas du tout /___/

Q25 Je connais les risques de ne pas prendre mes médicaments

Oui /___/ Un peu /___/ Pas du tout /___/

Q26 Je connais les effets secondaires de mon traitement

Oui /___/ Un peu /___/ Pas du tout /___/

Q27 Avez-vous présenté des effets secondaires ? Si oui lesquelles ?

.....

Q28 Je crois que les médicaments vont améliorer ma santé

Oui /___/ Un peu /___/ Pas du tout /___/

Q29 Je crois en mon docteur (j'ai confiance en ce qu'il dit)

Oui /___/ Un peu /___/ Pas du tout /___/

Q30 Je serai capable de prendre mes médicaments tels que prescrits par mon docteur

Oui /___/ Un peu /___/ Pas du tout /___/

OBSERVANCE RAPPORTÉE

Q31 Combien de pilules devez-vous prendre par jour ? /___/

Préciser le nombre par médicament :

Q32 Combien de fois devez-vous prendre vos médicaments par jour ? /___/

Q33 Vous diriez que vous prenez vos médicaments :

Toujours /___/ La moitié des fois /___/ Jamais /___/ Sans réponse /___/

Q34 Hier l'horaire des médicaments a-t-il été respecté ?

Oui /___/ Non /___/ Sans réponse /___/

Q35 Hier toutes les prises médicamenteuses ont été respectées ?

Oui /___/ Non /___/ Sans réponse /___/

Q36 Avant hier l'horaire des médicaments a-t-il été respecté ?

Oui /___/ Non /___/ Sans réponse /___/

Q37 Avant hier toutes les prises médicamenteuses ont été respectées ?

Oui /___/ Non /___/ Sans réponse /___/

Q38 Combien de doses avez-vous manqué dans la dernière semaine ? /___/

Q39 Quelles sont les raisons pour lesquelles vous n'avez pas respecté les prises médicamenteuses.

TRAITEMENTS PRESCRITS

Q40 Quel est le traitement prescrit ? 2IN, 1INN/___/2IN, 1IP /___/

3 IN /___/ Autres /___/

Q41 Depuis quand vous êtes sous traitements ? /___/ mois

NOTIFICATION AU PARTENAIRE, À LA FAMILLE

• **POUR LES HOMMES ET FEMMES MARIÉS (RÉGIME MONOGAME)**

Q42 Est-ce que votre époux (se) sait que vous êtes séropositif (Ve) ?

Oui /___/ Non /___/ Sans réponse /___/

Q43 Est-ce que vous connaissez le statut de votre époux (se) ?



Oui /___/ Non /___/ Sans réponse /___/

Q44 Quel est-il ?

Positif / _ / Négatif / _ / Non fait / _ /

Q45 A part votre époux (se) avez-vous d'autres partenaires ?

Oui / _ / Non / _ / Sans réponse / _ /

Q46 Combien de partenaires sexuels avez-vous à part votre époux (se) ?partenaires

Q47 Combien de partenaire sexuel (à part époux (se)) sait que vous êtes séropositif (Ve) ?

..... partenaires

• **POUR LES HOMMES MARIÉS (REGIME POLYGAME)**

Q48 Est-ce que vos épouses savent que vous êtes séropositif ?

Première femme : Oui / _ / Non / _ / Sans réponse / _ /

Deuxième femme Oui / _ / Non / _ / Sans réponse / _ / pas de 2 femme / ☐ /

Troisième femme Oui / _ / Non / _ / Sans réponse / _ / pas de 3 femme / ☐ /

Quatrième femme Oui / _ / Non / _ / Sans réponse / _ / pas de 4 femme / ☐ /

Q49 Est-ce que vous connaissez le statut de vos épouses ?

Première femme : Oui / _ / Non / _ / Sans réponse / _ /

Deuxième femme : Oui / _ / Non / _ / Sans réponse / _ / pas de 2 femme / - /

Troisième femme : Oui / _ / Non / _ / Sans réponse / _ / pas de 3 femme / - /

Quatrième femme : Oui / _ / Non / _ / Sans réponse / _ / pas de 4 femme / - /

Q50 Quel est-il ?

Première femme : positif / _ / négatif / _ / Non fait / _ /

Deuxième femme : positif / _ / négatif / _ / Non fait / _ /

Troisième femme : positif / _ / négatif / _ / Non fait / _ /

Quatrième femme : positif / _ / négatif / _ / Non fait / _ /

Q51 A part vos épouses avez-vous d'autres partenaires ?

Oui / _ / Non / _ / Sans réponse / _ /

Q52 Combien de partenaires sexuelles avez-vous à part vos épouses ?

..... partenaires

Q53 Combien de partenaires sexuelles (à part vos épouses) savent que vous êtes séropositif ?

..... Partenaires

• **POUR LES FEMMES MARIÉES (REGIME POLYGAME)**

Q54 Est-ce que votre époux sait que vous êtes séropositive ?

Oui / _ / Non / _ / Sans réponse / _ /

Q55 Est-ce que vous connaissez le statut de votre époux ?

Oui / _ / Non / _ / Sans réponse / _ /

Q56 Est-il ? Positif / _ / Négatif / _ / Non fait / _ /

Q57 Est-ce que vos coépouses savent que vous êtes séropositive ?

Première coépouse : Oui / _ / Non / _ / Sans réponse / _ /

2ème coépouse Oui / _ / Non / _ / Sans réponse / _ / Pas de 2ème coépouse / - / 3ème
coépouse : Oui / _ / Non / _ / Sans réponse / _ / Pas de 3ème coépouse / - /

Q58 Est-ce que vous connaissez le statut de vos coépouses ?

Première coépouse : Oui / _ / Non / _ / Sans réponse / _ /

2ème coépouse Oui / _ / Non / _ / Sans réponse / _ / Pas de 2ème coépouse / - / 3ème
coépouse : Oui / _ / Non / _ / Sans réponse / _ / Pas de 3ème coépouse / - /

Q59 Est-il ?

Première coépouse : Positif / _ / Négatif / _ / Non fait / _ /

Deuxième coépouse : Positif / _ / Négatif / _ / Non fait / _ /

Troisième coépouse : Positif / _ / Négatif / _ / Non fait / _ /

Q60 A part votre époux avez-vous d'autres partenaires sexuels ?

Oui /_ / Non/_ / /Sans réponse /_ /

Q61 Combien de partenaires sexuels avez-vous à part votre époux ?

.....partenaires

Q62 Combien de partenaires sexuels (à part votre époux) savent que vous êtes séropositive ?

.....partenaires

• **POUR LES FEMMES ET LES HOMMES NON MARIÉS**

Q63 Avez-vous un partenaire sexuel ?

Oui /_ / Non /_ / /Sans réponse /_ /

Q64 Combien de partenaire sexuel avez-vous ?partenaires

Q65 Combien de partenaires sexuels savent que vous êtes séropositif (Ve) ?partenaires

Q66 Est-ce que vous connaissez le statut de vos (ou votre) partenaire(s) sexuel(s) ?

Partenaire 1 : Oui /_ / Non/_ / Sans réponse /_ /

Partenaire 2 : Oui /_ / Non/_ / Sans réponse /_ / Pas de partenaire 2 /_ /

Partenaire 3 : Oui /_ / Non /_ / Sans réponse /_ / Pas de partenaire 3 /_ /

Q67 Quel est-il ?

Partenaire 1 : positif/_ / négatif/_ / Non fait /_ /

Partenaire 2 : positif/_ / négatif/_ / Non fait /_ /

Partenaire 3 : positif /_ / négatif/_ / Non fait /_ /

POUR TOUS

Q68 Est-ce que quelqu'un de votre famille ou entourage (autre que les époux (se) et partenaires sexuels) sait que vous êtes séropositif ?

Oui /_ / Non /_ / Sans réponse /_ /

Q69 Qui sont ces personnes ?

Père /Mère /_ / Frère /Sœur /_ / Fils /Fille /_ / Collègue /_ /

Ami(e) /_ / Autre dans la famille /_ /

Proche (voisin) /_ / Autre

SOUTIEN SOCIAL

Q70 Est-ce que quelqu'un vous aide en cas de besoin ?

Oui /_ / Non a part association des PVVIH /_ / Sans réponse /_ /

Q71 Qui est (sont) cette (ces) personnes ?

Epoux (se) /_ / Collègue /_ / Proche (voisin) /_ /

Père / mère /_ / Ami(e) /_ / Autre

Frère / sœur /_ / Autre dans la famille /_ / association des PVVIH /_ /

Fils / fille /_ /

FICHE D'ENQUÊTE

(Destinée à la population)

- Q 1 Sexe : Masculin ☐ / Féminin ☐
- Q 2 Age : _____ ans Quartier : _____
- Q 3 Statut matrimonial : Marié monogame ☐ / Marié polygame ☐ /
Concubinage/cohabitation ☐ / Célibataire ☐ /
Divorcé / Séparé ☐ / Veuf / veuve ☐
- Q 4 Profession : Fonctionnaire ☐ / Militaire ☐ / Ouvrier ☐ / Autre ☐ /
Commerçant ☐ / Profession libérale ☐ / Sans emploi ☐ /
Agriculteur, éleveur, pêcheur ☐ / Secteur Informel ☐ /
Femme au foyer ☐ / Artisan, Artiste ☐ / Élève/étudiant ☐
- Q 5 Niveau de scolarité : Non scolarisé ☐ / Élémentaire / Fondamentale ☐ /
Secondaire / professionnel ☐ / Université ☐
- Q 6 Est-ce que vous avez déjà entendu parler du VIH SIDA ?
Oui ☐ / Non ☐ / Sans réponse ☐
- Q 7 Est-ce que vous pensez que le VIH SIDA existe ?
Oui ☐ / Non ☐ / Sans réponse ☐
- Q 8 Si oui, pensez-vous que les PVVIH ont droit à la sexualité ?
Oui ☐ / Non ☐ / Sans réponse ☐
- Q 9 Si non, pourquoi ?
Vous n'êtes pas bien informés ☐ / vous n'êtes pas convaincu ☐ /
Autre
- Q 10 Si oui, quelles sont les précautions à prendre ?
Port de préservatif ☐ / Abstinence ☐ / Fidélité ☐ /
Autre ☐ /

FICHE SIGNALÉTIQUE

Nom: DIAKITE.

Prénom : Mohamed Moussa.

Titre de la Thèse : pratiques sexuelles et observance thérapeutique des personnes vivant avec le VIH à l'USAC du centre de sante de référence de la commune V du district de Bamako.

Numéro de téléphone : (00223) 76 31 04 68

Adresse électronique : mohamedmoussa.diakite@yahoo.fr

Année Universitaire : 2009-2010.

Ville de soutenance : Bamako

Pays d'origine : Mali.

Lieu de dépôt : Bibliothèque de la FMPOS de Bamako.

Secteur d'intérêt : santé publique, anthropologie.

Résumé :

Le but de notre étude était l'évaluation de la notification aux partenaires du statut sérologique; le changement de comportement; et l'observance chez les patients sous thérapie antirétrovirale. Les informations issues des dossiers médicaux et des entretiens de 94 patients ont été colligées dans le service d'USAC du centre de sante de référence de la commune V. Ces patients étaient en cours de traitement depuis au moins 6 mois; et tous consentants. La moyenne d'âge était 37 ans; le sexe ratio était sensiblement égal à 2 en faveur des femmes et pour la plupart des femmes au foyer. Le VIH₁ était le sérotype prédominant; l'association 2 INRT+1 INNRT était la plus fréquente. Seuls 47 parmi les 73 patients qui avaient une activité sexuelle; avaient notifié leur statut sérologique à leurs partenaires. Aucune relation statistiquement significative n'avait été trouvée entre la notification et le soutien social. Avoir des partenaires sexuels multiples était reporté dans 5,3 % des cas. L'utilisation du préservatif lors du dernier rapport sexuel était plus fréquente avec un partenaire sexuel occasionnel qu'avec le partenaire régulier, et moins fréquente chez la femme que chez l'homme. L'utilisation du préservatif n'était pas significativement associée au niveau d'éducation. L'observance avait été rapportée dans 92,6 % de cas. Les causes les plus fréquentes de non observance étaient l'oubli et l'absence de la discretion dans la prise médicamenteuse. Il n'y avait pas de relation statistiquement significative entre l'observance et l'âge, le sexe, le niveau d'éducation, la notification au partenaire, le taux de CD4.

Mots clés : Sida, notification au partenaire, pratique sexuelle, observance thérapeutique, antirétroviraux.

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 les soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au dessus de mon travail, je ne participerai à aucun partage clandestin d'honoraires.

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

Je ne permettrai pas que des considérations de religion, de nation, de race, de partie politiques, 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 !